

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Организация доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для новоприбывших беженцев в Германии: пример из практики федеральной земли Северный Рейн – Вестфалия

Kristin Rolke¹, Judith Wenner¹, Oliver Razum¹

¹ Кафедра эпидемиологии и международного общественного здравоохранения, Билефельдский университет, Билефельд, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Kristin Rolke (адрес электронной почты: kristin.rolke@uni-bielefeld.de)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные. Доступ к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в муниципалитетах Германии организован по-разному. В федеральной земле Северный Рейн – Вестфалия муниципалитеты выбирают между двумя различными моделями доступа – с использованием ваучера на услуги здравоохранения (ВЗ) и с использованием электронной медицинской карты (ЭМК). Модель ЭМК разрабатывалась с целью облегчить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи и сократить бюрократию. В настоящее время модель ЭМК внедрили лишь 22 из 396 муниципалитетов.

Методы. Мы провели полуструктурированные интервью с 23 ответственными должностными лицами в четырех муниципалитетах. Для того чтобы выявить проблемы на пути внедрения модели ЭМК и проиллюстрировать этот пример из практики организации доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев в Германии, мы использовали цикл действий общественного здравоохранения.

Результаты. В организации доступа к медицинским услугам для беженцев на местах наблюдаются существенные различия. На местном и структурном уровнях были выявлены причины, обуславливающие отказ от внедрения модели ЭМК многими муниципалитетами. По сообщениям муниципалитетов, внедривших модель ЭМК, это позволяет улучшить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи. Тем не менее субъекты на местах подчеркивают, что важные факторы обеспечения доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи могут быть реализованы вне зависимости от официально используемой модели доступа.

Выводы. Ни одна из моделей доступа не снимает существующих ограничений законного права на получение медико-санитарной помощи, с которыми сталкиваются беженцы в Германии.

Ключевые слова: ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗДОРОВЬЕ БЕЖЕНЦЕВ, ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ, ГЕРМАНИЯ

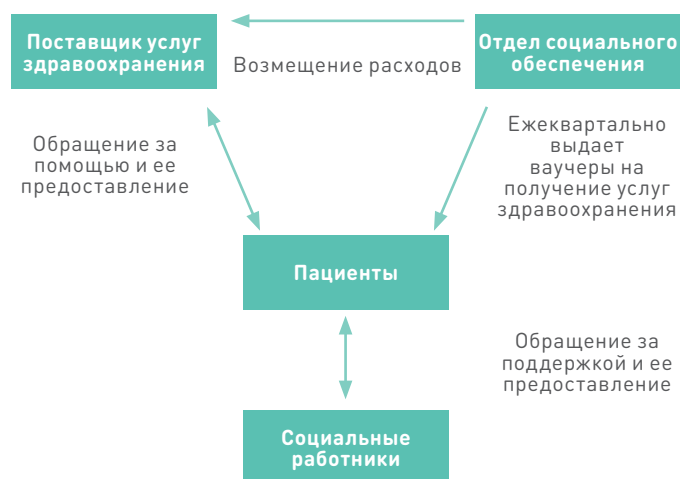
ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Специалисты общественного здравоохранения, занимающиеся вопросами охраны здоровья беженцев, сталкиваются с неожиданным несоответствием между высокой уязвимостью беженцев по прибытии и отсутствием в принимающих странах готовности способствовать осуществлению их законных прав и обеспечить доступ к услугам медико-санитарной помощи. Во многих европейских странах право вновь прибывших беженцев на получение услуг здравоохранения ограничено (1). Так обстоит дело в том числе и в Германии (2), особенно в первые месяцы после прибытия: беженцы не имеют тех же прав и доступа к услугам здравоохранения, что и принимающее население. Даже несмотря

на то, что статус беженца предоставляется не сразу по прибытии, в данном тексте мы будем называть новоприбывших лиц, обратившихся за убежищем, «беженцами», чтобы не использовать политизированный термин «лица, ищущие убежища». Закон о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища (разделы 4 и 6), ограничивает права на получение медицинской помощи для новоприбывших беженцев. Медицинская помощь охватывает лишь острые состояния заболевания и боли, беременность и роды, а также официально рекомендованную вакцинацию и необходимые по медицинским показаниям врачебные осмотры. Предоставление дополнительных услуг возможно в зависимости от конкретного случая. В основе различий в доступе к услугам здравоохранения (в особенности к услугам первичной

