



BB-PL  
INTERREG V A  
2014-2020



EUROPÄISCHE UNION  
Europäischer Fonds für  
Regionale Entwicklung

**EUROREGION**  
SPREE-NEISSE-BOBER  
SPREWA-NYSA-BÓBR



„Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen/  
Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony”



## OPIS SYTUACJI

# Potencjał i przeszkody dla współpracy transgranicznej w sektorze zdrowia

w ramach programu współpracy INTERREG V A  
Brandenburgia-Lubuskie na przykładzie Euroregionu Spree-Neiße-  
Bober / Sprewa-Nysa-Bóbr w ramach projektów DIALOG i DIALOG 2.0

Przygotowany przez Enrico Triebel, Polsko-Niemieckie Stowarzyszenie Zdrowia i Spraw Socjalnych e.V.  
oraz zespół Euroregionu

# TITELSEITE

**Biuro w Niemczech – Büro in  
Deutschland**

**Euroregion Spree-Neiße-Bober e.V.**

Berliner Straße 7, 03172 Guben

Tel.: +49 3561 3133

Fax: +49 3561 3171

[info@euroregion-snb.de](mailto:info@euroregion-snb.de)

[www.euroregion-snb.de](http://www.euroregion-snb.de)



**Biuro w Polsce – Büro in Polen**

**Stowarzyszenie Gmin RP**

**Euroregion "Spree - Nysa - Bóbr"**

ul. Piastowska 18, 66-620 Gubin

Tel./Fax: +48 68 455 80 50

[info@euroregion-snb.pl](mailto:info@euroregion-snb.pl)

[www.euroregion-snb.pl](http://www.euroregion-snb.pl)



Unia Europejska  
Europejski Fundusz  
Rozwoju Regionalnego  
Europäische Union  
Europäischer Fonds  
Für regionale Entwicklung



BB-PL  
INTERREG V A  
2014-2020

**Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony  
Barrieren reduzieren – gemeinsame Stärken nutzen**

## Spis treści:

1.	Wprowadzenie	4
2.	Tło zagadnienia, sytuacja wyjściowa i cele	4
3.	Prawne warunki ramowe	6
3.1	Sytuacja prawna obywateli niemieckich w Polsce	7
3.2	Sytuacja prawna obywateli polskich w Niemczech	8
4.	Porównanie systemów opieki zdrowotnej w Polsce i Niemczech oraz realizujących je podmiotów w wielopoziomowych systemach obu krajów	9
4.1.	System opieki zdrowotnej w Niemczech	10
4.2.	System opieki zdrowotnej w Polsce	12
4.3	Transgraniczna współpraca szpitali/Zwrot kosztów leczenia za granicą	15
5.	Opieka medyczna w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr	16
5.1	Opieka medyczna w szpitalach poza Euroregionem	17
5.2.	Opieka medyczna w niemieckiej części Euroregionu	19
5.2.1.	Cottbus/Chósebus	19
5.2.2.	Powiat Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa	19
5.3.	Opieka medyczna w polskiej części Euroregionu	19
5.4	Placówki kształcenia pracowników medycznych i socjalnych	20
5.4.1	Placówki kształcenia w niemieckiej części Euroregionu	20
5.4.2	Placówki kształcenia w polskiej części Euroregionu	21
5.5	Placówki pomocy społecznej	23
5.6.	Opieka medyczna w nagłych przypadkach w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr	25
5.6.1.	Charakterystyka ratownictwa medycznego w nagłych przypadkach w Niemczech	25
5.6.2.	Charakterystyka ratownictwa medycznego w nagłych przypadkach w Polsce	26
5.6.3.	Transgraniczne ratownictwo medyczne	26
6.	Prewencja zdrowotna	30
7.	Przykłady najlepszych praktyk	32
7.1.	Euroregion Maas – Rhein (EMR)	33
7.2.	Region Dolna Austria-Czechy/Słowacja Projekt „Healthcare” Gmünd	34
7.3.	Region Ems Dollart (EDR)	35
7.4.	Wizyta studyjna w Kehl/Strasburgu, Wissembourgu i Völklingen	35
7.5.	Niemiecko-szwajcarski region przygraniczny	36
7.6.	Hiszpańsko-francuski region przygraniczny	37
7.7	Wizyta studyjna w regionie Bozen (Tyrol Południowy)	37
8.	Podsumowanie	41
8.1	Przegląd potencjałów i przeszkód	41
8.2	Zalecane działania	43
9.	Aktualny wpływ pandemii koronawirusa na obszar przygraniczny	44
9.1.	Podsumowanie okresu marzec-czerwiec 2020	44
9.2	Potencjały i przeszkody	45
9.3	Zalecane działania	45
10.	Spis źródeł internetowych	47
	Załącznik nr 1: szpitale ogólne i specjalistyczne w Polsce i w Niemczech	48
	Załącznik nr 2: Domy Opieki i Domy Seniora w Polsce i w Niemczech	49

## **1. Wprowadzenie**

Sytuacja i rozwój demograficzny oraz deficyty strukturalne w regionie przygranicznym są po obu stronach Nysy podobne. Aby zachować w przyszłości możliwość wpływania na rozwój regionu, należy stworzyć wydolną strukturę podstawowej opieki medycznej.

