

Stanisław KOSIŃSKI

Rosyjska medycyna ziemska i jej polska akomodacja

Russian Rural County Medicine and Its Polish Accomodation

Русская землевладельческая медицина и ее польская аккомодация

WSTĘP

W dziejach myśli społecznej znane są różne koncepcje i modele opieki zdrowotnej. Jednak nieliczne z nich doczekały się praktycznej weryfikacji, a tym bardziej weryfikacji wykraczającej poza eksperymentalne próby. Jednym z takich modelowych ujęć ochrony zdrowia był system rosyjskiej medycyny ziemskiej, którą słusznie uznano za unikalną w świecie i to zapewne nie tylko ze względu na jej półwiekową (1864—1914) działalność.

Medycyną ziemską, która miała postępowy charakter, interesowali się reformatorzy społeczni i prekursorzy medycyny społecznej, a później również i badacze; działalność w tej dziedzinie odbiła się głośnym rezonansem poza granicami imperium rosyjskiego, zwłaszcza w Królestwie Polskim.

Współcześni socjologowie i historycy medycyny odczuwają niedosyt wiedzy o rosyjskiej medycynie ziemskiej, będącej ciekawym zjawiskiem w dziejach instytucji medycznych. Wskazują na to publikacje i dyskusje naukowe. Dlatego przypomnienie głównych założeń i mechanizmów funkcjonowania tego systemu ochrony zdrowia wydaje się w pełni zasadne.

Podstawę rekonstruowania modelu medycyny ziemskiej stanowiły materiały źródłowe i opracowania, zwłaszcza rozprawy L. Jaśkiewicza¹ i W.

¹ L. Jaśkiewicz, *Carat i ziemstwa na przełomie XIX i XX w.*, PWN, Warszawa 1979.

Szumowskiego² oraz tom wspomnień W. Tomaszewicza³, który ukończywszy studia lekarskie w Uniwersytecie Moskiewskim przez kilkanaście lat pracował w różnych instytucjach medycyny ziemskiej. Równie przydatne w realizacji tego celu badawczego były inne publikacje, a najbardziej tych autorów, którzy w imperium lub tylko w guberni płockiej pełnili role lekarzy ziemskich. Opisywane fakty i zjawiska znali przeważnie z autopsji, a bazujące na niej opracowania mają charakter źródłowy zarówno w znaczeniu socjologicznym jak i historycznym⁴.

Rekonstrukcję teoretycznego i empirycznego modelu medycyny ziemskiej należy jednak poprzedzić krótkim wyjaśnieniem istotniejszych przesłanek utworzenia instytucji samorządu terytorialnego zwanych ziemstwami, ich struktury, mechanizmów i kierunków działania a także pozycji w systemie politycznym i administracyjnym państwa. Od roku 1864 funkcjonowały one w większości guberni europejskich od dawna należących do imperium rosyjskiego.

OCZEKIWANIA A REALNA DZIAŁALNOŚĆ I STRUKTURA ZIEMSTW

W połowie ubiegłego stulecia zrodziła się w Rosji myśl powołania samorządu terytorialnego. Inicjatywa ta najszybciej pojawiła się i dojrzewała w kręgach postępowej inteligencji kojarzącej z tą instytucją nadzieje i oczekiwania między innymi na poprawę statusu prawno-ekonomicznego klasy chłopskiej pozostającej w feudalnej zależności.

Za utworzeniem samorządu terytorialnego przemawiały inne, i to w mniemaniu ośrodków władzy jeszcze istotniejsze, przesłanki niż zmiana chłopskiego statusu. Wynikały one ze stałego wzrostu liczby mieszkańców imperium, jego rozległości i różnorodności kulturowo-cywilizacyjnej. Te i inne czynniki, w tym zbliżająca się reforma włościańska, wskazywały na potrzebę wzmocnienia coraz mniej efektywnego aparatu administracji państwowej odpowiednio ustrukturalizowaną aktywnością społeczną, jaką mógłby być samorząd terytorialny. Jego utworzenia domagała się również szlachta, od dawna już aspirująca do normatywnie zagwarantowanej partycypacji w sprawowaniu władzy, i to nie tylko na szczeblu powiatu i guberni, jak spodziewały się władze, ale także i państwa.

² W. Szumowski, *Dzieje organizacji medycznej w rosyjskim samorządzie ziemskim, czyli tzw. medycyny ziemskiej 1864—1914*, Warszawa 1919.

³ W. Tomaszewicz, *Ze wspomnień lekarza*, PIW, Warszawa 1965.

⁴ G. Babiński, *Wybrane zagadnienia z metodologii socjologicznych badań empirycznych*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1980.

Wyraźne artykułowanie potrzeby powołania samorządu terytorialnego było znaczącym impulsem dla zapoczątkowania procesu modernizacji systemu władzy i struktury administracyjnej państwa. Liczono na odciążenie od nadmiaru obowiązków mało efektywnej i zbiurokratyzowanej administracji terenowej. Za organizowaniem instytucji samorządowych optowały światłe i postępowe warstwy społeczne oraz reformatorsko usposobieni reprezentanci władzy, i to nie tylko lokalnej.

W takiej sytuacji społeczno-politycznej car Aleksander II w dniu 1 stycznia 1864 roku ustanowił terytorialne instytucje samorządowe zwane ziemstwami, będące przede wszystkim reprezentacją lokalną szlachty i zamożniejszego chłopstwa. Zadaniem ich było „kierowanie sprawami dotyczącymi lokalnych potrzeb każdej guberni i każdego powiatu. Kompetencje ziemstw sprowadzone zostały do spraw o charakterze gospodarczym i kulturalno-społecznym”⁵.

Najwyższą władzą były zjazdy ziemstw, zbierające się zwykle jesienią każdego roku, a ich uchwały wymagały zatwierdzenia gubernatora bądź ministra spraw wewnętrznych. Co trzy lata wybierano zarząd ziemski składający się z przewodniczącego i 2—4 zastępców. Na te stanowiska mogli kandydować właściciele ziemscy po ukończeniu 25 lat życia. Stanowiska te pełniono odpłatnie.

W działalności ziemstw i ich urzędów istotną rolę oprócz tych funkcjonariuszy z wyboru, odgrywali specjaliści nie będący członkami zgromadzeń ziemskich, lecz pracownikami zarządu ziemskiego, bądź podległych mu instytucji specjalistycznych.

Najliczniej reprezentowanymi kategoriami zawodowymi w instytucjach ziemskich byli nauczyciele, lekarze, felczerzy i akuszerki oraz agromowowie i statystycy.⁶ Ta specjalistyczna kadra pracownicza stanowiła tzw. „trzeci element” w odróżnieniu od administracji biurowej i pracowników obsługi. Najwyższą pozycję w ziemstwach zajmowali pochodzący z wyborów członkowie zgromadzeń, którym na trzyletni okres powierzano pełnienie odpowiednich funkcji. W ziemstwach liczebnie dominowała szlachta, która chętnie wykorzystywała podczas zjazdów swą liczebną przewagę nad reprezentantami chłopskimi nie mającymi większego wpływu na funkcjonowanie instytucji ziemskich.

