
Schmidt Péter

A Johan Béla Népegészségügyi Program és az egészségügyi alapellátás kapcsolata

A 80-as évek végén és a 90-es évek elején jelentős változások történtek az egészségügyi alapellátásban, amit reformként emlegetünk. A reformok egyik fontos eredménye a háziorvosok munkájának megbecsülése és szakmai elismertségük emelkedése. Közismert, hogy Magyarországon az 50-es évektől kezdve a körzeti orvosok szakmai presztízse igen alacsony volt, ami jelentősen meghatározta a társadalom körzeti orvosok iránti bizalmát (bizalmatlanságát.)

Az, hogy az egészségügyet az elmúlt 30–40 évben a nem termelő szférába sorolták be, folyamatosan, évtizedeken keresztül végigkísérte az egészségügy gazdasági-közgazdasági mutatóit, így az egészségügy a nemzeti össztermékből (GDP) mindössze 3,7– 4,2%-ban részesült.

Az egészségügyi dolgozók – összehasonlítva a többi ágazatban foglalkoztatottakkal – megalázóan alacsony bérért dolgoztak, az egészségügyi intézmények állaga az elmúlt évtized végére folyamatosan leromlott, s ez a tény különösen érezhető volt az egészségügyi alapellátás terén. Gondot jelentett az elmúlt évtizedek egészségügyének megítélésében a magyar egészségügy kórházcentrikussága. Ebből adódóan az alapellátás, így főképp a körzeti orvosok társadalmi és szakmai elismertsége igen alacsony volt.

Szakmai körökben az a vélemény volt túlsúlyban, hogy a körzeti orvos legtöbb esetben csak arra volt jó, hogy beutalót írjon, szakrendelésre, illetve kórházba utalja betegét, így szakmai önállósága az esetek többségében minimális volt.

1992. július 1-jével – az egészségügyi alapellátás reformjának beindítását követően – új típusú háziorvosi ellátás kezdődött hazánkban. Ettől az időponttól kezdődően a korábbi körzeti orvosok felnőtt-, illetve gyermekháziorvosként végezték munkájukat, s lehetőség nyílt számukra, hogy tevékenységüket – a megfelelő szerződések birtokában – vállalkozási formában is elláthassák.

A kezdeti bizonytalanságot követően a háziorvosok többsége felmérte azt a hatalmas lehetőséget, melyet a vállalkozási forma nyújt

számára. Ezért 1993 januárjától kezdve folyamatosan egyre több házi-orvos választotta ezt a működési formát mind országosan, kiemelten Győr-Moson-Sopron megyében.

A házi-orvosok önállóvá válásával szakmai tekintélyük megnőtt, a korábbi szigorú, egyes települések utca szerinti felosztásához kötött körzeti ellátás helyébe a szabad orvosválasztás lépett. A házi-orvosok adott város vagy település más, korábban nem hozzájuk tartozó részéből is fogadhattak betegeket, vagy akár más településekről is. A házi-orvosnál jelentkezett állampolgárok regisztrálására a páciensek számára postai úton eljuttatott ún. „*betegbiztosítási kártya*” szolgált. Ezt a házi-orvosnak pecsétjével igazolnia kellett, egyúttal a praxisban a beteg nyilvántartása a státus felvételével és adminisztrálásával megtörtént.

A házi-orvosok önállóvá válásával számos olyan feladattal – az egyes finanszírozások nyomán követése, az adózás szabályainak betartása, precíz könyvelés stb. – kellett a házi-orvosnak szembenéznie, mellyel korábban nem kellett foglalkoznia: a gondok megoldására a vállalkozó házi-orvosok többsége könyvelőt fogadott, aki a praxis anyagi-számviteli feladatait elvégezte. Az egyes felnőtt- és gyermek-praxisok önállóvá válásával a házi-orvosok érdekeltté váltak a korszerűbb orvosi műszerek beszerzésében, kevés kivétellel, számítógépes rendszerrel dolgoznak. Az egyes gyógyszerképviseltek orvos látogatói révén is a legújabb terápiás ismeretek birtokába jutnak.

A 6/1992. (X.31) NM minisztériumi rendelet, amelynek alapján megkezdte működését a jelenlegi házi-orvosi rendszer, 1992 márciusában lépett hatályba. Ez természetesen nem az előzőektől alapvetően eltérő rendszerként, hanem a korábbi körzeti orvosi szolgálatokra építve jött létre.

