

Az orvosképzés és -továbbképzés mint minőségi tudásmegosztás vizsgálata

DR. SCHMIDT PÉTER

A szerző a hazai egészségügyi alapellátás 1992. július 1-jén bevezetett reformja utáni negyed évszázad eredményeit ismerteti a tudásmegosztás szempontjából. Egyértelműen bizonyítható, hogy a praxisok önállóvá válásával az egészségügyi alapellátás megítélése kedvezővé vált, a családorvosok tekintélye megnőtt. Ennek megerősítésére szolgált a 25 évvel ezelőtt indult, győri kezdeményezésű Alapellátási Szabadegyetem, mely folyamatosan és rendszeresen megtartott akkreditált szakmai továbbképzései révén a tudásmegosztás országos modelljévé vált.

Az 1992-ben Magyarországon bevezetett egészségügyi alapellátási reform többek között a háziiorvosi vállalkozások engedélyezésével kezdődött. Az addig ismeretlen rendszer számos szakmai és más jellegű (gazdasági, jogi stb.) ismeretet követelt. Az ekkor indított Alapellátási Szabadegyetem iránti érdeklődés az elmúlt években folyamatosan nő. A 25 éve működő program sikere azt igazolja, hogy a szakmai közösségek a tudásmegosztás igazi motorja.¹⁻⁶

TUDÁSMEGOSZTÁS

A gyorsan változó környezethez való alkalmazkodás a versenyképesség legfontosabb feltétele. Alkalmazkodni viszont csak az ember tud, és nem a szervezet. A széles körű kutatások és a mindennapi gyakorlat e tapasztalata vezetett oda, hogy ma a munkáját végző emberben látjuk a legfontosabb értéket.

A 7S modell a McKinsey cég, azon belül Tom Peters és Robert Waterman nevéhez köthető. Azt kutatták, hogy mitől sikeresek ismert és kevésbé ismert amerikai vállalata-

tok. Arra a következtetésre jutottak, hogy minden, sikeresnek ítélt vállalat rendelkezik egy csak rá jellemző, nagyon erős kultúrával, mely nagyon mélyen él az ott dolgozóknál. Szintén a kutatás eredményeként felállítottak egy modellt, mely a szervezeti kultúra szerkezetét és kapcsolatrendszerét mutatja be. A McKinsey-féle 7S modell elnevezése a hét tényező angol nevének kezdőbetűiből adódik. Két csoportra osztják a tényezőket: az ún. kemény tényezők (stratégia, struktúra, rendszerek) mellett fontos szerepük van a sikerben a lágy tényezőknek (stílus, személyi állomány, képességek és értékrend).^{7,8}

Karl Erik Sveiby híressé vált 1997-es műve szerint,³⁶ amely 2001-ben magyarul is megjelent,³⁷ a változásokhoz való alkalmazkodás során a másik tudásának megszerzése és a saját tudásunkhoz való hozzáadása szinte mindig gyorsabb és hatékonyabb, mint a merőben új megoldások kitalálása. A versenyképességnek ez a fontos eleme a tudás szabad áramlása, ez azonban a gyakorlatban mégsem működik igazán – sem a gazdaság, sem a közoktatás világában.⁹ A különféle fejlesztési progra-



DR. SCHMIDT PÉTER

CSC, habilitált egyetemi magántanár, egyetemi oktató családorvos, bizottsági alelnök, MTA IX. Osztály, Győr

mokban a továbbképzés a felkészülés egyik legfontosabb vagy talán a legfontosabb eszköze.¹⁰

A tudás megosztásának számos gátló tényezőjét tarták fel: önzés, bizalmatlanság,

korábbi rossz tapasztalatok, időhiány, szervezeti korlátok és hatalomféltség. A tudás-menedzsmenttel foglalkozó szakemberek ma úgy látják, hogy a szakmai közösségek a tudásmegosztás igazi motorjai, amelyek le tudják küzdeni az említett akadályozó tényezőket.^{11,12} Tanulmányomban azt vizsgáltam, hogyan valósult meg mindez a 25 éve működő Alapellátási Szabadegyetem keretében Győrött.