Rząd stwarzał ziemstwom różnorodne utrudnienia, nawet w prowadzeniu działalności statutowej. Taka postawa władz państwowych sprzyjała narastaniu opozycji politycznej. Szlachta domagała się zwołania „soboru ziemskiego”, czyli reprezentacji poszczególnych stanów.

Na przełomie XIX i XX wieku doszło do erupcji opozycjonizmu spo-

⁵ Jaśkiewicz, *op. cit.*, s. 6.

⁶ Tomaszewicz, *op. cit.*, s. 126.

łecznego w ogóle, a ziemskiego w szczególności. Nie bez znaczenia okazały się akcje aprowizacyjne i sanitarne, w których działacze ziemscy nabyli doświadczenia i dokładniej poznali nastroje społeczne, antycarskie postawy i warunki socjalno-bytowe ubogich warstw społecznych.⁷ Ziemstwa stawały się ośrodkami szerzącymi radykalne idee oraz rozwijającymi oświatę i ochronę zdrowia. Poważną ich zasługą między innymi był rozwój statystyki obejmującej problematykę gospodarczą, społeczną i zdrowotną⁸.

ZAŁOŻENIA I CELE MEDYCYNY ZIEMSKIEJ

Jednym z podstawowych kierunków działalności ziemstw było zorganizowanie efektywnego systemu opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską i małomiasteczkową. System ten nazwano medycyną ziemską, która zgodnie z założeniami, w znaczym stopniu była medycyną społeczną. Zajmowała się nie tyle leczeniem, ile działalnością profilaktyczną, ukierunkowaną na człowieka i jego środowisko oraz na upowszechnianie oświaty i kultury zdrowotnej.

Teoretycy i twórcy medycyny ziemskiej uznawali za naczelną zasadę, że „pomoc lekarska to nie jest akt zawodowo-zarobkowy, ani akt miłosierdzia, lecz obowiązek społeczny.”⁹ W tak ujętej dewizie sformułowano naczelną ideę medycyny ziemskiej, która była nie tylko medycyną społeczną, ale i medycyną wiejską¹⁰.

Działalność profilaktyczna, która dla medycyny ziemskiej była głównym celem, obejmowała szerzenie oświaty i kultury higieniczno-zdrowotnej oraz szczepienia ochronne. Realizacja tych zadań napotykała różne bariery: deficyt odpowiedniej kadry w instytucjach ziemskich, niski poziom świadomości mieszkańców wsi, brak wsparcia a nawet lojalności władz państwowych i duchowieństwa. Należało zatem, jak proponowali niektórzy działacze ziemscy i reformatorzy społeczni, zadbać najpierw o rozwój elementarnej oświaty i podniesienie standardu cywilizacyjnego ludności chłopskiej, a dopiero potem podejmować akcje o cha-

⁷ Jaśkiewicz, *op. cit.*, s. 10.

⁸ L. Bazylow, *Historia Rosji*, t. II, PWN, Warszawa 1983.

⁹ W. Szumowski, *Historia medycyny filozoficznie ujęta*, Gebethner i Wolf, Kraków 1935, s. 557.

¹⁰ Medycynę wiejską zwaną też medycyną wsi reprezentuje obecnie w Polsce przede wszystkim Henryk Rafalski i jego łódzcy współpracownicy oraz funkcjonujący kiedyś pod jego kierownictwem Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie. Por. J. Kamiński, H. Rafalski, *Współczesne problemy medycyny wsi*, PZWL, Warszawa 1980.

rakterze higieniczno-zdrowotnym. Wszystko to jednak wymagało wielkich nakładów i dziesiątków lat pracy wykraczającej poza sferę i możliwości działania medycyny ziemskiej. Zamierzała ona jedynie intensyfikować działalność w dziedzinie problematyki higieniczno-zdrowotnej, rezygnując całkowicie z instytucji policji sanitarnej. Założenie to okazało się jednak w ówczesnych warunkach oświatowo-cywilizacyjnych mało realne.

Pełna realizacja głównych założeń medycyny ziemskiej nie mogła być osiągnięta bez modernizacji warunków socjalno-bytowych mieszkańców wsi i miasteczek, co wymagało naruszenia zasad ustrojowo-politycznych. Dlatego w środowisku działaczy higieniczno-zdrowotnych narastały tendencje reformatorskie i opozycyjne postawy polityczne. „Medycyna ziemska powstała i rozwijała się samorzutnie, jako działalność nienakazana ustawą, pod hasłem samopomocy, pracy dla ludu i oświaty ludu, a potem po cichu także walki z rządem. Iść w lud, szerzyć oświatę, a potem kiedyś przy pomocy ludu obalić carat — to było gorące, choć daleko ukryte marzenie działaczy ziemskich”¹¹.

Działacze ziemscy krytycznie oceniali sanitarno-policyjne metody medycyny państwowej, zwłaszcza służby sanitarnej. Metody te były efektywne w niektórych państwach europejskich, lecz rosyjska biurokracja zdeformowała je karykaturalnie. Karanie za choroby zakaźne zmuszało ludność do ich ukrywania, a tym samym i wzrostu wskaźnika śmiertelności. Pracownicy medycyny ziemskiej niekiedy nawet przesadnie działali inaczej niż personel państwowych instytucji sanitarno-medycznych.

Wśród pracowników, a zwłaszcza ideologów medycyny ziemskiej sporo było utopistów nawiązujących do ideałów ogólnoludzkich, którzy abstrahowali od społecznej rzeczywistości, z jaką spotykali się w codziennej działalności. Lekarz ziemski ma nie tylko leczyć, ale i uczyć. Ma walczyć z niehigienicznym życiem ludu i tym sposobem podnosić zdrowotność¹².

Niektórzy z ideologów medycyny ziemskiej wskazywali nadto pewne założenia o charakterze organizacyjno-strukturalnym. Lekarz sanitarny charkowskiego ziemstwa gubernialnego dr Igumnow wymienia takie naczelną zasady i cele tego systemu medycznego:

[...] kierunek sanitarno-społeczny pod hasłem badania, oświecania i obsługiwania mas ludowych; organizacja okręgów lekarskich ze szpitalikami dla chorych stałych; ambulatoria dla chorych przychodzących; zupełna bezpłatność pomocy wszelkiej lekarskiej; wreszcie, kolegialny sposób prowadzenia spraw¹³.

¹¹ Szumowski, *Dzieje organizacji...*, s. 21.

¹² *Ibid.*, s. 22.

¹³ *Loc. cit.*

Cele i założenia działalności higieniczno-zdrowotnej nie były jednolite w poszczególnych ziemstwach. Było to spowodowane istotą samorządności nie oczekującej centralnego sterowania. Nie istniało oczywiście ziemstwo ogólnorosyjskie, ani instytucja koordynująca ten rodzaj działalności. Jedyną płaszczyzną, i to nie tyle sprzyjającą koordynowaniu, co wymianie doświadczeń, były sporadyczne zjazdy lekarzy ziemskich organizowane w niektórych guberniach. One to, obok czasopism, stanowiły forum prezentowania celów i założeń strukturalnych medycznych instytucji ziemskich. Instytucje te, zdaniem niektórych działaczy i ideologów ziemskich, miały umożliwiać w dalszej perspektywie dokonywanie reform obejmujących nie tylko system ochrony zdrowia i jego bezpośrednio uwarunkowania.