Meghatározta a humán erőforrásokat: ki az, aki ezt végrehajtja, megvalósítja, milyen szakmai és képzettségi feltételeknek kell megfelelnie, illetve ha nem felel meg azoknak, milyen időintervallumon belül és hogyan tehet eleget nekik. Előírta, hogy a szakmai megvalósításhoz milyen eszközök (rendelő, dokumentációs rendszer, felszereltség) szükségesek, és hiány esetén mennyi idő áll rendelkezésre ezek pótlására. Mindezek eredményeként 2000-ben nem volt alkalmatlan személyzet vagy rendelő Magyarországon, azaz – a szubjektív hatásokat és objektív akadályokat nem számítva – az ezredfordulón nem volt

olyan háziorvosi szolgálat, amely a többitől eltérő színvonalú szolgáltatást nyújtott volna.

Szakmailag definiálta az általános orvoslást. Leírta a körzeti (általános) orvoslás fő tevékenységi körét, középpontba helyezte a prevenció szemléletű gondozást, és megfogalmazta az általános (házi-, család-) orvoslás sajátos, más egészségügyi ellátáshoz nem mérhető, autentikus helyzetét, adottságát az eredményes megelőzésben. *Az egészségügyi alapellátás reformja szorosan kapcsolódott a Népegészségügyi Program sikeres megvalósításához, melynek főbb ismérvei a következők.*

Egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja

Az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” célja, hogy minden magyar állampolgár a lehető legegészségesebben éljen. Ennek eredményeként tíz év távlatában legyen három évvel hosszabb a születéskor várható élettartam Magyarországon mindkét nem esetében.

Ennek két fő útja van:

- az egyes állampolgárok egészségének védelme és fejlesztése egész életük során;
- a főbb betegségek, sérülések, halálokok gyakoriságának csökkentése, az ezekkel járó szenvedés mérséklése.

Három alapvető érték vezérli a Nemzeti Program kidolgozását:

- az egészség alapvető emberi jog;
- az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás;
- az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében.

A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen, és jelentősen elmarad attól, amit társadalmi-gazdasági fejlettségünk általános szintje lehetővé tenne. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében hazánk vezető helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban.

Jelenleg a születéskor várható élettartam a férfiaknál 68, a nőknél 76 év, ami messze elmarad az Európai Unió tagállamaitól. Különösen tragikus a középkorú férfiak kimagasló halálozása. Ez a helyzet elfogadhatatlan, és hatékony cselekvést igényel. A magyar lakosság kirívóan rossz egészségi állapota számos történelmi, társadalmi, gazdasági

gi, kulturális ok bonyolult eredője, de közvetlenül és meghatározó módon a lakosság életmódjával függ össze.

Fontos célkitűzés az elsődleges megelőzés érvényesítése a társadalomban. Kiemelt figyelmet kap:

- a dohányzás visszaszorítása,
- az alkohol- és drogvédelem,
- az egészséges táplálkozási szokások elterjesztése és az élelmiszerbiztonság fejlesztése,
- az aktív testmozgás elterjesztése,
- a közegészségügyi és járványügyi biztonság fokozása, valamint
- az egészséges fizikai környezet kialakítása.

Társadalmi hatások

A Program várható társadalmi hatásai egy évtizedes távlatban a következőkben foglalhatók össze

- a születéskor várható átlagos élettartam a férfiaknál legalább 71, a nőknél legalább 79 esztendőre meghosszabbodik;
- megnő az egészségesen leélt életevek száma, javul a lakosság életének minősége;
- csökkennek a lakosság egészségi állapotában megnyilvánuló egyenlőtlenségek;
- esély teremődik a hátrányos helyzetű társadalmi rétegek egészségügyi és szociális felzárkóztatására;
- az egészséges életmód társadalmi szintű mintává válik, eszerint változik a lakosság értékrendszere és mindennapi életvezetése;
- minden szinten kialakul és rendszeressé válik az ágazatközi együttműködés az egészség érdekében;
- megerősödnek a közösségi akciók, a civil szféra szerepe az egészség fejlesztésében.

