

- dziedziczą zbliżone właściwości odporności biologicznej i adaptacji do otaczającego środowiska oraz wykazują podobne skłonności do chorób zakaźnych i metabolicznych,
- spożywają z reguły to samo pożywienie o podobnej wartości odżywczej,
- prezentują zbliżone nawyki, zwyczaje i obyczaje żywieniowe,
- są narażeni na te same czynniki ryzyka środowiska bytowania i pracy, takie jak uwarunkowania klimatyczne, rolnicze zanieczyszczenia pyłowe i chemiczne, wpływy wibracji i hałasu maszyn rolniczych i narzędzi udarowych, szkodliwości środków ochrony roślin, zakażenia odzwierzęce i pasożytnicze, przeciążenia nienormowanym wysiłkiem fizycznym i wymuszoną postawą ciała, wreszcie na wypadki i urazy spowodowane typowymi zajęciami w obejściu gospodarskim,
- żyją w osiedlu, z reguły manifestującym się niedorozwojem infrastruktury cywilizacyjnej, kulturalnej i oświatowej.

Spółeczność rolnicza i wiejska stanowiła zawsze naturalną grupę ludzi, której potrzebom zdrowotnym postanowiono podporządkować cele, treść i formę opieki zdrowotnej, tak aby sprostać wymogom biologicznym, uwarunkowaniom środowiska naturalno-technicznego zintegrowanego z warunkami bytu i pracy ludzi żyjących w określonym terenie geograficznym i administracyjnym.

Doświadczenia w naszym kraju wielokrotnie potwierdziły słuszność koncepcji i praktyki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi dla całej populacji wiejskiej w gminie, w powiecie i opartej na ośrodkach zdrowia oraz ich zapleczu specjalistycznym w szpitalu rejonowym. Kompleks tej opieki nazwano medycyną wiejską, określaną także medycyną ogólną praktykowaną na wsi.

Dotychczasowe doświadczenia krajowe i międzynarodowe pozwalają scharakteryzować pojęcie medycyny wiejskiej jako taką treść, zakres i metody działania medycyny ogólnej, jaka może zagwarantować odpowiednie świadczenia lecznicze, zapobiegawcze, rehabilitacyjne, orzecznicze, opiekuńcze oraz oświatę i wychowanie zdrowotne podopiecznej ludności wiejskiej. Stąd medycyna ogólna sprawowana przez zespół lekarsko-pielęgniarski w ośrodku zdrowia nie jest ani medycyną szpitalną, ani wąsko pojętą specjalizacją z interny, pediatrii, ginekologii i położnictwa, ani żadną z wąskich dyscyplin klinicznych. Nie jest też wyłącznie higieną środowiska.

Treść, zakres i metody wiejskiej medycyny ogólnej tworzyli doświadczeni lekarze i pielęgniarki, którzy sprawowali aktywną opiekę zdrowotną latami wśród ludności wsi. Tworzyli jej teorię i praktykę naukowo i tradycyjnie. Określali medycynę wiejską jako niezbędny zakres działań oparty na aktywnej wiedzy i technice medycyny, potrzebny do sprawowania zintegrowanej kompleksowej i ciągłej, fachowej opieki zdrowotnej, adekwatnej

do potrzeb zdrowotnych ludzi. Twórcy medycyny wiejskiej stawali naprzeciw silniejszych od siebie twórców medycyny klinicznej i specjalistycznej, kreowanej przez ciągły postęp wiedzy i techniki, które wymuszają powstawanie coraz liczniejszych specjalizacji. Nie baczyli na to, że społeczność ludzka potrzebuje zintegrowanej opieki zdrowotnej.

Specjaliści pojmują opiekę zdrowotną z punktu widzenia swoich kwalifikacji. Z konieczności prezentują wąskie i jednostronne postępowanie lecznicze. Pomijają fakt, że ich działalność stanowi jedynie istotną uzupełniającą rolę do medycyny ogólnej sprawowanej przez lekarza społeczności lokalnej na wsi.