медико-санитарной помощи) лежит федеральная структура Германии. На уровне сообществ применяются две основные модели: модель с использованием ваучера на услуги здравоохранения (ВЗ; рис. 1) и модель с использованием электронной медицинской карты (ЭМК; рис. 2). В тех сообществах, где используется модель ВЗ, для доступа к помощи беженцы ежеквартально (очно или по электронной почте) получают ВЗ от местных органов социального обеспечения. В сообществах, использующих модель ЭМК, беженцы получают карточку для доступа к ЭМК по прибытии на срок до 15 месяцев или до тех пор, пока их статус беженца не будет пересмотрен. Вторая модель является относительно новой и разрабатывалась (в числе прочего) для того, чтобы облегчить доступ к услугам здравоохранения, сократить число административных барьеров и упростить бюрократический процесс. На сегодняшний день о внедрении новой модели ЭМК и ее влиянии на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи известно мало. Предлагаемый пример из практики представляет собой анализ (i) существующих стратегий облегчения доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев; (ii) того, почему многие муниципалитеты, имея возможность выбирать любую из моделей, отдают предпочтение модели ВЗ; (iii) того, как этот выбор влияет на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи. В основу анализа лег материал, собранный в рамках более масштабного исследования с использованием смешанной методологии «Бегство, здоровье и социальное участие», которое финансировалось Министерством культуры и науки земли Северный Рейн – Вестфалия и проводилось в Билефельдском университете (кафедра эпидемиологии и международного общественного здравоохранения, школа

РИСУНОК 1. МОДЕЛЬ ВЗ: ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩИЕ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НОВОПРИБЫВШИМ БЕЖЕНЦАМ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ГЕРМАНИИ



Источник: авторский дизайн

общественного здравоохранения). В исследовании рассматриваются точки зрения ответственных должностных лиц из местных отделов социального обеспечения, социальных работников, работников здравоохранения и сотрудников компаний, осуществляющих медицинское страхование, а также самих беженцев. Федеральная земля Северный Рейн – Вестфалия была выбрана для этого примера из практики потому, что там используются обе модели – и ВЗ, и ЭМК, причем модель ЭМК внедрена в достаточном числе (более 20) включенных в анализ муниципалитетов.

МЕТОДЫ

Несмотря на то, что земельное правительство Северного Рейна – Вестфалии утвердило новую правовую норму, большинство муниципалитетов по-прежнему придерживаются модели ВЗ и отказываются применять модель ЭМК. При подготовке этого примера из практики в период с июля 2017 г. по июль 2018 г. нами были проведены полуструктурированные интервью с 23 ответственными должностными лицами. Так, в муниципалитетах, использующих модель ЭМК, были

РИСУНОК 2. МОДЕЛЬ ЭМК: ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩИЕ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НОВОПРИБЫВШИМ БЕЖЕНЦАМ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ГЕРМАНИИ



Источник: авторский дизайн

опрошены шесть сотрудников отделов социального обеспечения и пять социальных работников, а в муниципалитетах, использующих модель ВЗ, были опрошены шесть сотрудников отделов социального обеспечения и шесть социальных работников. Интервью включали вопросы об организации услуг здравоохранения для беженцев, а также об использовании моделей доступа к услугам здравоохранения в сообществах и связанных с этим проблемах или возможностях. Вопросник прошел апробацию и был доработан. Интервью были анонимными и в полном виде протоколировались. Качественный контент-анализ на основании Mayring (3) был проведен с использованием программного обеспечения Atlas.ti. Собеседования с сотрудниками отделов социального обеспечения (включая руководителей отделов социального обеспечения, глав департаментов и администраторов) и социальными работниками прошли в четырех муниципалитетах, два из которых внедрили модель ЭМК и два – решили продолжать использование модели ВЗ. Круг исполняющих различные функции опрашиваемых формировался с тем, чтобы выяснить как можно большее число точек зрения.

Цикл действий общественного здравоохранения – это метод, широко используемый для первичного выявления проблем общественного здравоохранения с последующим их устранением. Это структурированный подход к решению проблем путем изменений в политике, мероприятиях или программах в области общественного здравоохранения, обычно включающий четыре этапа: определение проблемы, разработка политики или стратегии, ее реализация и оценка (4–6). Мы используем этот подход для того, чтобы проиллюстрировать пример из практики, касающийся различных моделей доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в Германии и возможного для них доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи. Вышеназванные четыре этапа будут по отдельности рассмотрены в следующем разделе.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПЕРВЫЙ ЭТАП: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Первый этап в равной степени зависит от эмпирических результатов или наблюдений и от нормативного представления об эффективной системе общественного здравоохранения. Проблемы общественного здравоохранения обычно возникают в тех случаях, когда наблюдения и представления расходятся. Это касается, в том числе, и доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в Германии.