Szakmai hatások

Az egészségügy szemszögéből a szakmai hatások évtizedes távon a következőkben foglalhatók össze:

- csökken a megelőzhető és az idő előtti halálozás, a krónikus nem fertőző megbetegedések korai előfordulása;
- csökken, illetve az idős korú ellátás irányába átalakul a Program által megcélzott betegcsoportokban a gyógyító-ellátó igény;

A Johan Béla Népegészségügyi Program és az egészségügyi alapellátás kapcsolata

- csökkennek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi, társadalmi egyenlőtlenségei;
- fejlődnek és gazdagodnak az egészségügy megelőző célú szolgáltatásai;
- javul az egészségügyi ellátás minősége és költséghatékonysága;
- a korszerű igényeknek megfelelően átalakul a népegészségügyi intézményrendszer, és illeszkedik az EU-normákhoz;
- fejlődik a népegészségüggyel kapcsolatos kutatás és képzés.

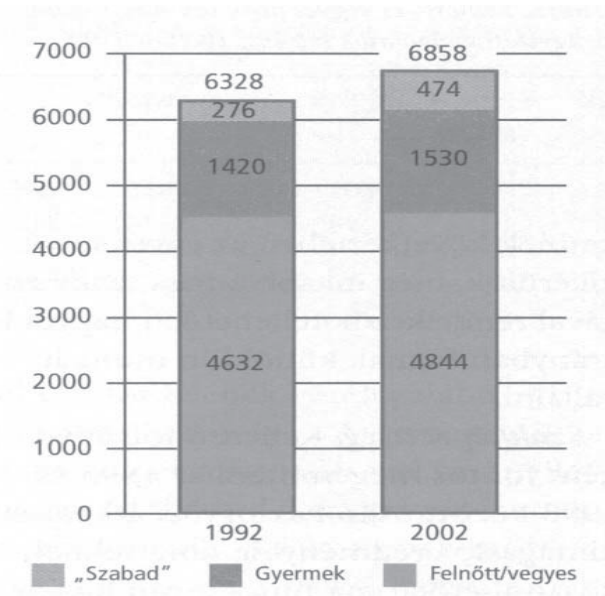
EGÉSZSÉGET TÁMOGATÓ TÁRSADALMI KÖRNYEZET KIALAKÍTÁSA	EGÉSZSÉGES ÉLETMÓD PROGRAMJAI, AZ EMBERI EGÉSZSÉG RIZIKÓFAKTORAINAK CSÖKKENTÉSE
AZ ELKERÜLHETŐ HALÁLOZÁSOK, MEBETEGEDÉSEK, FOGYATÉKOSSÁG MEGELŐZÉSE	AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS NÉPEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYRENDSZER FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT JAVÍTÁSA ÉRDEKÉBEN

Új finanszírozás, új lehetőségek

A háziorvosi rendszer kiépítésével a korábbi, egyedi alkun alapuló bázisfinanszírozást felváltotta a *teljesítményalapú, életkorkorrigált fejkvóta*. Ez volt az úgynevezett *kártyapénz*, amely nevét a közben bevezetett, az orvosválasztás eszközeként szolgáló társadalombiztosítási igazolványról kapta. 1992-ben a bázispénzt a teljesítménydíj egészítette ki, amit a praxis kialakult betegszáma és az életkortól függő pontérték alapján határoztak meg. *Az ellátás költségeit figyelmen kívül hagyva ekkor még fennmaradtak a bázispénzek körzetek közötti akár hatnyolcszoros különbségei*. 1993-ban a kártyapénz duplájára nőtt, a bázispénz helyetti fix támogatás viszont – ami az összfinanszírozás 25%-át jelentette – több száz esetben a bevételek gyors csökkenéséhez vezetett, hasonló elégedetlenséget keltve, mint idén az 50%-os béremelés keretének teljesítménydíjba olvasztása.