Dzięki transgranicznej współpracy z partnerami bezpośrednio na granicy powinno się osiągnąć wysoki poziom świadczeń medycznych, także specjalistycznych. W tym celu osoby i instytucje działające w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr muszą zaznajomić się ze **strukturą opieki medycznej, podstawami prawnymi, podstawową strukturą systemu opieki zdrowotnej w Polsce i Niemczech oraz potencjałami i koniecznymi działaniami.**

Jeden z ważnych aspektów stanowi zagadnienie transgranicznego ratownictwa medycznego. W tej dziedzinie istnieje pilna konieczność wspólnego działania dla pacjentów po obu stronach granicy. Dnia 30 sierpnia 2021 r. została podpisana umowa o współpracy w zakresie transgranicznej naziemnej służby ratowniczej pomiędzy krajem związkowym Brandenburgia a województwem lubuskim. Praktyczną realizację porozumienia monitoruje stale Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr.

Niniejsze opracowanie stanowi konkretny wynik projektu „DIALOG”, który został dofinansowany z programu współpracy INTERREG VA Brandenburgia – Polska 2014 – 2020 i jest realizowany wspólnie przez Euroregiony Pro Europa Viadrina i Sprewa-Nysa-Bóbr. W ten sposób powstało praktyczne kompendium wiedzy do wykorzystania w codziennej pracy. W ramach kontynuacji projektu DIALOG 2.0, który był realizowany w latach 2020-2023 doszło do aktualizacji tematów takich jak profilaktyka i opieka pielęgnacyjna.

Zwracamy uwagę na fakt, że niektóre aspekty nie zostały w niniejszym opracowaniu uwzględnione ze względu na ich wielkość, liczbę czy różnorodność. Analizie nie poddano na przykład przychodni lekarskich, które stanowią przedmiot odrębnego projektu realizowanego przez Fundację im. Naemi Wilke (niem. Naemi-Wilke-Stift) Guben.<sup>1</sup> Nie wyszczególniono również świadczeń ambulatoryjnych i aptek. Również placówki pomocy dla seniorów nie zostały opisane w szczegółach (liczba łóżek, specjalizacja itd.). Aktualne informacje dotyczące niemieckiej strony można znaleźć na stronie „nawigator opieki” pod adresem <https://www.pflege-navigator.de>. Jest tu także opcja wyszukiwania przy pomocy kodu pocztowego.

W niniejszym opracowaniu zrezygnowano również z wyszczególnienia szpitali klinicznych odpowiadających standardom naukowym. Szpitale podzielono na szpitale I i II poziomu referencyjnego oraz na szpitale specjalistyczne. Do tego dochodzą – zgodnie z wypowiedziami samych placówek – najważniejsze oddziały szpitalne.

## **2. Tło zagadnienia, sytuacja wyjściowa i cele**

Dofinansowany z INTERREG projekt DIALOG dąży do „zintensyfikowania transgranicznego DIALOGu pomiędzy instytucjami i organizacjami polsko-niemieckiej współpracy w regionie pogranicza Brandenburgia-Lubuskie oraz do wykwalifikowania, uwrażliwienia i doskonalenia

---

<sup>1</sup> Konkretnie chodzi tu o projekt „Zdrowie bez granic”. Dalsze informacje dostępne są pod adresem <http://www.naemi-wilke-stift.de/de/eu-projekte/gesundheit-ohne-grenzen/beschreibung.html>.

zawodowego Polaków i Niemców, którzy w praktyce zajmują się współpracą transgraniczną i dotyczącymi jej tematami “.<sup>2</sup>

Na główny temat fachowy projektu wybrano temat zdrowia, ponieważ regiony przygraniczne – tak jak Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr – stanowią zazwyczaj tereny peryferyjne, w których brak regulacji międzypaństwowych lub regulacje niekompletne w określonych obszarach polityki oddziałują ze zwiększoną siłą.

Ponadto należy skonstatować, że wiedza o różnych strukturach i możliwościach sąsiada w służbie zdrowia nie jest zbyt obszerna. Oprócz tego zawsze istniały i istnieją liczne przeszkody, które utrudniają ściślejszą współpracę, czy to w zakresie uznawania kwalifikacji zawodowych personelu medycznego, czy też finansowania świadczeń. Krótko mówiąc, aktualna sytuacja przedstawia się stosunkowo skomplikowanie.

Istniejące deficyty zostały także poruszone w aktualnym Planie Działania i Rozwoju 2014 – 2020 Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr. Zabezpieczenie potrzeb bytowych zostało tu szczególnie zaakcentowane jako ważny cel w dziedzinie „opieki zdrowotnej “.<sup>3</sup>

Biorąc pod uwagę znaczenie tego tematu Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr zrealizował w roku 2015 projekt dofinansowany z Funduszu Małych Projektów „Wspólne podejmowanie transgranicznych wyzwań w zakresie przemian demograficznych w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr na przykładzie opieki zdrowotnej”. Dzięki temu umożliwionemu przez INTERREG IV A przedsięwzięciu doszło do pierwszej pogłębionej wymiany poglądów pomiędzy podmiotami służby zdrowia i określono obszary nadające się do współpracy w ramach INTERREG V A. Zgłoszone przez wszystkich uczestników sugestie zostały ujęte w krótkim studium projektowym, które jest dostępne dla wszystkich zainteresowanych pod adresem: <http://euroregion-snb.de/192/neisse/downloads>.