Сложившееся представление об эффективной системе (общественного) здравоохранения отражено в Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Хотя оказание первичной медико-санитарной помощи требует комплексного подхода, мы сосредоточили внимание только на том аспекте системы здравоохранения, который подчеркивает важность первичной медико-санитарной помощи как «первого уровня контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, который максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа» (7).

Модель ВЗ использовалась всеми без исключения муниципалитетами до 2005 г. и по-прежнему используется в большинстве федеральных земель и сообществ. Тем не менее ее критикуют как осложняющую доступ, особенно на первом уровне помощи, т. е. на уровне врачей общей практики, работающих в тех районах, где оседают беженцы. ВЗ действительны лишь в течение трех месяцев, не слишком хорошо известны работникам здравоохранения и прямо указывают на то, что человек не имеет регулярного доступа к услугам здравоохранения. Пациенты могут откладывать обращение за первичной медико-санитарной помощью или воздерживаться от такого обращения, чтобы избежать обращения за ВЗ и его предъявления. Без ВЗ доступна лишь неотложная медицинская помощь. Вместо того чтобы обратиться за первичной медико-санитарной помощью, пациенты могут откладывать лечение до того момента, когда возникнет необходимость госпитализации. В результате ВЗ может способствовать росту использования стационарной и неотложной помощи при недостаточном оказании услуг здравоохранения и более высокой их стоимости (8–13). Недавнее исследование показало, что беженцы, проживающие в муниципалитетах, где используется модель ЭМК, чаще посещают врачей общей практики по сравнению с теми, кто живет в муниципалитетах, где используется модель ВЗ (14). Исследование показало, что доступ к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев может осложняться использованием модели ВЗ; это противоречит идеалам первичной медико-санитарной помощи.

ВТОРОЙ ЭТАП: РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ ИЛИ СТРАТЕГИИ

На втором этапе были разработаны возможные стратегии по преодолению выявленных проблем. В разработку этих стратегий были вовлечены работники общественного здравоохранения, представители компаний обязательно медицинского страхования, организаций гражданского

общества, а также заинтересованные стороны из ряда федеральных земель и муниципалитетов. В качестве решения, позволяющего преодолеть создаваемые использованием ВЗ преграды, широко обсуждалось внедрение модели ЭМК. Карточки электронного здравоохранения сопоставимы с карточками медицинского страхования, выдаваемыми компаниями обязательного медицинского страхования, и действуют до 15 месяцев или до формального закрепления правового статуса беженцев. После того как этот статус будет формально закреплён, беженцы перестают зависеть от ВЗ и получают прямой доступ к услугам здравоохранения так же, как и остальные пользователи системы обязательного медицинского страхования (примерно 90% населения). Соответствующее рамочное соглашение заключено между федеральной землей Северный Рейн – Вестфалия и восемью компаниями медицинского страхования. Каждый присоединяющийся к этому соглашению муниципалитет сотрудничает только с одной компанией обязательного медицинского страхования (15). Компания обязательного медицинского страхования в этом случае несет ответственность за выплаты медицинским работникам и получает от муниципалитета возмещение издержек и дополнительных административных расходов. Муниципалитеты, использующие модель ВЗ, обычно берут на себя ответственность за администрирование.