A lépés célja a rendszer igazságosabbá tétele volt: az, hogy a finanszírozásban elsősorban a *teljesítmény* legyen a meghatározó. Egyöntetű a vélemény, hogy mindent egybevetve *az első évek voltak* a háziorvoslás legjobb évei. Ezt az eddig leírtakon kívül az az el nem hanyagolható

tény is magyarázza, hogy a társadalombiztosítási keret a korábbiakhoz képest 63%-kal, 5,2 milliárd forinttal nőtt. Összességében tehát megállapítható, hogy a finanszírozás változása, a teljesítményalapú elszámolás finomított és javított a rendszeren, a döntő tényező azonban nem az elszámolási módszerek, hanem a felhasználható keretösszeg nagyságának változása volt. Akkor sok vita előzte meg, és még ma is sok vita övezi a kapitációt: jó-e, alkalmas-e, és nem lenne-e jobb helyette valamilyen tételes elszámolás. A kapitáció melletti érv lehet, hogy Európában ma is ez a legelfogadottabb módszer, nem jár túlzott mértékű adminisztrációs teherrel, nem igényel(t) bonyolult informatikai alapokat, és nem járt a járóbeteg-ellátásban tapasztalt pont-forintérték-csökkenéssel.

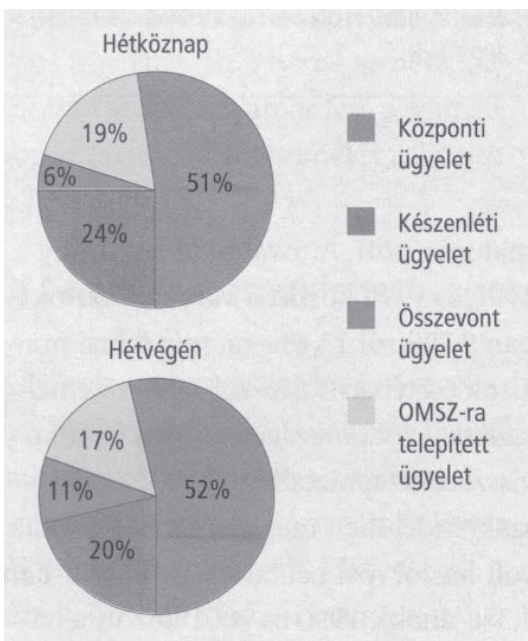


I. ábra: A háziorvosi praxisok száma 1992-ben és 2002-ben

Praxisszám. 1992 és 2000 között mind a felnőtt- és vegyes, mind a gyermekkörzetek száma szerény mértékben növekedett. A feltételek 1991 és 1996 között voltak a legkedvezőbbek, a növekedés ennek ellenére mérsékelt volt. Az első néhány évben tapasztalt körzetkialakítási kedv a későbbiekben mérséklődött, az új gyermekkörzetek szakmai-

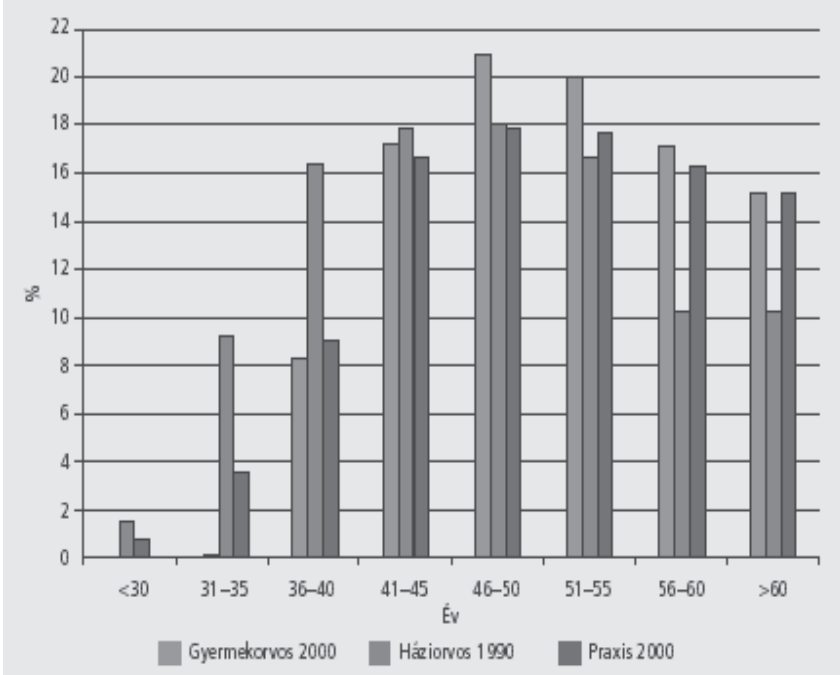
lag nem örvendetes módon vegyes körzetekké alakultak vissza. A területi ellátási kötelezettség nélküli (szabad) praxisok száma látszólag emelkedett, az ábrán viszont nem látszik, hogy az utóbbi 4-5 évben számuk mintegy 50-nel csökkent, meghatározó ellátásuk valójában nincs.