Celem projektu DIALOG wzgl. wszystkich działań w ramach podjętego tematu jest zebranie możliwie wielu podmiotów służby zdrowia i wejście z nimi w regularną wymianę informacji. Dzięki różnym formatom spotkań, takim jak posiedzenia grup roboczych, warsztaty, konferencje czy podróże studyjne, zostanie podjęta obszerna wymiana doświadczeń zmierzająca do rozwiązania najpilniejszych problemów. Ponadto różni eksperci mają tu możliwość przedstawienia swoich analiz.

Opis aktualnego stanu zawiera dlatego streszczenie informacji wniesionych przez zaangażowane podmioty i ustalonych przez nie koniecznych działań.

Poprzez dokładny monitoring tematu transgranicznej opieki zdrowotnej Euroregion chciałby wnieść swój mały wkład i – obok wyżej wymienionych treści – przedstawić dodatkowo pierwsze propozycje rozwiązań. Tym samym opracowanie to ma służyć z jednej strony obywatelom i obywatelkom i instytucjom na miejscu, a z drugiej strony skierowane jest jednak także do osób odpowiedzialnych na poziomie regionu/landu czy też Federacji/państwa, aby choć w średniej perspektywie czasowej pozyskać zaangażowanych partnerów do dalszych postępów, które ułatwią ewentualne kooperacje w tej ważnej tematyce.

---

<sup>2</sup> Dalsze informacje o projekcie DIALOG znajdują się pod <http://euroregion-snb.de/176/neisse/dialog> oraz [www.euroregion-snb.pl](http://www.euroregion-snb.pl).

<sup>3</sup> Plan Działania i Rozwoju znajduje się pod <http://euroregion-snb.de/files/15/entwicklungs-und-handelskonzept.pdf> oraz [www.euroregion-snb.pl](http://www.euroregion-snb.pl).



### **3. Prawne warunki ramowe**

Od 1 maja 2011 roku obowiązuje pełna swoboda przepływu pracowników z takich krajów członkowskich UE jak Estonia, Łotwa, Litwa i Polska. Polscy pracownicy mają tym samym wolny dostęp do niemieckiego rynku pracy i podlegają w konsekwencji, z nielicznymi wyjątkami, niemieckiemu prawu o ubezpieczeniach społecznych, co oznacza, że także w przypadku miejsca zamieszkania w Polsce składki na ubezpieczenia odprowadzane są w Niemczech.

Problematycznym w tych przypadkach jest często fakt, że pracownikom brakuje znajomości języka niemieckiego, zatrudnienie odbywa się w zmiennych warunkach pracy przy minimalnym wynagrodzeniu (lub poniżej tego wynagrodzenia) i pracownicy często nie mają żadnej znajomości niemieckiego systemu ubezpieczeń społecznych.

Aktualnie obowiązują następujące **regulacje opieki medycznej na terenie Wspólnoty Europejskiej dla pracowników przygranicznych**:

- Rozporządzenie (WE) nr 883/04 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
- Rozporządzenie (WE) nr 987/09 dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/04 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
- Dyrektywa UE w sprawie stosowania praw pacjentów z 25.10.2013 r.

Na tej podstawie **Polacy** pracujący w Niemczech mają prawo do wszystkich świadczeń w zakresie obowiązkowego (ustawowego) ubezpieczenia zdrowotnego (GKV) w Niemczech. Ubezpieczony z **Niemiec** otrzymuje natomiast po okazaniu Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ bezpłatnie podstawowe świadczenia medyczne w Polsce, o ile są one realizowane przez lekarza, który podpisał umowę z NFZ (patrz także punkt 3.1.). Od roku 2004 w Kodeksie Socjalnym (SGB) zawarte są następujące **regulacje w sprawie planowego korzystania ze świadczeń medycznych na terenie Wspólnoty Europejskiej**:

- Postępowanie w sprawie zwrotu wydatków zgodnie z §13 ust. 4-6 SGB V
- Umowy ze świadczeniodawcami zgodnie z §140e SGB V

Zgodnie z nimi przysługuje prawo do wszystkich świadczeń tak jak w Niemczech, ewentualnie z wyjątkiem leczenia szpitalnego. Prawa do świadczeń są od 25.10.2013 r. zgodne z Dyrektywą UE w sprawie stosowania praw pacjentów.

Ponadto Dyrektywa 2011/24/EU Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 marca 2011 r.<sup>4</sup> w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej gwarantuje opiekę w poszczególnych krajach członkowskich. Istotna regulacja zawarta jest w art. 3 lit. g.

Do celów niniejszej dyrektywy zastosowanie mają następujące definicje:

g) „świadczeniodawca” oznacza każdą osobę fizyczną lub prawną lub inną jednostkę organizacyjną legalnie świadczącą opiekę zdrowotną na terenie państwa członkowskiego; Gdyby dyrektywa UE w sprawie stosowania praw pacjentów została w całości implementowana do Kodeksu Socjalnego (SGB), to *definicja uprawnionych do zwrotu kosztów usługodawców musiałaby zostać rozszerzona*

---

<sup>4</sup> Dyrektywa 2011/24/EU – nazywana także dyrektywą o prawach pacjenta – zasadniczo transponuje ustalone w wielu wyrokach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości zasady dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej w obrębie Unii Europejskiej. Dyrektywa 2011/24/EU zawiera także regulacje dotyczące transgranicznego uznania recept wystawionych w innym państwie członkowskim. Regulacje te będą jeszcze bardziej skonkretyzowane poprzez dyrektywę wykonawczą 2012/52/EU. Zob. także <http://www.eu-patienten.de/de/rechtsquellen/rechtsquellen.jsp> (dostęp 14.02.2018).