ТРЕТИЙ ЭТАП: РЕАЛИЗАЦИЯ

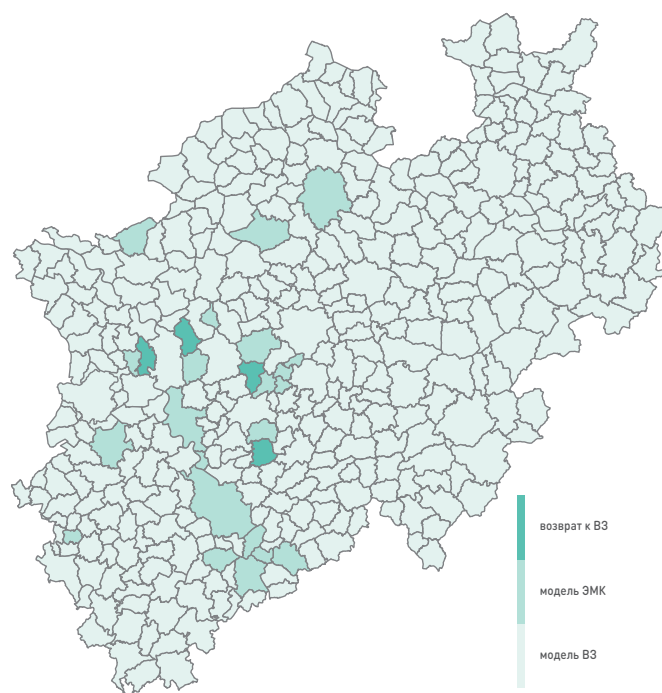
После того как стратегии, подобные внедрению модели ЭМК, будут определены, их необходимо реализовать. В 2005 г. Бремен стал первой федеральной землей Германии, где была внедрена модель ЭМК. Вслед за ним от модели ВЗ отказались приравненные к федеральным землям города Берлин и Гамбург и федеральные земли Бранденбург, Шлезвиг-Гольштейн и Тюрингия. Федеральные земли Нижняя Саксония, Северный Рейн – Вестфалия и Рейнланд-Пфальц внедрили модель ЭМК частично. В этих трех землях были заключены рамочные соглашения с несколькими компаниями медицинского страхования, к которым могут добровольно присоединиться отдельные муниципалитеты федеральных земель. Решение о внедрении ЭМК передано на усмотрение муниципалитетов. Некоторые муниципалитеты в указанных трех землях в настоящее время используют модель ЭМК, в то время как остальные продолжают придерживаться модели ВЗ. В семи федеральных землях (Баден-Вюртемберг, Бавария, Гессен, Мекленбург – Передняя Померания, Саар, Саксония, Саксония-Анхальт) решение либо пока не принято, либо наблюдается сопротивление внедрению модели ЭМК (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ВНЕДРЕНИЕ МОДЕЛИ ЭМК В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЗЕМЛЯХ ГЕРМАНИИ

Модель ЭМК внедрена на федеральном уровне	Модель ЭМК внедрена на муниципальном уровне	Модель ЭМК не внедрена
Берлин	Нижняя Саксония	Баден-Вюртемберг
Бранденбург	Северный Рейн – Вестфалия	Бавария
Бремен	Рейнланд-Пфальц	Гессен
Гамбург		Мекленбург – Передняя Померания
Шлезвиг-Гольштейн		Саар
Тюрингия		Саксония
		Саксония-Анхальт

В Северном Рейне – Вестфалии муниципалитеты вольны определять модель самостоятельно. Рис. 3 отражает ситуацию в области внедрения модели ЭМК в Северном Рейне – Вестфалии, которой и посвящен данный пример из практики. В целом модель ЭМК внедрили лишь 26 из 396 муниципалитетов в Северном Рейне – Вестфалии, причем четыре из них вернулись к модели ВЗ по истечении примерно одного года. Таким образом, на сегодняшний день модель ЭМК внедрена в 22 муниципалитетах.

РИСУНОК 3. ВНЕДРЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ЭМК И ВЗ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ЗЕМЛИ СЕВЕРНЫЙ РЕЙН – ВЕСТФАЛИЯ, ГЕРМАНИЯ, ФЕВРАЛЬ 2018 Г.



Источник: иллюстрация авторов на основе данных с gadm.org

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП: ОЦЕНКА

Несмотря на то, что все органы местной власти сталкиваются с примерно одинаковыми проблемами, применительно к практической реализации и организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев наблюдается значительная неоднородность ситуации между муниципалитетами. Анализ стенограмм интервью показал, что бинарность при выборе модели доступа (ЭМК или ВЗ) не всегда соответствует реальности, поскольку муниципалитеты предлагают собственные решения по организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев, выходящие за рамки двух указанных моделей и во многих случаях являющиеся уникальными. Такая неоднородность существовала и до разработки модели ЭМК и повлияла на выбор муниципалитетами модели ЭМК или на желание сохранить модель ВЗ. Объем усилий, необходимых для перехода к модели ЭМК, определялся тем, какова была уже существовавшая структура организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев.

Основным аргументом за или против внедрения модели ЭМК послужили соображения относительно сопутствующих расходов и экономической эффективности, соответственно. В частности, административные расходы в рамках соглашений с компаниями обязательного медицинского страхования по модели ЭМК, по расчетам, были существенно выше, чем при использовании модели ВЗ. Однако муниципалитеты сообщили о значительном снижении объемов административной работы после успешного перехода от модели ВЗ к модели ЭМК.