Forgalom. A háziorvoslás első éveiben, amikor a továbbképzések hatékonyan működtek, a KSH adatai szerint a háziorvosi beutaló alapján ellátott betegek aránya folyamatosan nőtt. A továbbküldési arány 1992 és 1998 között a városi praxisokban 9,7%-ról 13,4%-ra, míg falusi praxisok esetében 4,8%-ról 7,9%-ra emelkedett. Azóta országos szinten kifsokú visszaesés tapasztalható (2001-ben a szakrendelőben megjelenők 4,2%-ának volt háziorvosi beutalója, míg 1998-ban 4,3%-ának). 1992 és 2001 között a háziorvosi forgalom összességében 25%-kal, a szakrendelők forgalma 118%-kal, a kórházban ellátottak száma pedig 27%-kal nőtt. Amíg 1992-ben 11-szer fordult meg egy „átlag” magyar az orvosnál, 1998-ban 18-szor, 2001-ben pedig 22-szer.



2. ábra: Felnőtt- és vegyes praxisok megoszlása az ügyeleti szolgálatok szerint

Ügyelet. Az elmúlt évtized során mind a hétközi, mind pedig a hétvégi ügyeleti ellátás során a központi ügyeleti forma vált általánossá, ugyanakkor a jövő útja lehet egy, az Országos Mentőszolgálatra (OMSZ) telepített ügyeleti ellátási rendszer.



3. ábra: A házi orvosok korcsoportonkénti megoszlása

Öregedő szakma. 1992-ben a 35 év alatti és 60 év feletti házi orvosok száma nagyjából megegyezett, 2000-ben viszont már több mint négyszer annyi 60 év feletti házi orvos dolgozott, mint 35 év alatti. A házi gyermekorvosok esetében az arány még kedvezőtlenebb. A házi orvoslás már most hiányszakma, és amennyiben a családorvoslást választó pályakezdők aránya nem változik, a helyzet tovább fog romlani. Ugyancsak tovább növelheti az orvoshiányt az uniós csatlakozás, aminek következtében az egyetemről kikerülők, még inkább a friss szak-

vizsgával rendelkezők feltehetően nagyobb arányban fognak külföldön munkát vállalni.

Szakképzettség. Kedvező folyamatként fontos megemlíteni az 1993 és 1998 között zajló háziiorvosi átképzés kimagasló eredményeit, amelyeknek köszönhetően ma nincs olyan háziorvos Magyarországon, aki ne rendelkezne megfelelő szakmai képesítéssel, vagy ne állna közvetlenül ennek megszerzése előtt. A magyar egészségügyben egyik szakterület – még a korábbi években igen népszerű üzemorvosi rendszer – sem tud hasonlót felmutatni.

1. táblázat: A háziorvosok szakképzettség szerinti megoszlása 1990-ben és 2000-ben

	Házi-orvostan	Belgyógyászat + 10 év gyakorlat	Nincs (alap) szakvizsga	20 éves gyakorlat	Egyéb szakvizsga	Összesen
1990	948	1108	1679	–	899	4635
2000	3613*	875*	415	558	–	5361

* Területi kötelezettség nélküliekkel (517 praxis) együtt

Anyagiak. A 2000-ben indított teljes privatizáció eredményei a túl közeli történések és a még le nem zárt folyamatok miatt egyelőre nem értékelhetők. Az mindenesetre igaz, hogy a háziorvoslás a korábbi funkcionális privatizációval szemben jelentősen nagyobb mértékű anyagi kockázatvállalást kíván. 1992-ben egy rendelő kötelező műszerei és berendezései 400–500 ezer forintba kerültek. A rendelet szerinti előírások nem változtak, az árak azonban körülbelül tízszeresére emelkedtek. Ha valaki a teljes privatizációnak mondott folyamatban az ingatlanterheket is magára vállalja, olyan jelentős anyagi kockázatot vállal, amelyet a háziiorvosi rendszerből haszonként nem gazdálkodhat ki. A ráfordítható pénz és a biztos megélhetést nem pótolja a hivatástudat. Tetszik, nem tetszik, ma már a lét határozza meg a tudatot.