Zespoły lekarsko-pielęgniarskie sprawujące ogólną opiekę zdrowotną wypracowały standardy fachowych działań medycznych, które pozwalają otoczyć mieszkańców wsi odpowiednią opieką zdrowotną. W chorobach wewnętrznych i zakaźnych dzieci i dorosłych oraz medycyny pracy dla pracujących istnieje – oprócz leczenia – możliwość wykonania zabiegów w przypadku usunięcia ciał obcych lub udzielenia pomocy w razie urazów i zaburzeń oraz wypadków. Stosują procedury niezbędne w możliwym zapobieganiu chorobom zakaźnym oraz w zapewnieniu badań profilaktycznych, m.in. w powstrzymywaniu chorób układu krążenia, nowotworowych, cukrzycy, wreszcie ochrony wzroku, słuchu i sprawności narządu ruchu. Udzielają porad opiekuńczych w zakresie zdarzeń losowych, objawów patologii społecznej, niepełnosprawności zdrowotnej i zawodowej, współdziałają z samorządem mieszkańców w zakresie krzewienia kultury zdrowotnej i higienizacji środowiska wiejskiego.

Jak wynika z doświadczeń, wykwalifikowany i kompetentny w medycynie ogólnej zespół lekarsko-pielęgniarski wiejskiego ośrodka zdrowia może samodzielnie i fachowo obsłużyć ok. 70 proc. pacjentów zgłaszających różne pierwszorazowe i wtórne potrzeby zdrowotne w ambulatorium, w domu chorego i w miejscu pracy. Pozostałe ok. 30 proc. pacjentów zespół kieruje na pogłębione badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, w tym około 10 proc. na leczenie szpitalne [23, 24, 28, 39].

Wymagania kwalifikacyjne i kompetencyjne zespołu medycznego są uzasadnione dbałością o szczególne potrzeby zdrowotne ludności wiejskiej. Wynikają one w pierwszej kolejności m.in. z powodu naturalnie wyższej liczby zachorowań, rejestrowanej ze względu na przewagę dzieci, kobiet i starców w strukturze ludności, z powodu zaniedbań w lecznictwie i rehabilitacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, którzy mieli wieloletnie utrudnienia w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej. Powszechnie wiadomo, że tak w krajach bogatych, jak i biednych, wskaźniki chorób ludności wiejskiej albo nie różnią się od analogicznych danych odnoszących się do mieszkańców miast, albo są istotnie wyższe. Jeżeli jest

odwrotnie, spowodowane jest to różnymi przyczynami i barierami ograniczającymi dostępność ludności wsi do opieki zdrowotnej.

Uznanie specyfiki teorii i praktyki medycyny wiejskiej oraz jej znaczenia w ochronie zdrowia ludności jest spostrzegane nie tylko w Polsce, lecz także w wielu krajach świata. Od 1961 roku istnieje i działa aktywnie Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Pracy w Rolnictwie i Zdrowia Wsi z regionalnymi oddziałami w Azji, Europie, Ameryce i Afryce. Polskie stowarzyszenia i Instytut Medycyny Wsi wydają od 1964 roku czasopismo medyczne pt. „Medycyna Wiejska”.

Jednym z przedstawionych działań stowarzyszeń krajowych i międzynarodowych jest organizowanie krajowych i międzynarodowych kongresów naukowych poświęconych problematyce medycyny i higieny wsi. W okresie istnienia Międzynarodowego Towarzystwa, w latach 1961-1997 zorganizowano 13 międzynarodowych kongresów naukowych w różnych krajach świata. Dorobek kongresów jest publikowany m.in. w czasopismach Towarzystwa oraz w specjalnych wydawnictwach kongresowych. Medycyna wsi stanowi zatem samodzielną, naukową i praktyczną dyscyplinę ochrony zdrowia ludności wsi [39, 68].

Zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy ludności rolniczej

Ludność utrzymująca się z dochodów rodzinnych gospodarstw rolnych w Polsce nie była objęta uprawnieniami ochrony pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy w takim stopniu, jak wszyscy pracownicy najemni zatrudnieni poza rolnictwem. Działo się to zarówno w ustroju kapitalistycznym w latach 1918-1939, jak i w latach realnego socjalizmu w PRL. Wieś nie ma tych uprawnień także w czasie obecnej transformacji ustrojowej. A zatem przez całe 80 lat niepodległego państwa polskiego ludność rolnicza nie korzystała w pełni z równości praw w zakresie ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i higieny pracy [34, 35, 36, 53, 54, 55, 62].

Pełny system ochrony prawnej i organizacyjnej, stworzony w PRL w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz lecznictwa, zapobiegania i rehabilitacji zdrowotnej zapewniono pracownikom najemnym w dużych i średnich zakładach przemysłowych i usługowych [37, 38, 53, 54, 55, 59, 62]. Główny Urząd Statystyczny (GUS) prowadzi w tych zakładach rejestrację pełnych danych na temat ryzyka zawodowego, zagrożeń dla zdro-

wia, chorobotwórczych czynników występujących w warunkach pracy oraz przyczyn absencji chorobowej.

Pracownicy małych zakładów oraz ludność pracująca w rodzinnych gospodarstwach rolnych są wyłączeni i nie podlegają temu systemowi opieki i rejestracji zdrowotnej. Stąd nie diagnozowano ani stanu zagrożenia zdrowia i ryzyka chorobotwórczych warunków pracy, ani stanu zdrowia ludności rolniczej. Zresztą aparat Państwowej Inspekcji Pracy, podobnie jak Państwowej Inspekcji Sanitarnej, nie jest przygotowany do sprawowania nadzoru i kontroli oraz do oceny zagrożeń ryzyka zawodowego w małych zakładach i rodzinnych gospodarstwach rolnych. Z tego więc powodu GUS nie dysponuje miarodajnymi danymi o sytuacji zdrowotnej pracujących, niepełnosprawnych, dzieci kalekich oraz inwalidów wśród ludności rolniczej.

Wprowadzona przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego od 1990 roku rejestracja wypadków, urazów i zatruc oraz zgłoszeń chorób zawodowych umożliwia przeprowadzenie wstępnej i powierzchniowej oceny zagrożeń w warunkach pracy ludności rolniczej [67]. Wynika z niej, że przyczyny, które kształtują najwyższe wskaźniki absencji chorobowej wśród rolników obydwu płci, wiążą się w kolejności z chorobami: układu oddechowego, narządu zmysłu i nerwów obwodowych, wypadkami, zatruciami i urazami, chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, układu krążenia oraz układu kostno-stawowo-mięśniowego [46, 47, 49, 50, 51, 52].

W strukturze chorób zawodowych rolników na pierwszym miejscu występują choroby zakaźne i pasożytnicze, następnie choroby skóry i błon śluzowych, potem choroby przewlekłe narządu ruchu, zatrucia, wreszcie choroby zmysłów oraz obwodowego układu nerwowego i psychiczne.

Stwierdza się dodatnią korelację między wiekiem i stażem pracy w rolnictwie a częstością oraz nasileniem występowania u pracujących chorób: układu oddechowego, trawiennego, kości, stawów i mięśni, krążenia oraz wypadków, urazów i zatruc. Szczególnie niepokojąca jest liczba urazów, wypadków i zatruc przy pracy w rolnictwie i leśnictwie (są to prace o najwyższym ryzyku wypadków) oraz chorób zawodowych z powodu zagrożenia czynnikami biologicznymi.