ROZWÓJ I DZIAŁALNOŚĆ MEDYCYNY ZIEMSKIEJ

Formalnie medycyna ziemska zaczęła funkcjonować już na początku 1864 roku. Ziemstvom przekazano wówczas znaczną część instytucji opiekuńczo-leczniczych, oświatowo-wychowawczych i innych o charakterze socjalnym. Wśród nich znalazło się 351 szpitali o 11 309 łózkach oraz -milionowy fundusz dobroczynności publicznej¹⁴. Szpitale te, ze względu na stopień zniszczenia i zaniedbania, w większości nie nadawały się do użytku, a „lud wiejski był faktycznie bez żadnej opieki lekarskiej”¹⁵.

Oprócz deficytu szpitali i ich dekapitalizacji były one nierównomiernie rozmieszczone. Niektóre jednostki administracyjne kraju, w tym znaczna część powiatów, nie dysponowały nawet małym szpitalikiem. W roku rozpoczęcia dziejów medycyny ziemskiej „cała gubernia permska, licząca około 2 mln ludności, miała tylko 11 szpitali z 425 łózkami, przy czym w 6 szpitalach nie było w ogóle lekarzy, same zaś budynki przedstawiały obraz nędzy i rozpacz”¹⁶.

Medycyna ziemska wystartowała zatem z nader ubogim dziedzictwem, i to zarówno jeśli chodzi o bazę szpitalną, jak i o potencjał kadrowy. Rozwój nowo powstałego systemu opieki zdrowotnej warunkowało nie tyle to dziedzictwo, ile aktywność i zaradność działaczy ziemskich oraz ich stopień zainteresowania problematyką higieniczno-zdrowotną. „Upodobaniem jednych były szkoły i budowali je jedną za drugą [...], upodobaniem innych — szpitale, w rezultacie czego powstała zorganizowana, dobrze przemyślana sieć szpitali rejonowych rozsianych po całym po-

¹⁴ *Ibid.*, s. 14.

¹⁵ *Loc. cit.*

¹⁶ Bazyłow, *op. cit.*, s. 305.

wiecie”¹⁷. Ziemstwa różnorodnie kierowały swoją działalność i rozwój infrastruktury społecznej, stąd odziedziczone dysproporcje międzyregionalne nie ulegały znaczącemu zmniejszeniu.

Większość ziemstw uznała problem opieki zdrowotnej za priorytetowy, lecz działacze, nie mając doświadczenia, a często i elementarnych kwalifikacji do prowadzenia polityki zdrowotnej, nie byli w stanie właściwie go rozwiązywać, zwłaszcza w tak trudnych warunkach. W olbrzymim imperium miejscami „ludność i jej zwyczaje zupełnie pierwotne; oświaty nie było żadnej i choroby się szerzyły według praw naturalnych, tłumione chyba tylko w mieście gubernialnym — na papierze”¹⁸.

Cywilizacyjno-kulturowe dysproporcje międzyregionalne oraz różnice wynikające z aspiracji i systemów wartości działaczy ziemskich utrudniały opracowanie jednolitych koncepcji polityki zdrowotnej w skali ogólnokrajowej. W jednych ziemstwach starano się stworzyć dobrze rozwinięty system opieki zdrowotnej, natomiast w innych organizowano najpierw szkolnictwo elementarne, wychodząc z założenia, że tak niski poziom oświaty na wsi uniemożliwia prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej i zaakceptowanie zasad medycyny profesjonalnej. Sądono nawet, że wydatki na wcześniejszy rozwój opieki zdrowotnej niż na oświatę są bezzasadne.

Bez względu na kontrowersje i hierarchie celów ustalano najczęściej, że ziemstwo powiatowe musi mieć lekarza czuwającego nad stanem zdrowotnym mieszkańców powiatu. Niektóre powiaty dzielono na części zwane okręgami posiadającymi własnego lekarza, a niekiedy i kilkunastokrotny szpital.

W początkowym okresie działalności ziemskie instytucje medyczne nie mając własnych lekarzy zatrudniały lekarzy państwowych na godziny zleczone, bowiem szpitale przestałyby funkcjonować. Na podobnych warunkach pracowali felczerzy i większość akuszerok. Jednak z każdym rokiem powiększała się kadra pracowników medycznych etatowo zatrudnionych w ziemskich szpitalach i ambulatoriach. Przybywało również felczerów wizytujących wsie i udzielających porad ludności. Prawie regułą się stało, że felczerzy a niekiedy i lekarze swoje usługi oferowali podczas jarmarków, na które licznie przybywali mieszkańcy okolicznych nie raz znacznie odległych wsi.

W wielu powiatach i guberniach ambicją działaczy ziemskich było zorganizowanie dobrze rozwiniętej opieki zdrowotnej, uznawanej za wskaźnik aktywności poszczególnych ziemstw. Przybywało zatem medycynie ziemskiej własnej kadry lekarskiej, felczerskiej i akuszerskiej. Dy-

¹⁷ Tomaszewicz, *op. cit.*, s. 23—24.

¹⁸ Szumowski, *Dzieje organizacji...*, s. 14.

namikę zatrudnienia lekarzy ziemskich obrazują następujące dane: w roku 1865 było ich 48, a w następnym już 288, w roku 1870 zatrudniano 599 lekarzy, w dziesięć lat później — 1125, zaś w roku 1890 zatrudnienie ich wzrosło do 1610, a po czternastu latach wyniosło 2608 osób¹⁹.

Po roku 1880 bardzo nieliczne ziemstwa powiatowe nie zatrudniały własnych lekarzy, lecz nadal korzystały z pomocy lekarzy państwowych i prowadzących wolną praktykę. Niektóre z powiatów miały nawet po kilku pełnozatrudnionych lekarzy, co umożliwiała podział powiatu na rejony lekarskie.

Stosunkowo szybko ukształtowała się kategoria lekarzy ziemskich, mających szersze obowiązki profesjonalno-pracownicze i społeczne niż mniej liczni pod koniec XIX wieku lekarze państwowi i prowadzący wolną praktykę. Medycyna ziemska, po kilkunastu latach stała się głównym systemem opieki zdrowotnej, choć wśród trzech równolegle funkcjonujących była najmniej doceniana przez władzę państwową.

Czynnik ów znacznie przyspieszał procesy integracyjno-organizacyjne wśród kadry medycznej funkcjonującej w instytucjach medycyny ziemskiej. „Lekarze rychło zaczęli odczuwać potrzebę porozumienia się ze sobą i wspólnego, kolegiального omawiania ziemskich spraw lekarskich”²⁰. W latach sześćdziesiątych wyraźnie podnoszono w prasie potrzebę powołania organizacji lekarzy ziemskich.