A CSALÁDORVOSI RENDSZER KIALAKULÁSA

A középkelet-európai országokban 1990 előtt az állami egészségügyi ellátás modellje működött. A rendszert a központi irányítás, az állami tulajdonban lévő szolgáltatói hálózat, az ingyenes ellátásra szóló általános jogosultság, a beteg választási szabadságának hiánya, a krónikus hiány állapota (forráshiány, műszerek és gyógyszerek hiánya, zsúfoltság, kényszerhelyettesítések), a szolgáltatók alacsony minősége jellemezte.^{13,14} Az 1990-es évek jellemzője volt az áttérés az állampolgári jogon járó központosított egészségügyi modelltől a társadalombiztosításon alapuló finanszírozásra.¹⁵ A világ minden részén máig vitatéma, hogy az egészségügyi rendszer problémáira a piaci elemek erősítése a megoldás, vagy éppen a nagyobb állami szerepvállalás a társadalmi egyenlőtlenségek enyhítése érdekében.^{16,17}

A reformok következtében Középkelet-Európában a korábbi körzeti orvosi rendszer helyett háziiorvosi rendszer alakult ki, új jogvisztonnyal és finanszírozással, a háziiorvosok tulajdonosi státusza, jogállása szempontjából országonként eltérő módon (1. táblázat). Magyarországon az egészségügyi alapellátás reformját 1992. július 1-jével a piac kedvező hatásainak érvényesülése reményében indították el. A privatizáció folyamata többek között a háziiorvosi vállalkozások engedélyezésével kezdődött. A reform megindulásával

01. TÁBLÁZAT

A háziiorvosok tulajdoni és jogállása Középkelet-Európában

▶ Csehország	Az alapellátást nyújtó orvosok többsége magánorvosként dolgozik. Csoportpraxisban az orvosok az egészségügyi központokban vagy olyan szakorvosi rendelőben dolgozhatnak, amelyek a szakellátás mellett alapellátást is nyújtanak
▶ Észtország	Vállalkozó, önállóan vagy csoportpraxisban tevékenykedő és az Egészség-biztosító Pénztárral szerződésben álló, speciálisan képzett ún. családorvosok hálózata
▶ Lengyelország	Egyéni vagy csoportos praxisban dolgozó háziiorvosok, illetve ápolónőkből és szülésznőkből álló praxisok, állami és privát praxis
▶ Lettország	Többségében állami, önkormányzati tulajdon, növekvő privát egyéni vagy csoportpraxis. A háziiorvosi ellátás önálló vagy közös praxison alapuló modellje 1992-ben nyert létjogosultságot
▶ Litvánia	Többségében állami, önkormányzati irányítással működik. Alapellátás magánrendelőben, magánorvosok által is nyújtható. Ennek formája nagyrészt egyéni vagy kisebb, orvosi tulajdonban lévő csoportpraxis
▶ Magyarország	Vállalkozó háziiorvosok praxisban (a körzeti orvosi rendszert 1992-ben házi-orvosi szolgálattá alakították)
▶ Szlovákia	Privát praxis
▶ Szlovénia	Állami és privát praxis (egyéni és csoportos): 1992 óta lehetőség van privát háziiorvosi praxis létesítésére is az önkormányzati rendelők bérlése mellett, így a lakosság alapellátását állami szolgáltatók és magánorvosok egyaránt biztosíthatják

Irodalmi adatok⁵ alapján

kezdetben még kevés családorvos választotta a vállalkozási formát, de 1993-ban már a 60%-uk, 1994 első negyedében a 90%-uk. A házi- és házi gyermekorvosok száma 6–7 ezer. Számuk kismértékben ugyan, de folyamatosan csökken, országon és regionálisan komoly eltérésekkel (2. táblázat).