*także na podmioty, które nie zawarły umów z zagranicznymi ubezpieczycielami. Dyrektywa UE implementowana częściowo rodzi pełne skutki prawne po upływie wyznaczonego terminu (tu 25.10.2013 r.).*

*Zgodnie z powyższym §13 ust. 4 zdanie 2 SGB V zawiera szerszą definicję świadczeniodawcy, co zostało z brzożenia ustawy przeniesione na §140e SGB V.*

### **3.1. Sytuacja prawna obywateli niemieckich w Polsce**

Obywatele niemieccy, którzy chcą poddać się leczeniu w Polsce, mają możliwość otrzymania zwrotu kosztów wg §13 ust. 4-6 SGB V.

#### §13 ust. 4 Kodeksu Socjalnego V

Ubezpieczeni mają prawo do skorzystania na zasadzie zwrotu kosztów z leczenia przez świadczeniodawców w innych państwach Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego zamiast korzystać ze świadczeń rzeczowych i leczenia w kraju, chyba, że leczenie takie jest rozliczane w innym państwie dla danego kręgu osób w formie ryczałtu lub na podstawie uzgodnionej rezygnacji ze zwrotu, zwrotowi temu nie podlegają. Można korzystać jedynie z usług świadczeniodawców, dla których warunki dostępu do zawodu i jego wykonywania są przedmiotem dyrektywy Unii Europejskiej lub którzy są w systemie ubezpieczeń zdrowotnych danego państwa uprawnieni do zapewnienia ubezpieczonym opieki zdrowotnej.

Ważne w tym kontekście jest, żeby prawo do zwrotu przysługiwało jedynie maksymalnie do wysokości kosztów, jakie poniosłaby kasa chorych w przypadku realizacji świadczenia w kraju. Tryb zwrotu kosztów powinien być uregulowany statutem, który powinien zawierać odpowiednie odpisy od kwoty zwrotu na koszty administracyjne i brakujące kontrole gospodarności oraz na przewidziane dopłaty. Jeśli leczenie danej choroby na ogólnie uznanym poziomie wiedzy medycznej jest możliwe tylko w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, kasa chorych może przejąć koszty wymaganego leczenia również w całości.

Prawo do zwrotu istnieje w stosunku do wszystkich świadczeń, tak jak w Niemczech, ewentualnie z wyłączeniem leczenia szpitalnego. Prawa do świadczeń zgodne są z dyrektywą UE w sprawie stosowania praw pacjentów 2011/24.

#### Umowy ze świadczeniodawcami zgodnie z §140e SGB V

Przedmiotem §140e SGB V są umowy ze świadczeniodawcami z terenu Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Kasy Chorych mogą w celu zapewnienia opieki swoim ubezpieczonym zawierać umowy zgodnie z Rozdziałem Trzecim i odpowiednimi przepisami wykonawczymi zawierać umowy ze świadczeniodawcami zgodnie z §13 ust. 4 zdanie 2 z obszaru Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Prawo to dotyczy wszystkich świadczeń, tak jak w Niemczech, ewentualnie z wyłączeniem leczenia szpitalnego. Prawa do świadczeń zgodne są z dyrektywą UE w sprawie stosowania praw pacjentów od dnia 25.10.2013 r.



### **3.2. Sytuacja prawna obywateli polskich w Niemczech**

W podobnej sytuacji prawnej znajdują się obywatele polscy, którzy poddają się leczeniu w Niemczech.

Wymieniona wyżej dyrektywa 2011/24/EU Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej została 10 października 2014 r. implementowana do polskiego systemu prawnego ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1491). Tym samym polscy obywatele mają analogicznie do dyspozycji wyżej wymienione świadczenia w Niemczech.

Na podstawie tej dyrektywy i jej implementacji Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wydał 2 informatory o możliwościach leczenia polskich obywateli za granicą.

- Koordynacja a Dyrektywa – podobieństwa i różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym<sup>5</sup>
- Przewodnik po leczeniu planowanym za granicą
- W polskim prawie pod pojęciem koordynacji rozumie się przy tym zbiór przepisów, które służą realizacji i implementacji norm europejskich w obszarze opieki zdrowotnej.
- W celu otrzymania świadczeń według przepisów europejskich polscy obywatele muszą uzyskać odpowiednie dokumenty. Są to przede wszystkim:
- S1 (E 106, E109, E120, E121): Ten dokument służy zasadniczo leczeniu w innym kraju niż kraj pochodzenia, w szczególności w nagłych przypadkach
- S2 (E112): Ten dokument jest konieczny do planowanego leczenia w innym kraju członkowskim UE
- S3: Ten dokument jest dla osób, które pracowały za granicą i tam poddały się leczeniu.