W roku 1871 z inicjatywy ugerni twerskiej odbył się zjazd założycielski korporacji lekarzy ziemskich. Na tym zjeździe i na następnych, organizowanych w innych guberniach, zastanawiano się nad modelem organizacyjno-strukturalnym ziemskiego systemu opieki socjalno-zdrowotnej i jego powiązań z sanitarno-zdrowotną działalnością instytucji państwowych. Najwięcej jednak dyskutowano nad samą pozycją i rolą lekarza ziemskiego, a zwłaszcza nad kontrowersyjnym systemem jego pracy. Chodziło głównie o ustalenie „czy lekarz ziemski ma siedzieć w miejscu gdzieś w środku swojego powiatu czy okręgu i udzielać porady i pomocy tym, którzy się do niego zgłoszą, czy też winien sam jeździć i przyjmować chorych w określone dni po wsiach i jarmarkach”²¹. Początkowo przyjmowano różne rozwiązania, ale raczej przyjęto bardziej preferowany przez działaczy ziemskich system lekarzy objeżdżających. Dla lekarzy okazał się jednak zbyt wyczerpujący i mniej efektywny niż się spodziewano. W kwestii systemu pracy lekarza wystąpiła rozbieżność stanowisk i pojawiło się wiele różnorodnych wzorów pełnienia roli lekarza ziemskiego.

¹⁹ *Ibid.*, s. 33.

²⁰ *Ibid.*, s. 15.

²¹ *Loc. cit.*

Lekarz objeżdżający przyjmował chorych w punktach organizowanych ad hoc o najbardziej dogodnej lokalizacji, odwiedzał chorych w domach, udzielał porad podczas jarmarków czy w sąsiedztwie cerkwi (tylko sporadycznie i początkowo). Po okrzepnięciu organizacyjnym medycyny ziemskiej zaniechano jarmarcznych i przycerkiewnych praktyk felczerско-lekarskich.

Celem objazdów lekarskich było nie tyle świadczenie porad, ile udzielanie konsultacji felczerom napotykałym trudności w leczeniu pacjentów z bardziej skomplikowanymi jednostkami chorobowymi. Ponadto lekarze interesowali się stanem higieniczno-sanitarnym wizytowanych miejscowości i chorobami zakaźnymi. W miarę możliwości czasowych leczyli oni różnych chorych, w tym głównie położnice z poważniejszymi powikłaniami, którym starano się zapewnić pomoc i opiekę. „Bywało tak — pisze pewien lekarz ziemski — że przez całą dobę albo i dwie nie wysiadałem z powozu, jeżdżąc od jednego porodu do drugiego”²².

W niektórych ziemstwach, do jakich należał również powiat moskiewski, od początku stosowano osiadły system pracy lekarza. Lekarz miał wyodrębniony okręg składający się z kilku gmin, których mieszkańcy leczyli się we własnym 20—25-lóżkowym szpitaliku, a porady lekarskie otrzymywali w ambulatorium przyszpitalnym. Starano się, aby szpital posiadał oddział porodowy i zlokalizowany w odrębnym obiekcie oddział zakaźny. W szpitalu lub jego bliskim sąsiedztwie funkcjonowała apteka, prowadzona zazwyczaj przez przeszkolonego felczera, a później profesjonalnie przysposobionego farmaceutę-aptekarza. Szpital, poza lekarzem, zatrudniał personel składający się z 2—3 felczerów i akuszerki oraz pracowników obsługi. Lekarze osiadli pracowali głównie w szpitalu i ambulatorium, nadzorowali personel i felczerów wiejskich. W teren wyjeżdżali oni jedynie w wyjątkowych okolicznościach (epidemie, poważniejsze przypadki chorobowe, powikłania poporodowe).

Osiadły system pracy lekarzy ziemskich pozyskiwał rosnące grono zwolenników. Okazał się nie tylko mniej męczący dla lekarzy, ale i bardziej efektywny niż system pracy lekarzy jeżdżących, dlatego upowszechniał się wbrew dążeniom władz ziemskich.

Racjonalna działalność lekarza — pisze K. Kapustin — wymaga staranności względem chorego, posiadania pod ręką licznych środków pomocniczych do badania i leczenia, możliwości obserwowania chorego, pewności, że przepisane lekarstwo zostało sporządzone, jak się należy, i że chory zażywa je tak, jak lekarz kazał. Ani jeden z powyższych warunków nie może być wypełniony w tym chaosie, jaki panuje po wsiach lub jarmarkach podczas przyjmowania chorych i w ogóle w systemie rozjazdowym. Lekarz pędzi od wsi do wsi, zawsze się spieszy, nigdy prawie

²² Tomaszewicz, *op. cit.*, s. 89.

nie ma pod ręką potrzebnych narzędzi i rzadko kiedy widzi wyniki swoich zarządzeń²³.

Lekarze niemal od samego początku optowali za osiadłym systemem pracy, ale wielu działaczy ziemskich forowało odmienne stanowisko. Dlatego trwały kontrowersje między lekarzami a działaczami ziemskimi, lecz „samo życie sprawę rychło skierowało na właściwe tory”²⁴. Większa efektywność pracy lekarzy osiadłych stała się koronnym argumentem za upowszechnieniem tego systemu i systemu mieszanego, będącego kombinacją obu tych systemów pełnienia profesjonalnej roli lekarza ziemskiego.

Tab. 1. System pracy lekarzy ziemskich w latach 1880—1900

| Typ systemu pracy lekarskiej | Rok | 1880 | 1890 | 1900 |
|------------------------------|-------------------------------|------|------|------|
| | System lekarzy dojeżdżających | | 134 | 50 |
| System lekarzy osiadłych | | 19 | 47 | 138 |
| System mieszany | | 206 | 262 | 219 |

W ostatnim dwudziestoleciu ubiegłego stulecia, mimo opozycji działaczy ziemskich traktujących status lekarza ziemskiego na wzór innych pracowników (urzędników) instytucji ziemskich, dominował mieszany i osiadły system pracy lekarzy. Zapewne w następnych latach, wnioskuje na podstawie tendencji uwidocznionej w tab. 1, proporcja pomiędzy tymi trzema systemami pracy była jeszcze korzystniejsza dla systemu osiadłego.

Nie wszystkie ziemstwa zajmowały się zagadnieniami medycznymi wsi z jednakową troską. Były nawet takie, wprowadzając nieliczne, które wyraźnie dystansowały się od podejmowania problematyki higieniczno-zdrowotnej i prób zorganizowania profesjonalnej opieki zdrowotnej. Niektóre z ziemstw zamiast lekarzy zatrudniały znachorów lub duchownych dodatkowo zajmujących się leczeniem ludowym czy znachorstwem. „Niżniediewickie ziemstwo powiatowe (gub. woroneska) jeszcze w r. 1902 uchwaliło zaprosić homeopatę na miejsce jednego z lekarzy, wskutek czego wszyscy lekarze tegoż ziemstwa solidarnie opuścili swoje stanowiska”²⁵.

W Rosji, podobnie jak i w Polsce, najdłużej utrzymywały się nie-

²³ K. Kapustin, *Osnownyje woprosy ziemskoj medycyny, 1889*, s. 3—6. Cyt. za Szumowski, *Dzieje organizacji...*, s. 17.

²⁴ Szumowski, *Dzieje organizacji...*, s. 18.