Wśród ogółu pracujących rolnicy stanowią trzecią grupę zawodową, w której wysoki wysoki stopień zagrożeń w miejscu pracy może prowadzić do powstawania inwalidztwa i niepełnosprawności. Podstawowymi przyczynami 70-80 proc. inwalidztwa rolników są choroby układu krążenia, narządu ruchu, układu nerwowego, oddechowego i choroby zakaźne i pasożytnicze. Wyniki mikrospisów GUS z 1974 roku oraz lat następnych wskazują, że około 5-7 proc. ludności wsi powyżej 15. roku życia może być zaliczone do inwalidów. Dzieci kalekie stanowią ok. 3-4 proc. ogółu populacji

w wieku do 15 roku życia. Kalectwo spowodowała m.in. praca w gospodarstwach rodziców. Świadczy to wręcz o niedostatku skutecznej działalności w zakresie zapobiegania inwalidztwu oraz o niskim stanie higieny i bezpieczeństwa pracy. Brak jest systemu atestacji maszyn, urządzeń i silników stosowanych w rolnictwie. Nie można tego traktować, jako prywatnej sprawy rolników, atestacja powinna wręcz stać się troską ogólnopolską [28, 52].

Propozycje systemowych rozwiązań ochrony, bezpieczeństwa i higieny pracy w gospodarstwach rolnych

Uznanie rodzinnych gospodarstw rolnych za trwałe składniki ustroju społeczno-gospodarczego w rynkowej gospodarce społecznej III RP wymaga rozwinięcia konstytucyjnej koncepcji równoprawności – rzeczywistej, a nie formalnej – w kategorii praw człowieka i obywatela [28, 40, 41].

Dotychczasowe próby podejmowane w II RP, PRL i III RP w sprawie uregulowania w gospodarstwach rolnych chociażby zasad bezpiecznej i higienicznej pracy, zgodnych z odpowiednimi konwencjami Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO), nie powiodły się. Nie przyczyniły się również do zmniejszenia ryzyka kalectwa wśród dzieci, inwalidztwa i chorób zawodowych u mężczyzn i kobiet. Nie miały także wpływu na przeciwdziałanie narastającej niepełnosprawności pracujących powodowanej w latach 1960-1990 ubocznymi skutkami mechanizacji i chemizacji rolnictwa oraz zajęciami przy wielkostatnym tuczu zwierząt rzeźnych [1, 2, 4, 10, 12, 66].

Szacunki kosztów z tytułu wypadków, urazów, zatruc i chorób związanych z zawodem, określane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, są alarmujące. Dopingują one do podjęcia realnych prac nad odpowiednimi ustawami i systemami organizacyjnymi, które miałyby faktyczny wpływ na zmniejszenie ryzyka dla zdrowia i sprawności oraz zapewniały oczekiwaną opiekę medyczną i rehabilitacyjną.

Należałoby przystąpić do opracowania systemu kompleksowego i wielodyscyplinarnego. Obejmowałby on m.in. takie zagadnienia jak: ochrona pracy, nauczanie i stosowanie praktyczne postanowień bezpieczeństwa i higieny pracy na typowych stanowiskach roboczych określonych w karcie zagrożeń spotykanych w gospodarstwach rolnych. Ponadto – szkolenia

i poradnictwo zawodowe w zawodach rolniczych i nierolniczych, opiekę medyczną oraz rehabilitację zdrowotną i zawodową, wreszcie ochronę środowiska naturalnego i higienizację osiedla wiejskiego [5, 6, 15, 17, 19, 26]. Samorząd ziemski i gminy byłby trafnym inspiratorem i koordynatorem powołania opisanego systemu nazwanego w skrócie „ochrona zdrowia i bezpieczna praca rolników”.

Samorząd gminny działałby wspólnie z organizacjami zawodowymi i produkcyjnymi rolników, z PIS, ośrodkami doradztwa rolniczego, społecznymi inspektorami BHP, placówkami opieki zdrowotnej, ochrony środowiska i komitetami higienizacji wsi [56, 57, 58]. Sprawność działania systemu można by ocenić poprzez porównanie wyników pracy poszczególnych samorządów, min. za pośrednictwem kompleksowych wskaźników obejmujących stopień wypadków, urazów i zatruc, kalectwa dzieci oraz inwalidztwa dorosłych, kosztów wypłacanych, odszkodowań powypadkowych, warunków i zagrożeń w pracy, stanu środowiska naturalnego, postępów w higienizacji wsi, wreszcie mierników chorobowości, przedwczesnej umieralności i długości życia mieszkańców gmin i powiatu.