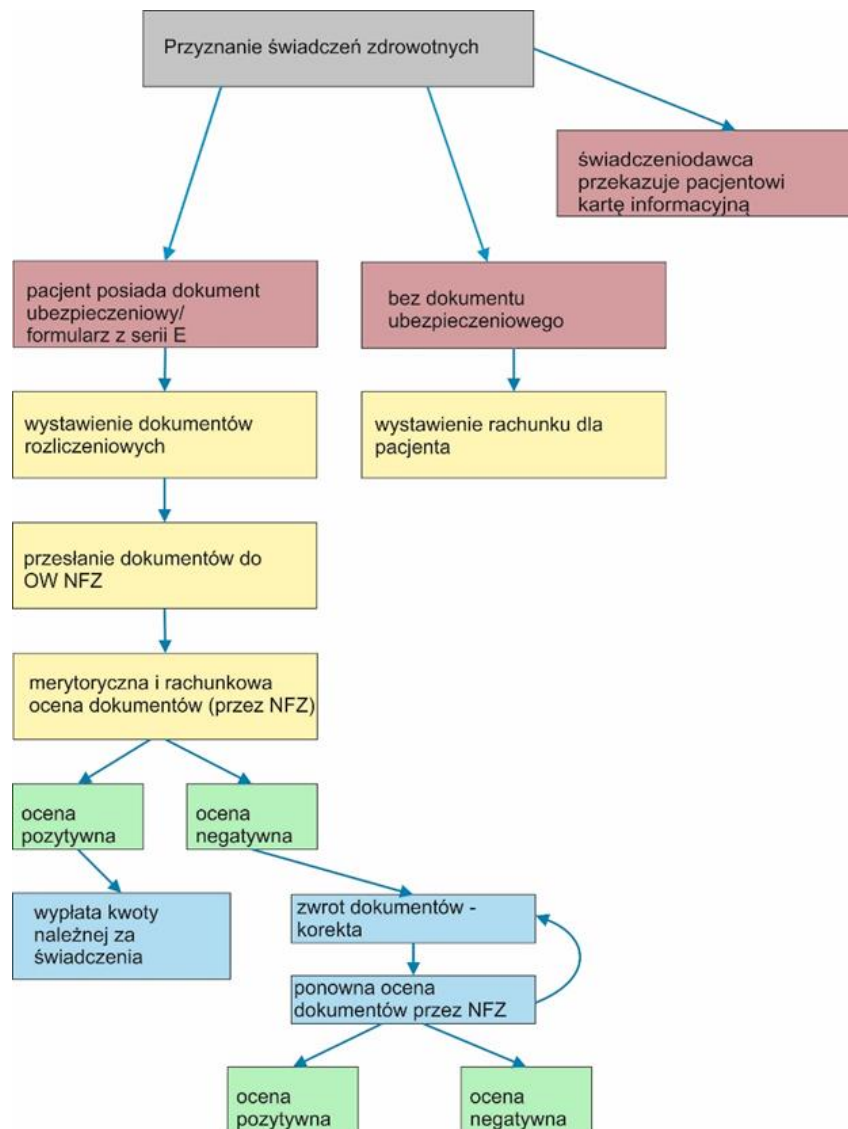
W przypadku wszystkich formularzy obowiązuje zasada, że muszą one zostać **przed** pobytem za granicą złożone i zarejestrowane. Pacjent składa w tym celu odpowiedni wniosek w wojewódzkim oddziale NFZ, który wydaje decyzję<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> [http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/Koordynacja-a-dyrektywa\\_net.pdf](http://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2016/03/Koordynacja-a-dyrektywa_net.pdf)

<sup>6</sup> Wnioski można pobrać ze strony: <http://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-planowane-wymagajace-uprzedniej-zgody>

**Ilustracja nr 1 – uproszczony schemat wydania zgody**



#### **4. Porównanie systemów opieki zdrowotnej w Polsce i Niemczech oraz realizujących je podmiotów w wielopoziomowych systemach obu krajów**

Systemy opieki zdrowotnej w Niemczech i w Polsce zapewniają wszelką opiekę medyczną nad obywatelami wykazując przy tym podobieństwa, ale również wiele różnic.

Zarówno w Niemczech jak i w Polsce ubezpieczenie zdrowotne opiera się na tak zwanym systemie „bismarckowskim”, tzn. ubezpieczenie jest finansowane ze składek ubezpieczonych i ich pracodawców. Występują tu jednak różne odmiany: regionalne wzgl. centralne ubezpieczenie jednolite (np. we Francji, **Polsce** i Czechach), zakładowe wzgl. zawodowe i regionalne ubezpieczenie obowiązkowe (np. w Belgii, Japonii, Austrii), system mieszany z wolnym wyborem kasy chorych i walką konkurencyjną pomiędzy kasami (w **Niemczech**, Holandii i Szwajcarii).

#### 4.1. System opieki zdrowotnej w Niemczech

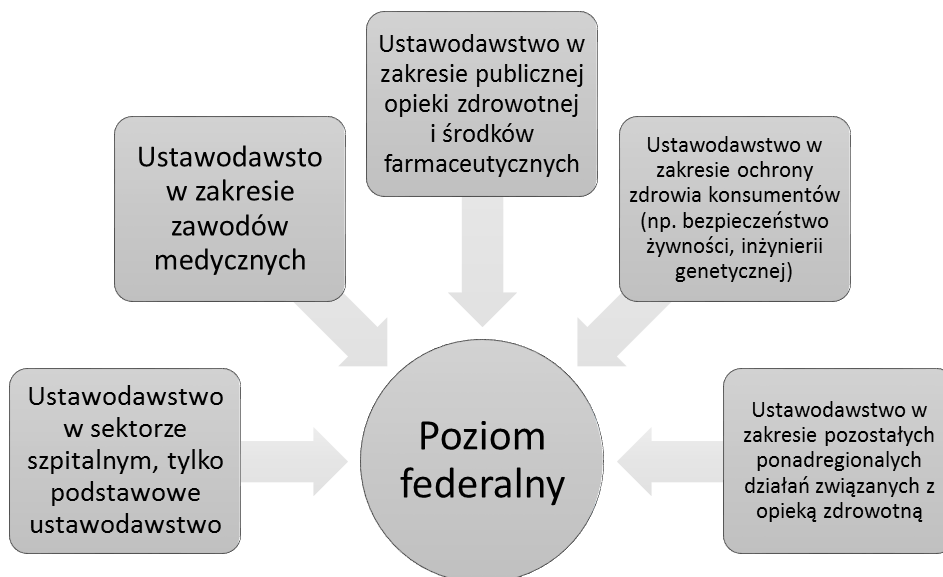
W Niemczech obowiązuje dualny system zdrowotnych ubezpieczeń prywatnych (PKV) i ustawowych (GKV). Ustawodawca scedował przy tym na wspólny samorząd ważne zadania (przede wszystkim określenie katalogu świadczeń GKV), które w innych krajach europejskich realizowane są przez instytucje rządowe.