A családorvosi rendszer kialakításától a hazai alapellátás minőségi megújítását vártuk, és az új modell eddig be is váltotta a reményeket. A praxisok önálló működésével a háziiorvoslás rangja, a családorvoslás presztízse jelentős pozitív változáson ment át. Köztudott, hogy a magyar orvosegyetemi képzés az alapellátás reformja előtt is nagyon elismert volt nemzetközi szinten is, de a körzeti orvosok munkája sokszor

negatív megítélés alá esett, képzésük-továbbképzésük rendszerszinten nem volt biztosítva. Mivel a családorvosok nagyon leterheltek – napi családorvosi munkájuk mellett ügyeleti, sokszor sürgősségi ellátásban is részt vesznek –, a képzéseken és továbbképzéseken való részvétel számukra komoly nehézséget jelentett. Ezért úgy éreztük, szükség van az általunk kezdeményezett Alapellátási Szabadegyetem munkájára a legújabb szakmai információk közkinccsé tételében. A havonta egy szombati napra szervezett továbbképzések egyben a kreditpontokat is biztosíthatják, az előírásokkal és szakmai elvárásokkal összhangban. Olyan naprakész információkat kapnak a kollégák, amelyeket szakkönyvekből elfoglaltságuk miatt nem tudnának

elsajátítani, egyben továbbképzéseinknek a közösségi és orvosi kapcsolatok építésében is fontos szerepük van.

A GYŐRI ALAPELLÁTÁSI SZABADEGYETEM 25 ÉVE

Az egészségügyi alapellátás 1992-ben kezdődő reformját megelőző évben az Egészséges Nemzedékért Alapítvány a családorvosok részére – győri kezdeményezésként – folyamatos és rendszeres továbbképzést szervezett Alapellátási Szabadegyetem néven. Ez a felkészülést jelentette a családorvosi-vállalkozási formák megismertetésére, beleértve a közgazdasági, könyvelési és in-

formatikai alapismeretek átadását. A változásokhoz kapcsolódóan folyamatos és rendszeres képzés keretében, havi egy alkalommal szervezett, az Egészséges Nemzedékért Alapítvány által koordinált tudományos szimpóziumokba bekapcsolódott a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, később a Pécsi Tudományegyetem és a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi Intézete is, jelentős segítséget nyújtva az akkreditáció, illetve a kreditpontok biztosításával.

Ez a képzési, továbbképzési sorozat 25. éve folyamatosan működik. A résztvevők mind a mai napig díjmentesen látogathat-

ják a rendezvényeket. Kiemelt együttműködő szervezetnek bizonyult Győr városa, Győr-Moson-Sopron megye Önkormányzata, később a Megyei Orvosi Kamara is. A kihelyezett üléseket leszámítva a Győri Városháza patinás díszterme méltó helyszíneként szolgált.

A rendezvényeket szemeszterenként öt, tanévenként tíz alkalommal szervezték meg. A családorvosokon kívül mind nagyobb számban vesznek részt kórházi orvosok, ÁNTSZ-szakemberek, egészségbiztosítási szakemberek Győr-Moson-Sopron megyén kívül Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Fejér megyéből is. Jelentős háttérsegítséget nyújtott a továbbképzésekhez, hogy folyamatosan kiadványokat jelentettek meg a továbbképzések anyagaiból, az első kiadvány az Önkormányzati Háziorvosi Útmutató volt.¹⁹ Az Alapellátási Szabadegyetem iránti érdeklődés az elmúlt években folyamatosan nőtt, a rendezvényeken átlagosan 120–150 kolléga vesz részt.

A szervezők legfontosabb célja: naprakész információk biztosítása háziorvosok számára, illetve átadni azokat az ismereteket, melyeket egyetemi tanulmányaik során nem tanultak, nem tanulhattak.²⁰ A diagnosztika és terápia tárgyköre mellett mind jobban előtérbe kerültek az egészséggazdasági, jogi és etikai kérdések, valamint kihelyezett képzés keretében a társadalombiztosítás. Az informatikai ismeretek széles körű elterjedésével a praxisokban dolgozó munkatársak is aktív szerephez jutottak. Ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a számítógépes jelentések megírása, az adminisztratív tevékenység egyszerűbbé vált. A háziorvosok és az egészségügyi szakdolgozók 1996 és 1998 között a Széchenyi István Egyetem jogelődjében fakultatív informatikai képzésen vettek részt, amikor egységessé vált az informatika kötelező használata a receptek írásánál és a jelentéseknél. Ez az országban egyedülálló, a praxisok részére