Zanim zostanie przygotowany proponowany powyżej system kompleksowy, interdyscyplinarny, proponowany przez samorzady gminne, warto zauważyć kolejne propozycje, które sprowadziłyby się do przygotowania i uchwalenia stosownych ustaw i tworzenia systemów zabezpieczenia higienicznej pracy w oparciu o istniejące już przepisy i instytucje (PIP, KRUS, ZOZ) [55, 59, 67].

Konieczne jest zatem podjęcie inicjatyw ustawodawczych w sprawie przygotowania ustawy o warunkach i bezpieczeństwie pracy oraz ochronie zdrowia ludności rolniczej i formalne powołanie przynajmniej trzech systemów organizacyjnego zagwarantowania realizacji ustawowych w praktyce.

Jeden system dotyczyłby nadzoru i atestacji w zakładach produkujących wszelkie urządzenia dla produkcji rolniczej oraz promocji odzieży ochronnej sprawowany przez PIP.

Drugi obejmowałby promocję higienicznych warunków pracy, prewencji przeciwko wypadkom, urazom i zatruciom oraz chorobom zawodowym i rehabilitacji zawodowej rolników wykonywany przez KRUS.

Trzeci byłby wpisany w zakres obowiązków zespołów medycznych wiejskich ośrodków zdrowia, które pomagałyby w zapobieganiu chorobom związanym z warunkami pracy, umożliwiałyby leczenie i rehabilitację zdrowotną w obrębie powiatowych ZOZ.

Ustawy i proponowane systemy zabezpieczenia powinny wymusić wprowadzenie takich rozwiązań organizacyjnych, jakie nakazuje Kodeks Pracy z 1994 oraz ustawa o medycynie pracy z 1997 r. w zakładach pracy [54, 60].

Państwowa Inspekcja Pracy mogłaby sprawować nadzór i kontrolę nad atestacją środków produkcji rolnej u producentów oraz nadzór i kontrolę ich stosowania u użytkowników, tak aby zredukować do minimum zagrożenia (zgodnie z Konwencją nr 129 Międzynarodowej Organizacji Pracy). Zwłaszcza powinna być przestrzegana Konwencja w sprawie wieku dopuszczenia dzieci do pracy w rodzinnych gospodarstwach rolnych, powodująca, by zajęcia w gospodarstwie nie przeszkadzały nauce w szkole i nie kolidowały z wypoczynkiem [43, 44, 45, 61].

Niezbędne jest uzupełnienie uprawnień i środków budżetowych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na wdrożenie masowego systemu promocji zdrowia, prozdrowotnego stylu życia wśród dzieci, młodzieży i dorosłych mieszkańców wsi. Jednocześnie system stwarzałby warunki do szkolenia w zakresie zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dawał realne możliwości ograniczenia występowania ryzyka tkwiącego w niefachowym posługiwaniu się urządzeniami do produkcji rolnej.

Nadzorowałyby także struktury uprawnione do przeprowadzania rehabilitacji zawodowej rolników oraz ich przekwalifikowanie do innych zawodów na wsi. Zwiększenie środków budżetowych KRUS jest niezbędne do powiększenia funduszu prewencji i rehabilitacji zdrowotnej rolników. Dotychczasowy fundusz jest dalece niewystarczający i niewydolny finansowo; wynosi zaledwie 1 proc. sumy zgromadzonej ze składek ubezpieczeniowych rolników. Szacuje się, że powinien on wynosić ok. 5 proc. Agendy rządowe powinny sponsorować badania stanu zdrowia ludności wiejskiej w związku z warunkami życia i pracy oraz przyczynić się do opracowania systemu monitorowania stanu zdrowia.

Główny Urząd Statystyczny powinien włączyć do obowiązujących spisów rolnych i bieżącej rejestracji dane o dzieciach kalekich, niepełnosprawnych, inwalidach oraz notować wszystkie wypadki, urazy i zatrucia wśród ludności rolniczej. Tak jak to się wykonuje w zakładach przemysłowych i usługowych [28, 40, 41, 66].