Wprawdzie państwo ustala istotne warunki ramowe opieki medycznej, ale konkretną formę, organizację i finansowanie poszczególnych świadczeń medycznych wyznaczają ustawowo określone instytucje samorządu. Zadanie to realizowane jest przez przedstawicieli lekarzy i stomatologów, psychoterapeutów, szpitali, kas chorych i ubezpieczonych wspólnie i we własnym imieniu. Najwyższym organem samorządu w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest Wspólna Komisja Federalna.

Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne jest systemem solidarnościowym, w którym wszyscy ubezpieczeni niezależnie od swojego wieku i stanu zdrowia płacą różne składki wg tej samej stawki (aktualnie – stan na 08/2019 - 14,6 % + indywidualna składka dodatkowa wybranej kasy chorych), otrzymując, jednakże w ok. 95% takie same świadczenia. Od 01.01.2019 składki są ponownie pokrywane parytetowo przez pracodawców i pracobiorców. W prywatnym ubezpieczeniu zdrowotnym składki obliczane są w zależności od stanu zdrowia członka danej kasy chorych, niezależnie od dochodów.

Politykę zdrowotną na **poziomie federalnym** kształtuje Federalne Ministerstwo Zdrowia (BMG). Przygotowuje ono między innymi ustawy i opracowuje przepisy administracyjne, które wyznaczają ramę prawną dla działań samorządu w opiece zdrowotnej.

*Ilustracja nr 2: Poziom federalny*



Istotną rolę w obszarze opieki zdrowotnej odgrywają Kasy Chorych. Mają one obowiązek ubezpieczenia obywateli i zadbania o to, aby otrzymali oni świadczenia medyczne. W tym celu

zawierają one umowy z szeregiem instytucji i organizacji, m.in. ze stowarzyszeniami lekarzy kas chorych i stowarzyszeniami stomatologów kas chorych oraz związkami lekarzy, szpitali i aptekarzy. Federacją wszystkich ustawowych kas chorych na poziomie federalnym jest „GKV-Spitzenverband“.

W Niemczech jest aktualnie 96 ustawowych kas chorych, w których ubezpieczonych jest 71,9 mln osób.

### Poziom krajów związkowych

Kraje związkowe (landy) są odpowiedzialne między innymi za ochronę zdrowia i nadzór nad zawodami medycznymi.

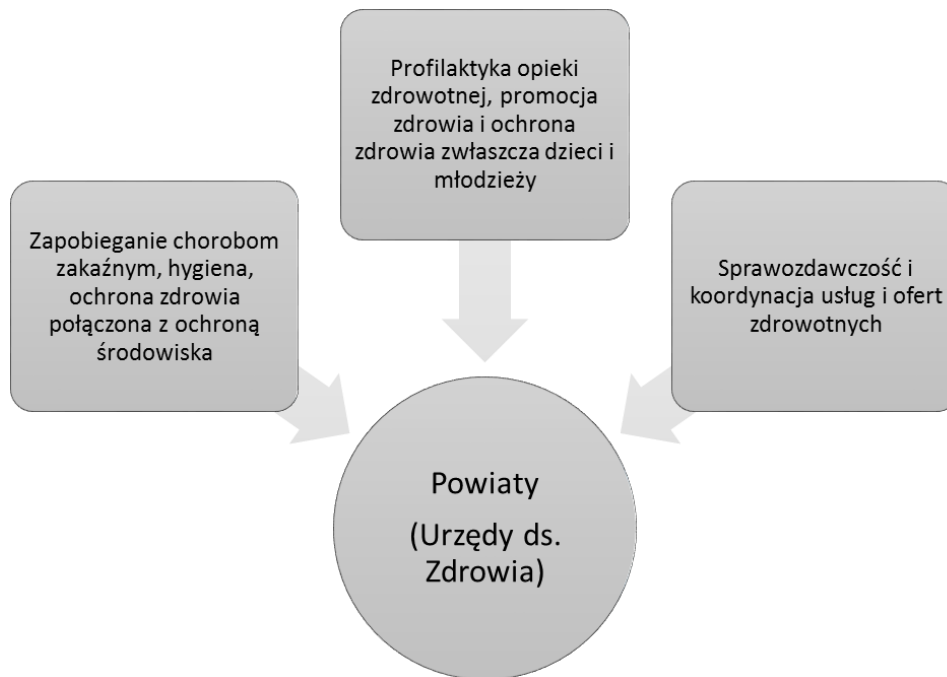
Ponadto kraje związkowe są właściwe do wyznaczenia planu szpitali na poziomie krajów związkowych (czyli landów).