02. TÁBLÁZAT

A háziorvosok és házi gyermekorvosok együttes száma Budapesten és a megyékben 2000-ben, 2007-ben és 2015-ben

TERÜLETI EGYSÉG / ÉV	2000	2007	2015
▶ Budapest	1341	1287	1245
▶ Bács-Kiskun megye	351	342	330
▶ Baranya megye	298	289	277
▶ Békés megye	250	244	225
▶ Borsod-Abaúj-Zemplén megye	470	458	423
▶ Csongrád megye	292	291	289
▶ Fejér megye	261	265	250
▶ Győr-Moson-Sopron megye	273	274	263
▶ Hajdú-Bihar megye	368	346	339
▶ Heves megye	198	190	188
▶ Jász-Nagykun-Szolnok megye	260	246	235
▶ Komárom-Esztergom megye	206	199	189
▶ Nógrád megye	139	125	121
▶ Pest megye	650	660	679
▶ Somogy megye	225	215	206
▶ Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	344	330	318
▶ Tolna megye	171	158	147
▶ Vas megye	183	185	169
▶ Veszprém megye	253	234	212
▶ Zala megye	196	185	172
▶ Országosan összesen	6729	6523	6277

Irodalmi adatok¹⁸ alapján

térítésmentes, az Egyetem által felajánlott képzés volt.

A családorvosok 1998. december 31-ét követően kizárólag szakirányú szakképesítéssel dolgozhatnak körzetükben.²¹ A háziórvostan szakvizsgán túlmenően mind több kolléga szerelte meg második, illetve további tárgyból a szakvizsgáját. A családorvoslás szakmai tekintélye jelentősen megnőtt, amit az elmúlt negyedszázad eredményei egyértelműen igazolnak.²² A háziórvosok tevékenysége önállóbbá vált, felelősségük megnőtt: kiemelt érdekük a praxisukhoz tartozó betegek gyógyítása, gondozása és rehabilitációja. Hazai és nemzetközi kongresszusi részvételeiket, szakkönyvvásárlásaikat és a számítógépes rendszer beszerzéséhez szükséges kiadásait a praxispénz keretéből tudták fedezni.^{23,24,25}

Az alapellátás reformját követően a praxisok finanszírozásában az „aranyévek” az 1992 és 1998 közötti évek voltak, ezt követően a juttatások nem követték az inflációt.²⁶ Az elkövetkezendő évek egyik kiemelten fontos, ha ugyan nem a legfontosabb feladata a praxisfinanszírozás igen jelentős növelése. Ennek hiányában nem várható, hogy a jelenleg betöltetlen közel 300 praxisba új családorvosok kerüljenek, azért sem, mert mind több magyar orvos vállal munkát külföldön, főként Nyugat-Európában.

A TUDÁSMEGOSZTÁS HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA

A háziórvosok körében végzett kérdőíves felmérés eredményei alapján elmondható, hogy igénylik ezt a képzési-továbbképzési rendszert. Megtisztelő számukra, hogy az Alapellátási Szabadegyetemen ülésszékeként, előadóként vehetnek részt, s a rendezvényeken elsajátított ismeretek akár többhetes, tankönyvből történő felkészülést helyettesíthetnek.²

Költségmegtakarítás. Előzetes költség/haszon vizsgálatok során bizonyítást

nyert, hogy a Győr-Moson-Sopron megyében kezdeményezett, országos modellként szolgáló, „helyben pontszerző” háziórvosi képzés-továbbképzés jelentős költségmegtakarítással járt a résztvevők számára.^{27,28} A korábbi évek elemzése az azt mutatják, hogy az anyagi megtakarítások egyre jobban érzékelhetők napjainkban, hiszen mind a kongresszusok részvételi költségei, mind pedig az üzemanyagköltségek hatványozottan emelkedtek, és ezek a helyi szervezéssel részben megtakaríthatók.