Wyrażamy przekonanie, że istnieją wszystkie warunki do przygotowania i przyjęcia przez Parlament RP kompleksowej ustawy, nazwanej roboczo: o warunkach i bezpieczeństwie pracy oraz ochronie zdrowia ludności rolniczej. Sugerowane rozwiązania ustawowe nie będą łatwe, gdyż wymagają nie tylko woli politycznej i wskazania możliwości finansowych gwarantujących realność zapisów formalnych, ale i przyzwolenia społecznego – także zainteresowanych rolników. Trzeba wyraźnie wskazać bilans koniecznych kosztów i mierzalny zysk wynikający z poprawy warunków pracy oraz zwalczania czynników chorobotwórczych w środowisku wsi.

Przedstawione propozycje opieki zdrowotnej nad ludnością wiejską oraz systemu bezpieczeństwa i higieny pracy rolników wpisuje się w koncepcję

konieczności ograniczenia zagrożeń zdrowia i życia wśród ludności rolniczej. Osiągnięcie standardów zbliżonych do tych, jakie posiada ludność miejska, stanowi wyzwanie dla rządu i społeczeństwa.

Prof. dr hab. med. Janusz Indulski jest nauczycielem akademickim w Akademii Medycznej w Łodzi i Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, specjalistą w zakresie organizacji ochrony zdrowia i medycyny pracy.

Prof. dr hab. med. Henryk Rafalski jest nauczycielem akademickim w Akademii Medycznej w Łodzi, Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi oraz Instytucie Medycyny Wsi w Lublinie, specjalistą II st. w zakresie higieny i epidemiologii oraz żywności i żywienia człowieka.

Piśmiennictwo

1. Andryszek Cz., Indulski J. A., Worach-Kardas H.: *Dynamika i zróżnicowanie przestrzenne umieralności przedwczesnej populacji w wieku produkcyjnym – przesłanki dla pogłębionych badań przyczyn i uwarunkowań tego zjawiska*. Med. Pr. 1996, 47, 577-596;
2. Bernacki H., Rafalski H. et. al.: *Medycyna wiejska 1985*, 20, 193;
3. Bielecki T., Welon Z. Waliszko A.: *Zmiany w rozwoju fizycznym młodzieży w Polsce w okresie 1955-1978*, PAN, Wrocław 1981;
4. Dawydzik L., Indulski J.: *Realizacja koncepcji przygotowania lekarzy do pracy w podstawowej opiece zdrowotnej na przykładzie kształcenia w zakresie medycyny pracy*. Probl. Szk. Nauk Med. 1988, 13, 60-64;
5. Dekret i Ustawa Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz. U. 1954, 37; Dz. U. 1975;
6. Dział Planów Perspektywicznych, Państwowa Komisja Planowania, Polityka 1971, 22;
7. *FAO, Food balance sheets*, Statistic Series No 131, FAO of UN, Rome, 1996;
8. Gorzelak E.: *Ekonomiczne problemy rolnictwa w okresie transformacji*, SGH, Warszawa, 1990;
9. Gorzelak E.: *Polityka Agrarna PRL*, PWN Warszawa 1980;
10. Gościcki J. W., Indulski J.: *Uwagi na temat rozpoznawania i epidemiologii chorób układu oddechowego wywołanych przez pyły pochodzenia roślinnego*. Med. Pr. 1981, 32, 6, 409-416;
11. Górny S., Dobrzańska A.: *Zmiany struktury wyżywienia i budowy fizycznej ludności polskiej*. PWN, Warszawa 1981;