²⁵ Chworostanskij, *Ziemskaja medycyna w Charkowskoj gub. za 50 let*, „Charkowski med. żurnal”, XVII Nr 5, s. 328. Cyt. za Szumowski, *Dzieje organizacji...*, s. 19.

profesjonalne świadczenia w położnictwie. Przez długi okres trudno było zastąpić babki wiejskie położnymi czy lekarzami. Babki pomagały kobietom nie tylko przy porodzie, ale i podczas połogu w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Niektórzy lekarze i felczerzy nawiązywali współpracę ze znachorami i babkami. „Postanowiliśmy z felczerem — pisze lekarz ziemski — szukać sposobów zjednania sobie i znachorów, i »babek«, przekonania ich, że nie chcemy ich pozbawiać zarobków, że chcemy im pomóc w przypadkach, w których sami nie mogą choremu pomóc”²⁶. Babki dzięki nawiązaniu tej współpracy i życzliwej postawie lekarzy organizowały w większych wsiach swoiste izby porodowe, wyposażone w środki higieniczno-dezynfekcyjne, niezbędne do odbierania porodów. W skomplikowanych przypadkach otrzymywały one pomoc od akuszerki bądź lekarza.

Ludność wiejska bardziej darzyła zaufaniem znachorstwo niż medycynę profesjonalną, zwłaszcza w początkowym etapie dziejów ziemskiego systemu ochrony zdrowia. Obradujący w roku 1866 zjazd ziemski w Wołczańsku (gub. charkowska) podjął uchwałę stwierdzającą, że „urządzenie szpitala w powiecie jest przedwczesne, ponieważ lud nie ma zaufania do medycyny i że na sam przód trzeba lud oświecić”²⁷. O braku zaufania w środowisku wiejskim do medycyny profesjonalnej świadczą liczne przykłady analizowane w literaturze naukowej i pamiętnikarskiej.

Podczas wielkiego głodu i towarzyszącej mu epidemii cholery w 1892 roku „chłopi w wielu wioskach wystąpili przeciw lekarzom [...] przekonani byli o tym, że to nie cholera zabija ludzi, tylko lekarze na rozkaz możnych panów trują chłopów, bo za dużo ich się namnożyło”²⁸. Świadomość chłopstwa rosyjskiego była bardzo niska, skoro manifestowało takie postawy wobec lekarzy i medycyny naukowej. Na takim samym poziomie była jego kultura zdrowotna. „W obejściu i w izbie było brudno, przyodziewek nie błyszczał czystością, a sam chłop nie lubił się myć i żałował wydatków na mydło”²⁹.

Rosyjska medycyna ziemiska mając tak wzniosłe założenia jednak początkowo nie uzyskała społecznej aprobaty. Dzięki wielkiemu wysiłkowi działaczy ziemskich, lekarzy i pozostałego personelu medycznego stopniowo umacniała swoją pozycję. O obciążeniu rejonowych lekarzy ziemskich najlepiej mówi typowy zestaw zadań, jakie codziennie wypełniali. Do obowiązków lekarza rejonowego należało:

1) Leczenie chorych szpitalnych, 2) codzienne przyjmowanie chorych przychodzących, których mniej jak pięćdziesięciu nie bywało, a w dniu targowe liczba

²⁶ Tomaszewicz, *op. cit.*, s. 146.

²⁷ Chworostanskij, *op. cit.*, s. 57.

²⁸ Tomaszewicz, *op. cit.*, s. 9.

²⁹ *Ibid.*, s. 121.

ta dochodziła do stu pięćdziesięciu, 3) odwiedzanie chorych w ich mieszkaniach, 4) walka z epidemiami, przeważnie dziecięcymi, które od czasu do czasu nawiedzały rejon (szkarlatyna, dyfteryt, ospa, odra)⁸⁰.

Mniej był obciążony obowiązkami pozostały personel, ale również o wiele bardziej niż to przewidują współczesne normy, nie mówiąc już o obowiązkowych normach pracy, jakie współcześnie się stosuje.

Lekarze zawsze zajmują w systemie medycznym pierwszoplanową pozycję ze względu na posiadane kwalifikacje i pełnione funkcje kierownicze. Tak było również w medycynie ziemskiej. Jednak liczebnie dominowali w niej, co najmniej trzykrotnie, felczerzy nad lekarzami.

Felczerzy wypełniali podstawowe zadania higieniczno-lecznicze w terenie oraz pomocnicze w szpitalach i ambulatoriach. Ich profesjonalne rodowody były zróżnicowane. Najczęściej jednak felczerami zostawali mężczyźni po ukończeniu czteroletnich szkół felcerskich i rezerwiści, którzy odbywali służbę wojskową w formacjach medycznych, gdzie przez kilka lub kilkanaście lat pełnili role sanitariuszy, bądź mniej wykwalifikowanych pomocników lekarzy wojskowych. Sanitariuszom ci i pomocnikom, po nabyciu odpowiednich umiejętności i elementarnej wiedzy medycznej, w cywilu zazwyczaj nadal zajmowali się lecznictwem, występując w roli znachora stosującego niektóre zasady medycyny profesjonalnej, bądź po dodatkowym wzbogaceniu kwalifikacji, zwłaszcza praktycznych, zostawali felczerami. Większość z nich zdobywała uznanie w społeczności wiejskiej szybciej niż lekarze. Felczerzy z wojskowym rodowodem profesjonalnym mniej byli uwrażliwieni na zasady higieny i aseptykę niż ich koledzy z dyplomem czteroletniej szkoły felcerskiej⁸¹.

Rozwój i działalność medycyny ziemskiej to nie tylko wielokierunkowa aktywność zawodowa coraz liczniejszej kadry, ale również funkcjonowanie instytucji medycznych, zwłaszcza szpitali. Wymownym wskaźnikiem rozwoju systemu ochrony zdrowia są właśnie szpitale, których w medycynie ziemskiej były trzy rodzaje: rejonowe (głównie wiejskie), powiatowe i gubernialne. W skali imperium i pięćdziesięcioletnich dziejów tego systemu ochrony zdrowia rozwój bazy łóżkowej w tych szpitalach nie był równomierny, co obrazuje tab. 2.

Najwyższą dynamikę wzrostu łóżek miały szpitale wiejskie, które w roku 1910 dysponowały ponad połową z ogólnej liczby 43 270 łóżek, jakie miały wszystkie szpitale ziemskie. Ta stosunkowo spora baza szpitalna i ponad 2 600 osobowa kadra lekarska wskazują na stopień zaawansowania rozwoju medycyny ziemskiej w końcowej fazie jej działalności.

⁸⁰ *Ibid.*, s. 135.

⁸¹ *Ibid.*, s. 83—84.

Tab. 2. Łóżka szpitalne w medycynie ziemskiej w latach 1864—1910

| Rok | Łóżka Ogółem | W szpitalach wiejskich | Gubernial- nych | Powiatowych |
|------|-----------------|---------------------------|--------------------|-------------|
| 1864 | 11 309 | — | — | — |
| 1890 | 26 456 | 8 470 | 6284 | 11 702 |
| 1898 | 30 122 | 12 883 | 5504 | 11 735 |
| 1910 | 43 270 | 22 295 | 6080 | 14 895 |

Obie tabele opracowano na podstawie danych zawartych w cytowanej pracy Szumowskiego: *Dzieje organizacji...*, s. 18, 30.

Dzięki medycynie ziemskiej nastąpił szybki rozwój infrastruktury ochrony zdrowia, zwłaszcza w rejonach wiejskich. Chłop rosyjski po raz pierwszy zetknął się z lekarzem i z medycyną naukową. Miało to wielkie znaczenie społeczno-kulturowe, a przede wszystkim zdrowotne.