*Ilustracja nr 3: Poziom kraju związkowego*



Powiaty ze swoimi urzędami ds. zdrowia oraz gminy odpowiedzialne są za ochronę sanitarną, profilaktykę zdrowotną i koordynację świadczeń zdrowotnych. Powiaty są ponadto prawie w całym kraju organami prowadzącymi stacje pogotowia ratunkowego. Często uczestniczą też w planowaniu i zabezpieczeniu opieki ambulatoryjnej przez właściwe stowarzyszenia lekarzy kas chorych.

**Ilustracja nr 4: Poziom powiatu**



#### **4.2. System opieki zdrowotnej w Polsce**

Również w Polsce podmioty opieki zdrowotnej działają na poziomie państwa oraz na poziomie regionalnym i lokalnym (jednostki samorządu terytorialnego).

**Ilustracja nr 5: Podział ogólny**



Polskie Ministerstwo Zdrowia ma przy tym znacznie większe kompetencje niż jego niemiecki odpowiednik – Federalne Ministerstwo Zdrowia (BMG).

**Ilustracja nr 6: Ministerstwo Zdrowia w Polsce**

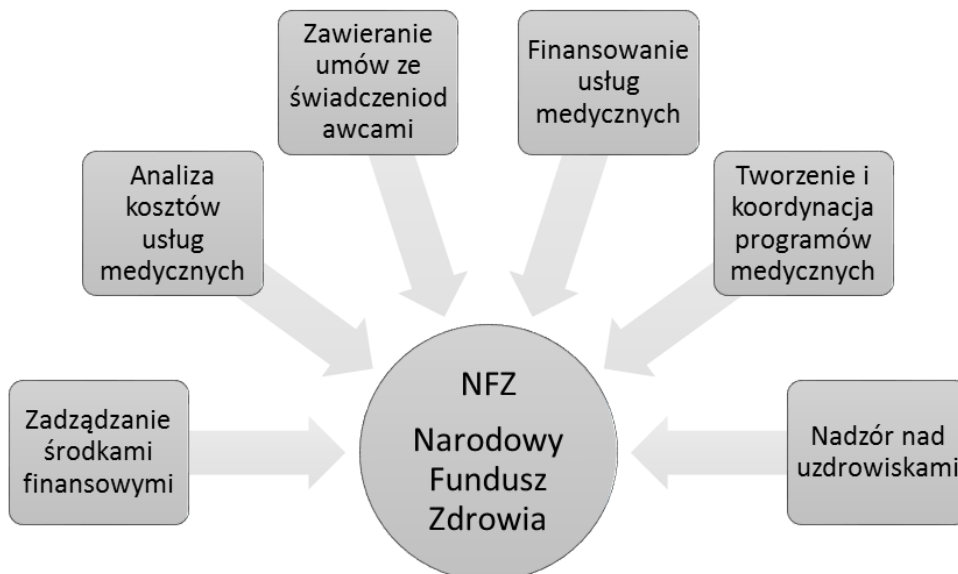


Instytucją właściwą dla zapewnienia opieki medycznej dla świadczeniobiorców jest **Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)**. NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej i refundację leków w ramach przyznanego środków finansowych.

NFZ składa się z:

- Centrali NFZ
- 16 Oddziałów Wojewódzkich NFZ, odpowiadających podziałowi administracyjnemu kraju.

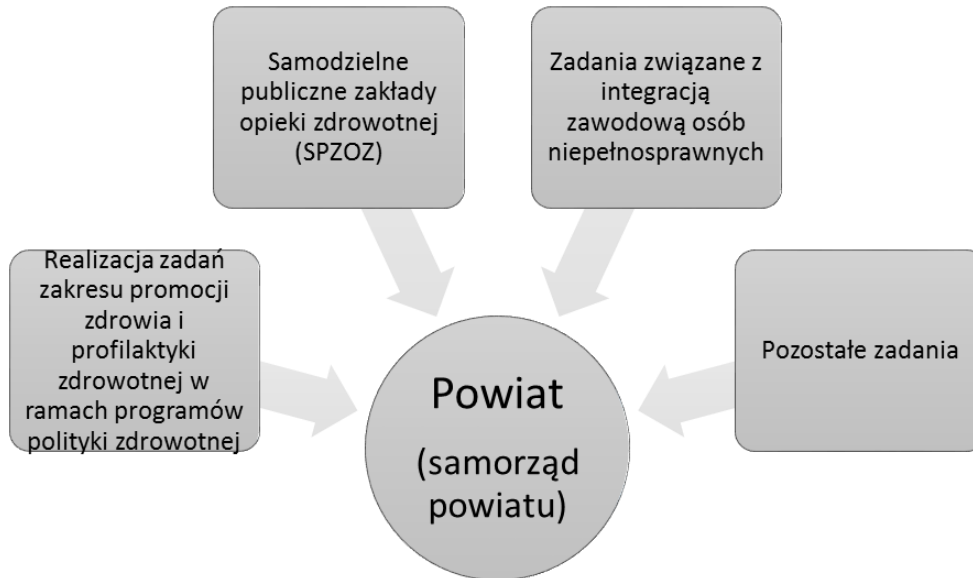
**Ilustracja nr 7: Narodowy Fundusz Zdrowia**