12. GUS – *Inwalidzi rolnicy*, Warszawa 1974;
13. GUS, *Mały Rocznik Statystyczny*, GUS Warszawa 1938, 1939;
14. GUS, *Rocznik Statystyczny*, GUS Warszawa 1991, 1996;
15. Indulski J.: *Epidemiologia ostrych zatruc w Polsce na podstawie materiałów ośrodków toksykologicznych*. Stud. Mater. Monogr. IMP Łódź 1980, 1, 5-13;
16. Indulski J.A.: *Prognoza zmian stanu zdrowia społeczeństwa na skutek warunków środowiskowych*. Zesz. Nauk. „Człowiek i Środowisko”, 1995, 10, 239-248;
17. Indulski J.: *Ocena organizacji i działania służby zdrowia w 25-leciu PRL*. Zdr. Pub. 1970, 81, 429-442;
18. Indulski J.A., Chromińska-Szosland D., Żołnowski Z.: *Spoleczne, ekonomiczne i organizacyjne warunki prowadzenia powodzenia reformy opieki zdrowotnej w Polsce. Problemy medycyny społecznej*, Warszawa & PTMS 1997, 30, 55-60;
19. Indulski J., Durasiewicz Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Szymborski L.: *Absencja chorobowa i wypadkowa pracowników w Polsce w 1977 r.* Zdr. Pub. 1979, 90, 201-210;
20. Indulski J., Gdulewicz T., Szymborski L., Włodarczyk C.: *Opieka zdrowotna w Polsce. Próba oceny i kierunki usprawnień*. Zdr. Pub. 1981, 92, 727-787;
21. Indulski J., Kowaleski J.T.: *Mortality and life expectancy in Poland 10 years before the end of the country*. Pol. Popul. Rev. 1993, 3, 24-41;
22. Indulski J.A., Kowaleski J.T., Worach-Kardas H.: *Rozwój demograficzny Polski do roku 2010 (refleksje ostrzegawcze)*. Polityka społeczna. Stan i Perspektywy. Warszawa, Agencja Scholar 1994, 14-18;
23. Indulski J., Mackiewicz M., Rafalski H.: *W sprawie nauczania higieny i organizacji ochrony zdrowia (uwagi na temat programu studiów medycznych)*. Zdr. Pub. 1964, 75, 557;
24. Indulski J., Mackiewicz M., Rafalski H.: *Kilka uwag o metodyce jakościowej oceny pracy lekarzy*. Zdr. Pub. 1965, 76, 87-92;
25. Indulski J.A., Matulewicz M.: *Tendencje rozwojowe systemu ochrony zdrowia w Polsce*. Cz. 1. Finansowanie; Cz. 2. Baza materialna; Cz. 3. Zasoby pracy; Cz. 4. Proste ekstrapolacje i propozycje rozwojowe. Zdr. Pub. 1982, 93, 1-2, 3, 4, 5-6; 1-8, 61-70, 117-126; 173-181;
26. Indulski J., Starzyński Z., Szeszenia-Dąbrowska N., Szymborski L., Wosik K., Wilczyńska U.: *Choroby zawodowe w Polsce w latach 1971-1977*. Med. Pr. 1978, 29, 6, 507;
27. Kacprzak M.: *Pisma Wybrane*, PZWL, Warszawa 1968;
28. Kamiński J., Rafalski H.: *Współczesne problemy medycyny wsi*. PZWL, Warszawa 1980;
29. Kennedy J.: *The Listener*, 13 Nov. 1980, 841.
30. *Konstytucja PRL*, Dz. U. 1952, 33,
31. *Konstytucja RP*, Dz. U. 1997;
32. Kostrzewski J.: *Zdrowie ludności Polski w świetle danych o chorobach i zgonach*, PZWL, Warszawa 1977;