Rosyjska medycyna ziemiska stanowiła wielkie osiągnięcie w skali ponadeuropejskiej. Jednym z niekwestionowanych jej sukcesów było wprowadzenie statystyki medycznej na szeroką skalę, zwłaszcza dotyczącej zachorowalności. To osiągnięcie wysoko oceniono na Międzynarodowej Wystawie Higieny w Dreźnie zorganizowanej w 1911 roku³². Przyspieszyło ono nie tylko rozwój statystyki medycznej, ale i bazującej na niej medycyny społecznej.

POLSKA AKOMODACJA ROSYJSKIEJ MEDYCYN Y ZIEMSKIEJ

Założenia programowo-strukturalne rosyjskiej medycyny ziemskiej przeniknęły do polskiej myśli socjomedycznej, poszukującej optymalnych wzorów zapewnienia ludności wiejskiej opieki zdrowotnej. Wiele polskich projektów dotyczących ochrony zdrowia ludności rolniczej, głównie autorstwa lekarzy lubelskich, opierano na rosyjskiej medycynie ziemskiej. Była ona jedyną instytucją rosyjską mającą szansę na zaadaptowanie się w Królestwie przy akceptacji znacznej części jego mieszkańców, głównie zaś chłopstwa. Chłop polski w końcu XIX wieku, w przeciwieństwie do rosyjskiego, nie był objęty opieką lekarską. Z inicjatywą objęcia opieką socjalno-zdrowotną chłopstwa pierwszy wystąpił gubernator płocki Janowicz. Centralne władze rosyjskie propozycję tę zatwierdziły 14 czerwca 1897 roku. Z dniem 3 stycznia 1899 roku w guberni płockiej zaczął funkcjonować zmodyfikowany system rosyjskiej

³² B. J. Smulewicz, *Metody badania zdrowotności*, [w:] *Socjologia w ZSRR*, PWE, Warszawa 1966, s. 210.

medycyny ziemskiej, z perspektywą upowszechnienia go w całym Królestwie³³.

Trudno dziś ustalić, jakimi motywami kierował się gubernator proponując wprowadzenie rosyjskiego systemu ochrony zdrowia. Nie udało się ustalić czy był to akt i gest dobrej woli, czy misternie zaprogramowany instrument rusyfikacji społeczeństwa polskiego. Nie wyklucza się, że mógł być — i tak zapewne było — aktem mającym spełniać oba te oczekiwania.

Z ówczesnych publikacji nie można wywnioskować, jakie były motywy przeszczeplenia na grunt polski rosyjskiej instytucji medycznej.

Oto projektodawca — pisze O. Hewelke — znając wielkie braki, jakie przedstawiają sprawy zdrowia guberni płockiej, ciężkie położenie bytowe ludności, niemożność zasiągania pomocy lekarskiej, jako zbyt drogiej, i wpadanie w wyzysk felczerów i znachorów, pragnie zapobiec tym brakom poprzez odpowiednią organizację pomocy lekarskiej, aby ludność, korzystając z jej dobrodziejstw, jednocześnie naocznie się przekonała, że Rуска administracja przynosi ze sobą nie tylko panowanie, ale i troskę o potrzeby i dobrobyt ludności³⁴.

Z zacytowanej wypowiedzi jednego z polskich lekarzy widzimy raczej dystans niż zachwyty do medycznego eksperymentu płockiego. Autor charakteryzuje w umiarkowanym tonie system medyczny przewidziany po eksperymencie do upowszechnienia w całym Królestwie. System ów, choć tego Hewelke *explicite* nie formułuje, ma być instrumentem polityki rusyfikacyjnej. Jeżeli nawet wprowadzenie bezpłatnej opieki zdrowotnej miało stać się takim narzędziem, to dla polskości nie było ono tak niebezpieczne, jak to przedstawiali lekarze o potencjalnie zagrożonej pozycji ekonomicznej i społecznej. Prywatna praktyka, zwłaszcza w rejonach wiejskich i małomiasteczkowych, uległaby wówczas poważnemu ograniczeniu.

Projekt Janowicza, zakładający zaadaptowanie w Królestwie idei rosyjskiej medycyny ziemskiej wywołał silne zainteresowanie polskiego środowiska lekarskiego z wielu istotnych powodów. Uposażenie lekarzy, obciążonych w tym systemie rozległymi obowiązkami, zapowiadało się skromnie i bez perspektyw na prywatną praktykę. Zatem pojawiło się realne zagrożenie osobistego interesu lekarzy upatrujących w wolnej praktyce najbardziej atrakcyjny wzór kariery profesjonalnej i główne źródło dochodów.

Reprezentantom tej kategorii zawodowej nie wypadało na łamach

³³ M. Zienkiewicz, *Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej. Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim*, „Czasopismo Lekarskie” 1902, nr 1, s. 14—15.

³⁴ O. Hewelke, *Kilka uwag w kwestyi projektu urządzenia pomocy lekarskiej w guberni płockiej*, „Kronika Lekarska” 1897, nr 22, s. 1063—1064.

czasopism bronić potencjalnego zagrożenia własnej pozycji. Woleli natomiast w tym celu używać skutecznie działających subtelnie stosowanych argumentów politycznych, jakimi było wskazywanie rusyfikatorskich akcentów i przesłanek motywujących administrację do wprowadzenia tej wersji systemu ochrony zdrowia w Królestwie. System ten akceptowali polscy chłopi, którzy nie korzystali z kosztownych i odległych instytucji medycyny zawodowej.

Polscy lekarze manifestowali i kształtowali w społeczeństwie krytyczne postawy o tej opiece medycznej. Zabierający głos w publicznej dyskusji H. Fidler pisał, że „wypracowany i mający być wprowadzony w życie projekt jest miniaturką pomocy lekarskiej w guberniach rosyjskich z samorządem ziemskim. Został on wykrojony z tamtego i przeniesiony na nasz grunt odmienny od macierzystego tej instytucji³⁵. Nie wynika z tego, aby polskie środowisko lekarskie aprobowało zapowiadaną przez władze carskie bezpłatną opiekę medyczną dla ludności Królestwa.

Eksperymentalne wprowadzenie w guberni płockiej zmodyfikowanego modelu rosyjskiej medycyny ziemskiej oraz „importowanie” z Rosji części personelu medycznego, w tym wszystkich (7) akuserek nie powinno przesłaniać i deprecjonować tego, że sam pomysł i model zasługiwały na uznanie. Miały one — zgodnie z ustawą — „udostępnić pomoc lekarską w każdej porze i każdemu biednemu, czy zamożnemu³⁶. Była to oferta o dużej doniosłości społecznej. Nie mogła ona być w ówczesnej sytuacji politycznej całkowicie pozbawiona znamion rusyfikatorskich, tendencyjnie wyolbrzymianych przez polskich lekarzy obawiających się społeczno-ekonomicznej degradacji. Tylko nieliczni z nich manifestowali zadowolenie z możliwości wprowadzenia w polskich guberniach demokratycznego systemu ochrony zdrowia. Do tej kategorii lekarzy polskich należał Zaleski, który pisał, że medycyna dzisiejsza to klejnot dla bogaczy jedynie, powinna być jak woda dla wszystkich, w równym, najlepszym gatunku”³⁷.