Муниципалитеты, внедрившие модель ЭМК, сообщили о существенном увеличении объемов работы в ходе внедрения. Данные новоприбывших беженцев и тех, кто некоторое время (но не более 15 месяцев) проживал в данных сообществах, необходимо было ввести в систему электронной обработки данных. Для ввода в действие карточки электронного здравоохранения требовалась актуальная паспортная фотография беженца, что в некоторых случаях было сложно осуществить. Эта изначально казавшаяся незначительной проблема в конечном итоге спровоцировала большие сложности для муниципалитетов.

Решающим фактором для успешного внедрения стало наличие тесного взаимодействия и прямого контакта между органами социального обеспечения и ответственной компанией медицинского страхования. Для этого потребовалось назначение постоянно действующих контактных лиц и обеспечение эффективного обмена информацией.

Муниципалитеты, внедрившие модель ЭМК и включенные в данный пример из практики, сообщают о положительном эффекте от внедрения модели ЭМК, а именно об уменьшении нагрузки на работников социальных служб и сокращении расходов. Кроме того, к большому облегчению муниципалитетов решение о предоставлении услуг здравоохранения принимается компанией медицинского страхования. Напротив, сотрудники тех муниципалитетов, где модель ЭМК не внедрена, относятся к этим результатам скептически. Большинство из них не верят, что модель ЭМК способна облегчить их работу или привести к сокращению издержек. Вместо этого, как они полагают, модель ЭМК лишит их контроля над услугами, предоставляемыми беженцам, и приведет к увеличению расходов.

Опрошенные социальные работники сообщали о недискриминационном доступе к услугам здравоохранения (особенно к услугам первичной медико-санитарной помощи) как о преимуществе модели ЭМК, поскольку карточки электронного здравоохранения выглядят и работают так же, как и карточки страхования, имеющиеся у всех пользователей системы обязательного медицинского страхования в Германии. В то же время опрошенные подчеркивали, что прямой доступ к системе здравоохранения посредством карточки электронного здравоохранения, избавляющей от необходимости обращаться в местный отдел социального обеспечения, не приводит к устранению таких существенных преград, как дискриминационные практики записи на прием и существующая неопределенность в отношении того, куда обращаться за помощью. Языковой барьер на пути к услугам здравоохранения также сохраняется независимо от модели.

Социальные работники, опрошенные в муниципалитетах, видят свою роль в первую очередь в том, чтобы способствовать удовлетворению потребностей и защите прав беженцев. Если беженцам требуется поддержка в вопросах, связанных с системой здравоохранения, в первую очередь обычно обращаются именно к социальным работникам. Система здравоохранения является для беженцев новой и может значительно отличаться от того, с чем они уже знакомы. Социальные работники сообщали о наблюдающейся среди беженцев значительной неуверенности в том, какие услуги здравоохранения имеются в наличии и каковы их права и возможности доступа. С точки зрения социальных работников, отсутствие каких-либо рекомендаций в этом отношении может приводить к неиспользованию услуг, вне зависимости от модели доступа. Таким образом, местная инфраструктура поддержки на уровне муниципалитетов играет важную роль в обеспечении доступа

к услугам здравоохранения для беженцев. Для гарантированного обеспечения легкого доступа к услугам здравоохранения необходима тесная связь между социальными службами, социальными работниками и врачами (или иными поставщиками услуг). В частности, повышению качества помощи беженцам может способствовать эффективное взаимодействие между отделами социального обеспечения и поставщиками услуг.

Кроме того, опрошенные отмечали, что важной проблемой является финансирование работы и наличие переводчиков. При отсутствии переводчика обращение за лечением зачастую оказывается невозможным. Это затрудняет доступ к необходимой медицинской помощи как во внедривших, так и в не внедривших карточки электронного здравоохранения сообществах. Кроме того, ограничения нормативно-правового порядка (в соответствии с разделами 4 и 6 Закона о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища) также были указаны в числе факторов, вызывающих сомнения у всех участников – и врачей, и социальных работников, и беженцев. Многие опрошенные, таким образом, высказывались за равные права и равный доступ к услугам системы здравоохранения, независимо от того, насколько долго человек проживает в Германии.