Saját vizsgálatok és azok eredményei. A képzés és továbbképzés azért fontos a háziorvosok számára, mert a szakmai felettesek elképzelése és célkitűzése az, hogy 1998. december 31-ig valamennyi háziorvos szakirányú szakképesítéssel rendelkezék, melynek legfontosabb irányelvei a következők:

- megfelelő szakmai továbbképzéseken való részvétel;
- pontszerző és fakultatív szakirányú továbbképzés;

- részvétel speciális továbbképző tanfolyamokon (pl. mentőtanfolyam az oxikológiai ismeretek elsajátítására, pszichiátriai továbbképzések, PIC ismeretek megszerzése, ÁNTSZ működésével kapcsolatos ismeretek megszerzése);
- megfelelő kreditpontok és szakmai gyakorlatok megszerzése nyomán hivatalos szakvizsga letétele.

A háziorvosok megfelelő tudásszintjének biztosításához és naprakész ismeretek elsajátításához az 1991/92. tanév óta rendszeresen szervezünk szakmai továbbképző tanfolyamot Győr-Moson-Sopron megye valamennyi háziorvosa részére.

Szemeszterenként öt, évente átlagosan tíz továbbképző tanfolyamot tartunk. Most a XIII. évfolyam 2. rendezvényét készítjük elő, mely sorrendben a 102. Alapellátási Szabadegyetem. Megyénk háziorvosain kívül mind nagyobb számban vesznek részt rendezvényeinken más megyék háziorvosai, sőt egyre több kórházi orvos, egészségügyi szakember, ÁNTSZ-munkatárs is.

A Szabadegyetemen a háziorvosok számára a részvétel díjtalan.

A legfontosabb célnak azt tartottuk, hogy a háziorvosok naprakész információt kapjanak a legújabb terápiás és diagnosztikus ismeretekről. Fontos volt továbbá, hogy megismerjék az egészségügy gazdasági-közgazdasági sajátosságait, sajátítsák el az egészségügyi informatika legfontosabb alapismereteit. Rendszeres tájékoztatót kaptak háziorvosaink az egészségügy jogi és etikai kérdéseiről, sőt ezen túlmenően a viselkedéskultúráról is, sőt menedzserképzést is tartottunk. Az a cél lebegett előttünk: megszereztetni háziorvosainkkal azokat az ismereteket, melyeket egyetemi tanulmányaik során nem tanultak, vagy nem tanulhattak.

A háziorvosok képzésének és továbbképzésének kiemelt területe Győr-Moson-Sopron megyében az Alapellátási Szabadegyetem rendezvénysorozata, melynek eredményeit költség/haszonelemzéssel a következőket támaszthatjuk alá.

A Johan Béla Népegészségügyi Program és az egészségügyi alapellátás kapcsolata

Cost/benefit módszert alapul véve eredményeink a következők:

I. Rendezvények száma:	n =100
Egy rendezvényen megjelent átlagos háziiorvosi létszám:	150 fő
Így 100 rendezvényen összesen részt vett	15 000 fő

II. Egy fővárosi szakmai továbbképzés átlagos költsége egy főre számítva:

útköltség Győr–Budapest–Győr (250 km)	4 500 Ft
részvételi díj:	8 500 Ft
szállásköltség:	6 000 Ft
egyéb kiadás:	3 500 Ft
Összes költség egy főre vetítve:	22 500 Ft

III. 15 000 fő esetében a megtakarítás $15\,000 \times 22\,500 \text{ Ft} = 337\,500 \text{ Ft}$ (azaz *háromszázharminchétmillió-ötszázezer* forint). Ennek a több mint 337 millió forintnak az eszmei értéke sokkal több, hiszen egyrészt megyei szinten biztosítottunk szakmai továbbképzést háziiorvosainknak, másrészt posztgraduális képzést teremtünk a megyeszékhelyen. Továbbképzésünk értékét és szakmai rangját tovább növeli, hogy Győr-Moson-Sopron megyében nincs orvostudományi egyetem.