Finansowaniem tej de iure bezpłatnej opieki lekarskiej zostali obciążeni posiadacze ziemscy i miejscy w postaci podatku. Dostosowana do polskich warunków medycyna ziemiska zapewniała opiekę przede wszystkim ludności wiejskiej i małomiasteczkowej, czyli tym warstwom społecznym, które były najliczniejsze i miały najbardziej ograniczony dostęp do usług medycyny profesjonalnej.

³⁵ H. Fidler, *Pomoc lekarska gminna w gub. Królestwa Polskiego*, „Zdrowie” 1903, nr 6—7, s. 596.

³⁶ A. Zaleski, *Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji płockiej*, „Czasopismo Lekarskie” 1902, nr 8, s. 100.

³⁷ *Ibid.*, s. 110.

Wprowadzanie eksperymentu w guberni płockiej zaczęto od podzielenia jej na 8 rejonów zapobiegawczo-leczniczych (bez powiatu płońskiego), zwanych okręgami lekarskimi. Urządzono w nich po jednym 10-lóżkowym szpitaliku i po 2 ambulatoria w miejscowościach nie będących siedzibami lekarzy. W szpitalu, zwanym lecznicą, zatrudniono lekarza, felczera i akuszerkę. W strukturze organizacyjnej szpitala i okręgu przewidziano stanowisko lekarza zapasowego³⁸.

Podział ról i kompetencji pracowników stanowiących kadrę medyczną okręgu i działającego na jego terenie szpitala był unormowany w sensie merytorycznym i organizacyjnym. Kierownikiem okręgu był lekarz, który jednocześnie kierował działalnością szpitala. Ponadto miał on obowiązek udzielania pomocy obłożnie chorym w ich domach. Obowiązek ten jednak później złagodzano ograniczając go tylko do chorych mieszkających w pobliżu stałego pobytu lekarza.

Bardzo ważną rolę w ziemskiej ochronie zdrowia spełniał felczer, który leczył mniej zagrożonych chorych, pomagał lekarzowi w wykonywaniu różnych zabiegów oraz pełnił funkcję farmaceuty, skoro zajmował się przygotowaniem i dystrybucją leków, które były początkowo odpłatne nawet dla pacjentów hospitalizowanych. Natomiast inne świadczenia, zarówno w szpitalu i ambulatorium, jak również w domu pacjenta obłożnie chorego, były bezpłatne.

Akuszerka swoją rolę zawodową wykonywała bardziej samodzielnie niż felczer. Obsługiwała ona porody szpitalne i domowe, szczepiła dzieci przeciwko ospie, pomagała również lekarzowi w udzielaniu porad ambulatoryjnych oraz prowadziła działalność gospodarczą szpitala, mając do pomocy personel kuchenny i pracowników obsługi.

Szpitalny zespół medyczny składający się z lekarza, felczera i akuszerki (Rosjanki) był poważnie obciążony sprawowaniem opieki nad pacjentami szpitalnymi, których nie było wprawdzie wielu, lecz z reguły z poważnymi objawami chorobowymi. Ponadto lekarz, wspólnie z podległym mu felczerem i akuszerką, udzielał niekiedy ponad 100 porad w ciągu dnia w przyszpitalnym ambulatorium, nie licząc wizyt domowych³⁹.

Płocki eksperyment medyczny napotykał trudności kadrowe i lokalowe, dezaprobatę polskiego środowiska lekarskiego, zetknął się z uprzedzeniami części społeczeństwa zaniepokojonego wyeliminowaniem z działalności leczniczo-opiekuńczo-pielęgnacyjnej siostr zakonnych i zatrudnieniem rosyjskich akuszerok oraz (częściowo) felczerów i lekarzy⁴⁰. Te

³⁸ A. Kędziński, *O pomocy leczniczej na wsi*, „Zdrowie” 1903, nr 6—7.

³⁹ *Medycyna w samorządzie*. Praca zbiorowa, Warszawa 1906, s. 279.

⁴⁰ Hewelke, *op. cit.*

przesłanki sprzyjały narastaniu dystansu polskiego społeczeństwa wobec eksperymentu. Personel medyczny w świadomości Polaków funkcjonował bardziej jako sztab rusyfikatorów niż pracowników medycznych *sensu stricto*.

Nie była to jedyna, ale zapewne główna przyczyna fiaska plockiego eksperymentu medycznego. Równie ważne były powody natury modelowo-organizacyjnej. Już w początkowych miesiącach funkcjonowania tego systemu dostrzeżono konieczność zmian strukturalnych, które starano się wprowadzić. Najważniejszą z nich było terytorialne zmniejszenie okręgów lekarskich i wzbogacenie kadry medycznej. System ten traktowano elastycznie, czyniąc go otwartym na modernizację z nadzieją na większe zainteresowanie nim mieszkańców Królestwa i ukształtowanie aprobujących postaw wobec niego.

Plocki system medyczny był podatny na innowacje, gdyż podlegał władzy samorządowej, jaką stanowiła Rada Gubernialna Dobroczynności Publicznej w Płocku i rady powiatowe tej organizacji⁴¹. W przypadku, gdy okręg lekarski nie pokrywał się z obszarem powiatu, wówczas nadzór nad okręgiem sprawowała ta rada powiatowa, której podlegała miejscowość będąca siedzibą lekarza.

Trzyletnie doświadczenia plockie wykorzystano do opracowania projektu organizacyjnego przewidującego eksperymentalne wprowadzenie medycyny ziemskiej w guberni radomskiej. Przewidywano tu mniejsze okręgi lekarskie i liczniejszą kadrę medyczną. Z wielu powodów, w tym i politycznych, zaniechano rozszerzania eksperymentu na jeszcze jedną gubernię, decydując się jedynie na przedłużenie go na dalsze dwa lata w guberni plockiej.

W projekcie radomskim zaprogramowano nie tylko mniejsze okręgi lekarskie i liczniejszą kadrę w stosunku do modelu plockiego, ale inne jeszcze modyfikacje zwiększające efektywność medycyny ziemskiej. Miała być znacznie rozszerzona i zintensyfikowana jej działalność higieniczno-sanitarna, opieka akuszeryjna i statystyka medyczna. Przewidywano również nasilenie działań profilaktycznych. Miały one objąć nie tylko upowszechnianie oświaty i kultury zdrowotnej, ale i masowe szczepienia ochronne oraz inne formy zwalczania groźnych chorób zakaźnych (gruźlica, jaglica i syfilis)⁴². Syfilis i inne choroby weneryczne, mimo ograniczonego ich zasięgu wśród ludności wiejskiej, traktowano jako groźną chorobę społeczną. Dlatego wymieniano ją obok gruźlicy w programach działalności profilaktycznej plocko-radomskiego modelu medycyny ziemskiej.

⁴¹ Zienkiewicz, *op. cit.*, s. 15.

⁴² H. Fidler, *Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej*, „Czasopismo Lekarskie” 1902, t. IV, s. 204 i dalsze.