A résztvevők és előadók száma. A XXVII. évfolyam indulásakor érdemes visszatekinteni az elmúlt 25 évre. Eddig összesen 225 szakmai továbbképzésre került sor az Alapellátási Szabadegyetemen. Az átlagos látogatottságot (130 fő/rendezvény) figyelembe véve a résztvevők száma az elmúlt 25 évben 29 250 fő volt. Az eddigi 225 rendezvényen – szakmai tudományos továbbképzésenként 10 előadóval számolva – az előadók száma 2300 fő volt.

Témakörök. A 2300 szakmai előadáson a legváltozatosabb témakörök szerepeltek a kardiológiától és a neurológiától az egészséggazdasági témákon át a vakcinológiáig, klinikai táplálásig, igazságügyi orvostanig.

Együttműködő partnerintézmények. Az elmúlt negyedszázad 225 rendezvényére visszatekintve elmondható, hogy számos gyümölcsöző együttműködés alakult ki. Ennek bizonyítéka, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvostani Tanszéke, illetve a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézete által delegált szakmai előadók, továbbá a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház munkatársai tartottak nagy sikerű előadásokat. A képzésbe bekapcsolódott a Széchenyi István Egyetem is.

Minőségi megújulást jelentett az Alapellátási Szabadegyetem működésében, hogy a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi és Foglalkozás-egészségügyi Rendelő segítségével, Dr. Mester Lajos c. egyetemi docens családorvossal közösen,

évente két alkalommal 2012 óta 50 kreditpontos, akkreditált, 3 napos szinten tartó továbbképzéseket tartottak Győrben, a Szegedi Tudományegyetem kihelyezett képzése keretében. További cél a Családorvos Kutatók Országos Szervezetével való szoros kapcsolat,^{29,30,31,32} továbbá kapcsolatfelvétel a Debreceni Tudományegyetem ÁOK Családorvosi Intézettel.³³

Fontos szerep jutott a Győr-Moson-Sopron Megyei Orvosi Kamarának is, kiemelten Dr. Begya László elnök úrnak. A Megyei Orvosi Kamara segítségével a kollégák folyamatosan tájékozódhattak továbbképzéseinkről, és a visszajelzések, illetve a kamarai nyilvántartás alapján azok a családorvosok, akik 25 évig folyamatosan körzetben dolgoztak, címzetes főorvosi ki nevezést vehettek át rendezvényeinken.

MEGBESZÉLÉS

Az egészségügyi alapellátás reformja következtében minőségi változás állt be a hazai alapellátásban, a praxisok önálló tevékenységet végeznek, a háziórvosok szakmai tekintélye jelentősen megnőtt, javult a minőségi munka. A finanszírozásban történt kedvező változások következtében az 1992 és 2002 közötti első 10 évben jelentősen javultak a praxisok bevételei. Sajnos, az elmúlt évtizedre már az volt a jellemző, hogy a bevételek nem követték az inflációt, ez jelentős anyagi veszteséget okozott a kollégáknak.³⁴

A háziórvosi kar egyrészt kiöregedett, igen sokan dolgoznak 70, sőt 75 év felett is teljes munkaidőben, másrészt igen nagy számban távoztak a háziórvosok külföldre, így jelenleg közel 300 praxis nincs betöltve.

A következő 5 év legfontosabb feladata: az egyes praxisok finanszírozásának jelentős növelése és a háziórvosi munka vonzerejének növelése. Ez utóbbihoz szükséges az egyetemi évek során mind több orvostanhallgató gyakorlati ismereteit bővíteni az alapellátás munkájával kapcsolatban, a nyári gyakorlatokon bevonni őket

a háziiorvosi munkába, megkedveltetni velük ezt a fontos szakterületet, a rezidensképzés során megkedveltetni az alapellátás munkáját a rezidens kollégákkal.