A költségek megtakarításán felül háziiorvosaink bekerülnek a tudományos-szakmai vérkeringésbe is. Rendezvényeinken üléselnökként, moderátorként, előadóként vagy felkért hozzászólóként szereplési lehetőséghez jutnak, munkájukra országos szinten is felfigyelnek. Esetleg felkérjük őket, hogy más megyében is mutassák be ismereteiket és kutatómunkájuk eredményeit.

Kiemelt eredménynek tartjuk, hogy az Alapellátási Szabadegyetem rendezvénysorozatokon országosan elismert klinikai szakemberek: professorok, minisztériumi vezető tisztségviselők és külföldi szakemberek tartanak előadásokat a háziiorvosok számára.

Győr-Moson-Sopron Megye Önkormányzata, az Egészséges Nemzedékért Alapítvánnyal történő együttműködése során tíz éve országosan egyedülálló szakmai továbbképző tanfolyamot szervez háziiorvosok számára. A továbbképzés elismertsége messze túlhaladja a megyehatárt, az érdeklődés más megyékből is igen jelentős.

A rendezvénysorozatot az elkövetkező években is szeretnénk folytatni azzal a további célkitűzéssel, hogy több megyére kiterjesszük azt.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi alapellátás reformját követő évtizedben a következők állapíthatók meg:

I. 1992–2003:

1. A házi orvosok önállósága és szakmai tekintélye jelentősen megnőtt.
2. A vállalkozási forma bevezetésével kedvező változások történtek az egyes praxisok pénzügyi vonatkozásában.
3. Képzésük és továbbképzésük az egyetemi képzéshez hasonlóan európai szintűvé vált.
4. A jogi-etikai-közgazdasági, informatikai és gazdasági ismeretek birtokában társadalmi presztízsük is kedvezően alakult.

II. 2004–2035:

1. A jövő várható változásai közül kiemelten fontos az egyes praxisok teljes önállóvá válása (praxisok megvásárlásával, annak tulajdonjoga a családorvosoké lesz, teljes anyagi és személyi függőséggel).
2. A betegelőjegyzési-rendszer teljesen korszerűvé válik, az európai normáknak megfelelően a rendelő várójában csak az a beteg tartózkodik, akit az adott időpontba berendeltek.
3. Az egyes európai praxisoknak megfelelő költségek legalább 60%-ának biztosítása praxisonként, mely gyermekkorzetenként 4200–4500 euró, míg felnőtt praxisokban 5000–5300 euró összegnek felel meg.
4. Az egyes praxisok korrekt eladásának, illetve nyugdíjba vonulás, vagy haláleset alkalmából történő továbbadásának megnyugtató anyagi rendezése, mely biztos megélhetést, illetve európai normáknak megfelelő nyugdíjat biztosít a házi orvosok számára.

Irodalom:

- Ágoston G.: Depressziós betegek ellátása családorvosi szinten. Háziorvos Továbbképző Szemle, 4, 399-402. (1999.)
- American College of Physicians: Clinical Guideline: Part III., Screening for prostate cancer, Ann. Int. Med., 126, 480-484. 1997,
- Arnold Cs.: A családorvosi tanszék szerepe és helye a graduális oktatásban, szakképzésben, továbbképzésben és kutatásban. Medicus Universalis, 33. 2-6. 2000.
- Balogh S.: Háttér adatok a háziorvosi ellátásról I. Medicus Universalis, 33. 21-25. 2000.
- Balogh S.: A háziorvoslás első évtizede. Orvostovábbképző Szemle 2003. június (60) X. évf. 6. szám 10-15. o.
- Boros P.: Valóban csőd fenyegeti a társadalombiztosítást? PRAXIS, 9. 9-15. (2000.)
- Dunay Cs.: Konzultáció Alapítvány = Közvetlen betegellátás, Praxisprivatizáció HIPPOCRATES, 2. 44-46. (2000.)
- Fehér János – Hagymási Krisztina: Rajtunk is múlik! Korszerű életmódprogram, növekvő életkilátások. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1999
- Fejér L.: Javaslatok a járóbeteg-szakellátás finanszírozásának változtatására. Egészségügyi Gazdasági Szemle., 34, 44-45. 1996,
- Gidai E.: Mindenki számára elérhető egészségügyi ellátás. MTA JKB III. Nemzetközi Konferencia – Miskolc, 2003. október 2-3.
- Fodor M., Paksy A., Tóth T. és mtsa: Morbiditási-Epidemiológiai kutatás az alapellátásban ICPC (International Classification of Primary Care) kódrendszer segítségével. Medicus Universalis, 32. 69-78. 1999.
- Hargitai S.: Társadalombiztosítás, egészségügy-finanszírozás. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 30, 410-420. 1992.
- Hidas I.: Milyen családorvosokat képzünk és hogyan? Medicus Universalis, 32. 35. 1999.
- Józán P. – Katona T.: Az ezredforduló népesedési viszonyai In.: Demográfia, foglalkoztatás, női munkavállalás. Miniszterelnöki Hivatal Stratégiai Elemző Központ kiadvány 2003. augusztus. 14. szám 17-55.
- Márton H., Ilyés I.: Elvárások a családorvosi munkával szemben I. Az orvosok szemszögéből. Medicus Universalis, 32. 63-67. 1999.
- Márton H. – Ilyés I. – Varga J.: Elvárások a családorvosi munkával szemben. III. Az orvosok és a betegek véleményének összehasonlítása. Medicus Universalis, 33. 103-108. 2000.
- Schmidt, P.: Aenderungen des Krankengutes der Kinderklinik Győr in den vergangenen 10 Jahren. Der Kinderarzt, 19, 1355-1356. 1988,
- Schmidt, P.: Milyen tüneteknél, milyen gyakran fordulhatnak a szülők a gyermekorvoshoz? Orvosi Hetilap, 130, 1663-1667. 1989,
- Schmidt P.: Wie häufig werden Kinder mit welchen Symptomen dem Kinderarzt vorgestellt? Kinderarztl Prax., 59, 174-178. 1991,

- Schmidt P.: Az egészségügyi ellátás főbb gazdaságossági és szociális követelményei, különös tekintettel a gyermekegészségügyi ellátásra. Kandidátusi értekezés Győr-Budapest, 1992.
- Schmidt, P.: (Szerk.) Önkormányzati Háziorvosi Útmutató, Hazánk Könyvkiadó Kft., Győr. 1992.
- Schmidt, P.: Zur Reforms des ungarischen Gesundheitssystems und ihren Auswirkungen. In: H-U-Deppe: Zur Aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn. Arbeitspapier Nr. 15/1995. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universitaet, Frankfurt a M. Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin Abteilung für. Medizinische Soziologie. Maerz 1995, Frankfurt am Main.
- Schmidt P.: Alapellátási Szabadegyetem Győr-Moson-Sopron megyében – egy országos modell a háziorvosok képzésében és továbbképzésében. Orvosi Hetilap, 137. 1503-1504. 1996.
- Schmidt P.: A képzés továbbképzés fontosságának szerepe a háziorvosi gyakorlatban. In.: Alpok-Adria Egészségnevelési Tudományos Konferencia Győrött (2000. június 8-10.) Egészségnevelés 41, 201, 2000.
- Schmidt P.: A családorvosok képzésének országos modellje Győr-Moson-Sopron megyében. Orvosi Hetilap 142, 484. 2001.
- Schmidt P.: Az egészségmegőrzés, az egészségnevelés szerepe a háziorvosok és egészségügyi dolgozók képzésében, továbbképzésében. Egészségnevelés 2001, 42. 159-161.
- Schmidt P. – Korompáky M. – Bodrogi E. – Kálinger J. – Impert S. – Juhász J.: Anti smoking initiative in Hungary – European model in infanteli Peditry's prevention. 12. Congress of EUSUHM (3-5 September 2003, Ljubljana Slovenia Abstracts pp 99-100.
- Schmidt P.: Gazdaságossági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátás reformjához kapcsolódóan. Orvosi Hetilap 145,355-357, 2004
- Simon T.: Az egészségnevelés szerepe az egészségfejlesztésben, hazai eredmények és nemzetközi kitekintés. Elhangzott az Alapellátási Szabadegyetem jubileumi 75. rendezvényén (V. Alpok-Adria Nemzetközi Egészségnevelési Konferencia, Győr, 2000. június 8-10. Összefoglaló kiadvány)
- Vértés L.: Klinikai kongresszus egészségvédelmi előadásokkal. Egészségnevelés 42, 35, 2001.