Przedłużony z trzech do pięciu lat płocki eksperyment zakończył się z różnorodnych powodów fiaskiem. Dostarczył jednak doświadczeń służących do doskonalenia modelu organizacyjnego i mechanizmów funkcjonowania medycyny ziemskiej. W trosce o wzrost efektywności pracy lekarza i podległego mu personelu, wyraźniej zaznaczyła się tendencja ograniczania wizyt domowych do schorzeń wyjątkowo ciężkich, zwłaszcza wypadków. Osoby wzywające lekarza do domu chorego w innych przypadkach taką ekskluzywną, jak na ówczesny stan kadry lekarskiej, poradę i ewentualne zabiegi terapeutyczne musiały same opłacać⁴³.

W eksperymencie płockim pojawiła się potrzeba dalszej profesjonalizacji i specjalizacji zawodu lekarza. Jak zauważył Zaleski i niektórzy inni autorzy, wyraźnie wzrosło zapotrzebowanie na lekarza-higienistę, który winien zajmować się przede wszystkim kwestiami sanitarnymi okręgu lekarskiego (zapobiegawczo-leczniczego, zwanego również sanitarnym). Autor ten proponował likwidację zawodu felczera i rozparcelowanie jego zadań pomiędzy lekarza i sanitariusza, którego każdy doświadczony lekarz winien sam kształcić podczas świadczenia pomocy w pracy i wykonywania prostych zadań o charakterze usługowo-pomocniczym⁴⁴.

Lekarz ziemski, zarówno w Rosji, jak i w guberni płockiej, był przeciążony pracą zawodową, która nie była ograniczona odpowiednimi godzinami. Często zatem lekarze płoccy, dodatkowo obarczeni prowadzeniem rozbudowanej dokumentacji i statystyki, praktykowali jednoczesne wchodzenie do gabinetu czterech pacjentów, aby efektywniej wykorzystać czas. Wprawdzie umożliwiałoby to przyjęcie większej liczby osób, ale zbyt ni pomyślnie zapewne obniżał jakość udzielanych im porad⁴⁵. Jest to kwestia szczegółowa, jednak świadcząca o warunkach pracy lekarza i skuteczności eksperymentowanego modelu medycyny ziemskiej.

Główne założenia i idee tego systemu medycznego stały się obecne w polskiej myśli socjomedycznej i praktycznej działalności reformatorów ochrony zdrowia, zwłaszcza tych, którzy poszukiwali optymalnego modelu opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską. Znajomość medycyny ziemskiej w wersji typowo rosyjskiej, jak i zmodyfikowanej w warunkach płockich, była im w tych poszukiwaniach pomocna.

Założenia i oczekiwania towarzyszące eksperymentowi płockiemu byłyby realizowane w większym zakresie, gdyby przeprowadzono go wcześniej. Zbliżająca się wojna rosyjsko-japońska oraz rewolucja 1905 roku komplikowały wykorzystanie efektów tego interesującego eksperymentu medycznego.

⁴³ Zaleski, *op. cit.*, s. 153.

⁴⁴ *Ibid.*, s. 154.

⁴⁵ Kędzierski, *op. cit.*, s. 601.

ZAKOŃCZENIE

Medycyna ziemiska była fenomenem socjomedycznym o ponadeuropejskim wymiarze. Narodziła się w skomplikowanej rzeczywistości społeczno-kulturowej o niskim poziomie cywilizacyjnym. Ta specyfika warunków imperium rosyjskiego stanowiła istotne ograniczenia dla pełniejszej realizacji wzniosłych i społecznie doniosłych założeń modelowych medycyny ziemskiej.

Półwiekowa działalność tego systemu medycznego, mimo różnych barier, osiągnęła znaczące sukcesy. Niektóre z nich, jak rozwój kadry medycznej i bazy leczniczej, dadzą się ująć w wymierne wskaźniki statystyczne, które starano się pokazać w rozważaniach, w tym i tabelarycznie. Niemniej cenne są i te efekty medycyny ziemskiej, które są trudne do uchwycenia i statystycznego przedstawienia. Dotyczą one sfery psychospołecznej i cywilizacyjnej. Najczęściej artykułowane są w postawach i w racjonalizacji chłopskiego stylu życia.

Wrażliwość na przestrzeganie zasad higieny, dbałość o zdrowie i inne podobne wartości propagowała medycyna ziemiska w Rosji i w Królestwie, i to nie tylko w guberni płockiej. Wartości te internalizowano pod wpływem różnorodnych oddziaływań, a jednym z bardziej znaczących była intensywnie rozwijana ziemska polityka zdrowotna.

Rosyjska medycyna ziemiska i pięcioletnia próba jej polskiej akomodacji zdynamizowały proces poprawy warunków zdrowotnych rosyjskiej i polskiej wsi. Wzbogaciła ona poważnie oryginalnymi koncepcjami i praktycznymi wzorami rosyjską i polską myśl socjomedyczną.

РЕЗЮМЕ

Данная работа представляет структуру и некоторые механизмы функционирования русской земледельческой медицины, которая была оригинальной и прогрессивной системой здравоохранения действующей в 1864—1914 годы. Кроме реализации существенных принципов и типично медицинских заданий стала она, так как и земства, базой оппозиции по отношению к деспотической царской власти. Функционирование этой медицинской системы как бы опровергало существующую лечебную политику и ее санитарный контроль.

Общественный отклик сопутствующий земледельческой медицине имел свое отражение во многих странах, особенно в соседних государствах т.е. в Царстве Польском. Этой деятельностью заинтересовались многие польские врачи и организаторы здравоохранения, особенно в конце XIX века, когда пытались перенести ее в видоизмененном варианте на польскую почву, начиная с тригодичного эксперимента в Плоцкой губернии. Плоцкий опыт использовано в обработке более эффективного проекта системы здравоохранения предназначенного для Радомской губернии, которой однако не был практически проверен

в связи с отказом от введения типично русской институции в Царстве Польском.

Полувековая деятельность земледельческой медицины в России и пятилетний эксперимент в Плоцкой губернии оживили оздоровительные перемены в русской и польской деревни. Кроме того, демократическая система здравоохранения обогатила социомедицинскую мысль интересными концепциями и практическими решениями некоторых типично теоретическо-медицинских проблем, а в особенности общественно-медицинских.

SUMMARY

The article presents the structure and some functional mechanisms of Russian rural county medicine which was an original and progressive system of health care operating in 1864—1914. Apart from the realization of its vocational assumptions and strictly medical tasks, it became — similarly to the counties — a mainstay of the growing opposition to the despotic power of the tsar. The functioning of this medical system was to constitute a rejection of the earlier health policy and the sanitary inspection of the state.

The social response provoked by the rural medicine had wide repercussions in many countries, especially those neighbouring with Russia, including the Kingdom of Poland. The operation of this kind of a health care system interested many Polish physicians and organizers of health care at the end of the 19th century when they tried to adapt it in Poland in a modified version and began with a three-year experiment in the Płock province. Experiences from Płock were then utilized in working out a more effective project for the Radom province which, however, was not to be subject to verification by practice.

The half century of the operation of rural medicine in Russia and the five-year period of experimenting with it in the Płock province quickened the transformations of health care systems in Russian and Polish villages. Apart from that, this democratic system of health care enriched the sociomedical thought with interesting conceptions and practical solutions of some strictly theoretical problems of medicine, especially of social medicine.