ВЫВОДЫ

Доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи зависит не только от местной модели доступа, но также и от деталей ее внедрения. Неоднородность обеих моделей доступа и местных решений, таким образом, выходит за рамки бинарного варианта (модель ЭМК или модель ВЗ). Нежелание муниципалитетов внедрять модель ЭМК может отчасти объясняться обеспокоенностью по поводу дополнительных расходов и неуверенностью в реальном улучшении ситуации с доступом к услугам здравоохранения при внедрении карточки электронного здравоохранения. С учетом того, что воздействие той или иной модели на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев не подвергалось тщательному изучению, разные муниципалитеты продолжают подчеркивать преимущества применяемой на местном уровне модели ЭМК или ВЗ. В настоящее время ведутся исследования, учитывающие точку зрения беженцев на то, как наилучшим образом организовать их доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи, а также проводится анализ данных об обращениях.

Настоящий пример из практики имеет свои ограничения. Во-первых, применялся качественный изыскательский подход с использованием небольшого числа интервью. По этой причине исследование не может считаться репрезентативным. Во-вторых, нельзя исключить систематическую ошибку отбора, поскольку велика вероятность того, что в исследовании охотнее принимали участие муниципалитеты, удовлетворенные используемой ими моделью доступа.

Наконец, ни одна из внедряемых моделей доступа не может компенсировать существующие юридические ограничения прав на получение услуг здравоохранения, с которыми сталкиваются беженцы в Германии. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи является одной из долгосрочных целей, для достижения которой требуется политическая воля к изменению существующей политики. Муниципалитеты могут организовать доступ к услугам здравоохранения исключительно в соответствии с федеральным и национальным законодательством.

Этот пример из практики посвящен воздействию вмешательства в области политики на доступ к услугам здравоохранения для беженцев. Во-первых, при выборе модели доступа муниципалитеты в первую очередь ориентируются на анализ соответствующих издержек. Таким образом, национальная и федеральная политика призвана гарантировать, что расходы на здравоохранение не станут для муниципалитетов непосильным бременем, независимо от внедряемой модели. Во-вторых, ключом к успешному внедрению является тесное сотрудничество между органами социального обеспечения и соответствующей компанией медицинского страхования. В-третьих, коллективный опыт муниципалитетов, где уже внедрена модель ЭМК, может помочь при смене модели доступа в других муниципалитетах. Наконец, опрошенные призывают к отмене ограничений в рамках Закона о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища, с целью облегчить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев.

Выражение признательности: отсутствует.

Источники финансирования: исследование финансируется Министерством культуры и науки федеральной земли Северный Рейн-Вестфалия.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

- Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union- A comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 2006;16(3):285–9. doi: 10.1093/eurpub/cki191.
- Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Glob Soc Policy*. 2016;16(3):321–4. doi: 10.1177/1468018116655267.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken [Qualitative analysis: basics and techniques]*. Weinheim and Basel: Beltz; 2015.
- Institute of Medicine. (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington (DC): National Academy Press; 1988. doi: 10.17226/1091. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218>).
- Kolip P. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung: zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung [Evaluation, evidence base and quality development: key challenges for disease prevention and health promotion]. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006;1(4):234–9.
- Rosenbrock R. *Public Health als soziale Innovation [Public health as a means of social innovation]*. *Gesundheitswes*. 1995;57:140–4.
- Алма-Атинская декларация, 1978 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1978 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata-1978>).
- Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One*. 2018;13(5):1–11 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881>).
- Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):502. doi: 10.1186/s12913-015-1156-x.
- Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*. [Health of children and adolescents from families with uncertain residential status compared to children with or without a migrant background: Evaluation of KiGGS data 2003–06]. 2016;59(5):627–35.
- Weising U. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer “Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund”. [Statement of the Central Commission for the Safeguarding of Ethical Principles in Medicine and its Adjacent Areas (Central Ethics Commission) at the German Medical Association: “Healthcare for patients with a migrant background that do not have regular health insurance coverage “]. *Dtsch Arztebl*. 2013;110(18):A899–903.
- Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? [How do asylum-seekers experience the access to healthcare?]. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*. 2017;60(4):462–70.
- Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483. doi: 10.1371/journal.pone.0131483.
- Claassen K. Impact of the introduction of the electronic health insurance card on the use of medical services by asylum seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5):E856. doi: 10.3390/ijerph15050856.
- Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Anlage 1. [Framework Agreement on Health Coverage for Exempts in return for Reimbursement of Costs pursuant to Section 264 para. 1 of the Social Security Code in conjunction with Sections 1 and 1a of the Asylum Seeker Benefits Act in North Rhine-Westphalia. Appendix 1]. Düsseldorf: Ministry of Labour, Health and Social Affairs of North Rhine-Westphalia; 2015. ■

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 10 декабря 2018 г.