Az Alapellátási Szabadegyetem működésének 25 éve során betöltötte és jelenleg is betölti a szakmai közösségek építőelemeinek szerepét. Elmondhatjuk, hogy a képzési és továbbképzési rendezvényesorozat intézményesült, és a 25 éves működés a McKinsey tanácsadó cég 7S modellje kritériumainak is megfelel.³⁵

Az alapellátás megerősítésében, minőségének egységesítésében alapvető jelentőségük van a regionális továbbképzési rendszereknek. Ezek a képzési centrumok alkalmasak arra, hogy a lokális problémákra reagálhassanak, személyes kapcsolatot tartsanak az ellátókkal, ennek megfelelően alakítsa a képzés tematikáját. Mindezek mellett ez költséghatékony is. Ezért ajánljuk, hogy azok a régiók, ahol még nincs ilyen, alakítsák ki a saját továbbképzési centrumukat.

Végül felhívom a figyelmet arra, hogy a szakmában jelenleg is aktívan dolgozó családorvosok átlagos életkora nagyon magas, utánpótlásuk biztosítása egyre nagyobb gondot jelent. Így az elkövetkező évek legfontosabb feladata lesz a praxisfinanszírozás jelentős arányú növelése, a fiatal orvosok számára kedvező lehetőségek biztosításával a letelepedéshez. Ugyanakkor fontos cél az is, hogy a családorvosok nyugdíjba vonulása egy szakmai életút méltó lezárása lehessen.



Levelezési cím:
praxismed@externet.hu



Irodalom:

- Schmidt P. Alapellátási Szabadegyetem Győr-Moson-Sopron megyében – egy országos modell a házi-orvosok képzésében és továbbképzésében. *Orv Hetil* 1996;137:1503–1504
- Schmidt P. A képzés-továbbképzés fontosságának szerepe a háziiorvosi gyakorlatban. *Egészségnevelés* 2000;41:201
- Schmidt P. A családorvosok képzésének országos modellje Győr- Moson-Sopron megyében. *Orv Hetil* 2001;142:484
- Schmidt P. Az egészségmegőrzés, egészségnevelés szerepe a házi-orvosok és egészségügyi dolgozók képzésében, továbbképzésében. *Egészségnevelés* 2001;42(4):159–161
- Schmidt P. A posztgraduális képzés egy modellje: Alapellátási Szabadegyetem Győr- Moson-Sopron megyében. *CSAKOSZ III. Nemzetközi Kongresszusa* 2004, Bp, összefoglalók, 21–22
- Schmidt P. Gazdaságossági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátás reformjához kapcsolódóan: Gondolat az Alapellátási Szabadegyetem 100. rendezvényén. *Orv Hetil* 2004;145:355–357
- Heidrich B. Alkalmazottak vezetése. *Digitális Tankönyvtár, Budapesti Gazdasági Főiskola, Bp., 2011*
- Heidrich B, Szegedi K. Szervezeti kultúra, üzleti etika. 2004. <http://publikacio.uni-miskolc.hu/data/ME-PUB-5639/Szervezeti%20kult.pdf>
- Gönczöl E. A tudásmegosztás formális és informális közösségei. 2009. <http://www.osztalyfonok.hu/cikk.php?id=677>
- OFI: <http://ofi.hu/erdekek-ertekek-tudasmegosztas>
- Tomka J. A szakmai közösségek (Communities of Practice) hozzájárulása a szervezeti együttműködés fejlesztéséhez. PhD értekezés, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, 2005, http://kgt.bme.hu/doktori/phds/tomka_j.pdf
- Tomka J. A megosztott tudás hatalom. *Harmat Kiadó, Bp., 2009*
- Schmidt P, Simon T. A körzeti orvoshoz fordulás motívációi – a betegek kérdőíves felmérése. *VEAB pályamunka, Várpalota – Győr, 1989*
- Balogh S. Háttér adatok a házi-orvosi ellátásról I-II. *Med Univ* 2000;33:21–25, 97–102
- Borbás I, Szirmai L, Verdes N, Vilusz L, Zelenkáné Lux L. Egészségügyi rendszerek Kelet-Európában. *Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Rendszertudományi Iroda, 2005.* http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2005/kelet-europa.pdf
- Garai L. A vállalkozó házi-orvosok finanszírozásának alakulása a rendszerváltás óta. *Medicus Universalis* 2010;43, Garai L. államvizsga-dolgozata alapján, SZTE-ÁOK
- Schmidt P. Zur Reforms des Ungarischen Gesundheitssystem und ihren Auswirkungen. In H-U-Deppe: *Zur Aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn.* Arbeitspapier Nr. 15/1995. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a M. Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Abteilung für Medizinische Soziologie. Frankfurt a. M. 1995. március
- KSH, http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/L_fea002.html
- Schmidt P, szerk. *Önkormányzati Házi-orvosi Útmutató. Hazánk Könyvkiadó, Győr, 1992*
- Arnold Cs. A családorvosi tanszék szerepe és helye a graduális oktatásban, szakképzésben, továbbképzésben és kutatásban. *Med Univ, 2000;33:2–6*
- Hidas I. Milyen családorvosokat képzünk és hogyan? *Med Univ, 1999;32:35*
- Schmidt P, Menyhart M. Körzeti orvosból házi-orvos – a családok orvosának habitusváltozása az elmúlt 25 évben és a jövő kihívásai. VI: *Sümegei Orvosi Napok, 2005, összefoglaló, 15–18*
- Márton H, Illyés I. Elvárások a családorvosi munkával szemben. I. Az orvosok szemszögéből. *Med Univ, 1999;32:63–67*
- Márton H, Illyés I, Varga J. Elvárások a családorvosi munkával szemben. II. A betegek szemszögéből. *Med Univ, 2000;33:oldalszám?*
- Márton H, Illyés I, Varga J. Elvárások a családorvosi munkával szemben. III. Az orvosok és a betegek véleményének összehasonlítása. *Med Univ, 2000;33:103–108*
- Fejér L. Javaslatok a járóbeteg-szakellátás finanszírozásának változtatására. *Eg Gazd Szle* 1996;34:44–45
- Schmidt P, Végh K. Költség/haszon-elemzés és gazdasági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátásban. *Győr-Moson-Sopron Megyei Orvos- Gyógyszerész Napok, Sopron, 2003. október 15–18. Győr-Moson-Sopron Megyei Önkormányzat, Győr, Hazánk Kiadó, 35–39*
- Hargitai S. Társadalombiztosítás, egészségügy-finan-szírozás. *Eg Gazd Szle* 1992;30:410–420
- Stavdal A. Risk Embedded in Risk Intervention. The History of Prevention in Nordic Medicine. *Családorvos Kutatók XV. Kongresszusa, Bp., 2016. február 26-27. Bp., összefoglalók, 28*
- Kolláth R, Pipicz M, Mester L, et al. Egészségtudatosság a fitness szakmában ülő munkahelyen dolgozók körében. *Családorvos kutatók XV. Kongresszusa, Bp., 2016. február 26-27, összefoglalók, 21*
- Kalmár Z, Balogh S. Családorvosok folyamatos szakorvos képzése a Pécsi Tudományegyetemen – 2015. *Családorvos Kutatók XV. Kongresszusa, Bp., 2016. február 26-27, összefoglalók, 15*
- Schmidt P, Muzsay G. A gyermekorvosi ügyeleti ellátási rendszer korszerűsítése Győr városában; egy országos modell a prevenció és szociálpédiátriai munkában. In: *CSAKOSZ IX. Kongresszusa: Program és összefoglalók. Pécs, 2010, 40-41*
- Kolozsvári L, Orozco O, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Atención Primaria* 2014;46(5):261–264
- Boros P. Valóban csőd fenyegeti a társadalombiztosítást? *Praxis* 2000; 9:9–15
- Heidrich B. Alkalmazottak vezetése. *Digitális tankönyvtár, 2013.* http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412a/0007_e6_alkalmazotti_vezetes_scom/a_mckinsey_fele_7s_modell_4AAAtvCLmKTCwboJZ.html
- Sveiby KE. The New Organizational Wealth: Managing and Measuring Knowledge-Based Assets. *San Francisco, Berrett-Koehler Publ., 1997*
- Sveiby KE. Szervezetek új gazdagsága: a menedzseltség tudás. *KJK-Kerszöv. Bp., Jogi és Üzleti Kiadó, 2001*