33. Latałski M. et al.: *Czynniki warunkujące wydatki na leczenie przez ludność wsi*. Med. Ogólna, 1997, 32, 152-159;
34. MOS, *Polityka społeczna państwa polskiego 1918-1935*. Warszawa, 1935, 1939;
35. MZiOS *Rozporządzenie w sprawie organizacji otwartej opieki zdrowotnej*. Dz. U. 1967, 36;
36. MZiOS *Rozporządzenie MZiOS w sprawie niektórych szczególnych uprawnień do bezpłatnych świadczeń leczniczych osobom prowadzącym gospodarstwa rolne*. Dz. U. 1971, 37;
37. Rafalski H.: *Propozycja stworzenia jednolitego obowiązkowego ubezpieczeń społecznych w tym bezpłatnej opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli PRL w latach 1972-1980*; *Polityka*, 1970, nr 16;
38. Rafalski H.: *Bezpłatna opieka zdrowotna dla ludności rolniczej*. Zdr. Pub. 1971, 82, 1-3;
39. Rafalski H.: *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej w PRL*. LSW, Warszawa 1972;
40. Rafalski H. *Ubezpieczenia społeczne i zdrowotne*. Kancelaria Senatu RP. Warszawa 1997, 95-113;
41. Rafalski H. *Potrzeby i zadania opieki zdrowotnej ludności wiejskiej*. *Wieś i Państwo*, 1993, 12, 185-202;
42. Rafalski H, et.al.: *O powszechną służbę zdrowia*. *Wieś współczesna*, 1957, 1, 113-127;
43. Rafalski H.: *Osiągnięcia w zakresie ochrony zdrowia w 25-leciu PRL*. *Wieś współczesna*, 1971, 15, 91-120;
44. Rafalski H.: *Przemiany cywilizacyjne a zdrowie ludności wiejskiej*. *Wieś współczesna*, 1987, 31, 94-103;
45. Rafalski H.: *Problemy medycyny wiejskiej, stan medycyny polskiej*. PZWL, Warszawa 1971, 27-;
46. Rafalski H.: *Chłopskie zdrowie*. PWRiL, Warszawa 1971, 16, 257-281;
47. Rafalski H. *Z rozważań nad koncepcją rejonu i lekarza rejonowego*. *Medycyna Wiejska*, 1967, 1, 15-19;
48. Rafalski H., Indulski J.: *Dane nie publikowane 1997*;
49. Rafalski H., Machewicz H.: *Rozważania o specjalizacji i systemie szkolenia podyplomowego lekarzy rejonowych na wsi*. *Medycyna Wiejska*, 1968, 3, 89-100;
50. Rafalski H. et al.: *Metody tworzenia sieci wiejskiej rejonów leczniczo-zapobiegawczych w powiecie*. Zdr. Pub. 1968, 77, 1-20;
51. Rafalski H. *Ochrona zdrowia w procesie pracy rolnika. Etos pracy rolnika*. PAX, Warszawa 1989, 80-98;
52. Rafalski H., Stankiewicz J.: *Rejony leczniczo-zapobiegawcze na wsi*. *Wieś współczesna* 1966, 10, 56-65;
53. Skrętowicz B.: *Zdrowie mieszkańców wsi*. IMP, Lublin 1994;
54. Ustawa Kodeks Pracy. Dz. U. 1974, 14, Dz. U. 1994, 21;
55. Ustawa Państwowej Inspekcji Pracy, Dz. U. 1927, Dz. U. 1981;
56. Ustawa o Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Dz. U. 1985;

57. Ustawa o zmianie przepisów o ubezpieczeniu społecznym. Dz. U. 1949, 18;
58. Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnym rolników. Dz. U. 1977, 140, Dz. U. 1982, Dz. U. 1990;
59. Ustawa o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia. Dz. U. 1948, 55;
60. Ustawa o służbie medycyny pracy. Dz. U. 1997;
61. Ustawa o służbie bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz. U. 1997, 109;
62. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym. Dz. U. 1933, 5;
63. Ustawa o bezpieczeństwie i higienie pracy. Dz. U. 1965, 13;
64. Ustawa o zmianie niektórych przepisów o ubezpieczeniach społecznych. Dz. U. 1949, 18;
65. WHO, *World Health Statistics Annual*, 1994, WHO, Genewa 1995;
66. Wojtyniak B., Kopczyński J.: *Przedwczesna umieralność ludności Polski*, PZH, Warszawa 1993;
67. Zagórski J., Delekta M.: *Nowe rozwiązania bezpieczeństwa i higieny pracy oraz opieki zdrowotnej nad rolnikami indywidualnymi w Polsce*. Opracowanie nie publikowane złożone w Senacie RP. 1996;
68. Zagórski J., Rafalski H.: *Ann. Agric. Environ. Med.* 1995, 2, 97;