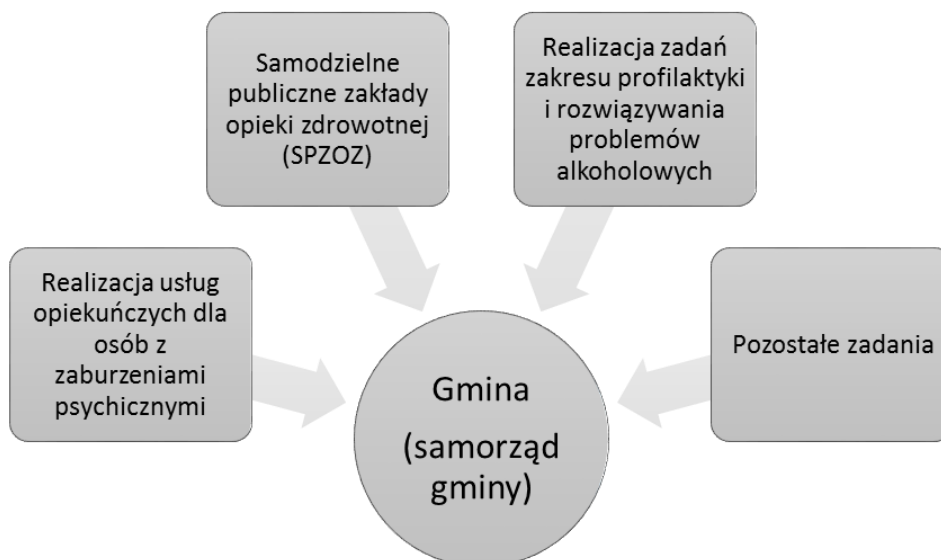
### Ilustracja nr 8: Poziom powiatowy

Powiaty są głównymi organami założycielskimi samodzielnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto realizują zadania promocji zdrowia.



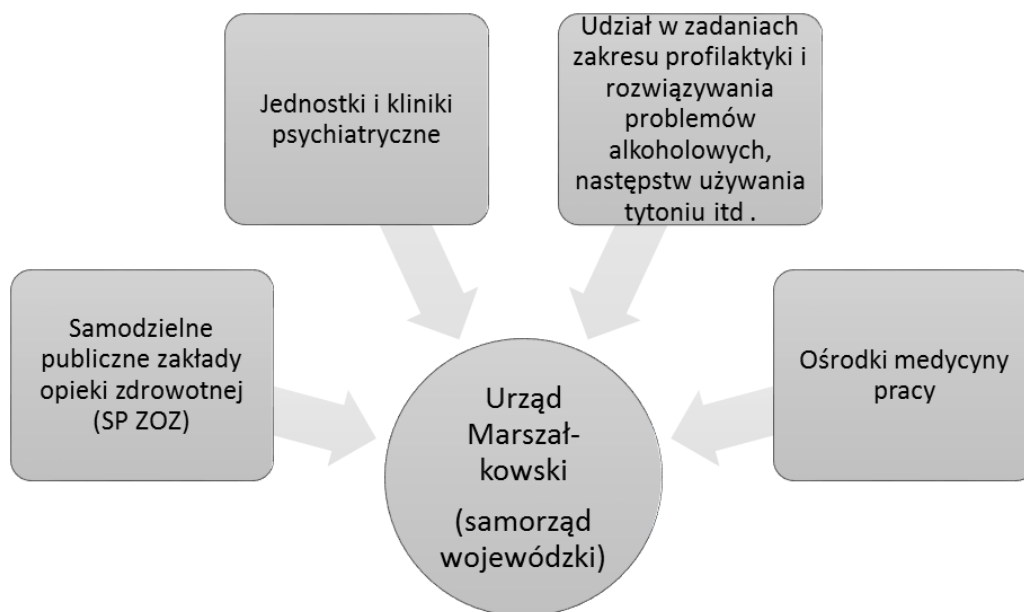
### Ilustracja nr 9: Poziom gminny

Jednostki samorządu terytorialnego również są organami założycielskimi samodzielnych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Ponadto zapewniają one także opiekę nad osobami z zaburzeniami psychiatrycznymi.



Urzędy na poziomie regionalnym (wojewódzkie i marszałkowskie) realizują natomiast tylko nieliczne zadania, ograniczające się do prowadzenia placówek psychiatrycznych i ośrodków medycyny pracy.

**Ilustracja nr 10: Poziom wojewódzki**



#### **4.3 Transgraniczna współpraca szpitali/Zwrot kosztów leczenia za granicą**

Bezpośrednia współpraca pomiędzy zakładami ubezpieczeń zdrowotnych w Niemczech i w Polsce nie istnieje. Wszelkie kwestie związane z rozliczeniami itp. w Niemczech są obsługiwane przez Niemieckie Biuro Łącznikowe ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych za granicą (DVKA). W stowarzyszeniu parasolowym GKV (ustawowe ubezpieczenie zdrowotne) DVKA jest łącznikiem jako europejski i globalny partner dla instytucji zabezpieczenia społecznego<sup>7</sup>. Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie internetowej krajowego punktu kontaktowego ds. transgranicznej opieki zdrowotnej<sup>8</sup>.

Największy zakład ubezpieczeń zdrowotnych w Brandenburgii, AOK Nordost, leczy większość ubezpieczonych w Polsce obywateli i obywaterek. Obecnie prowadzone są dwie kooperacje robocze z firmą Brandmed w Słubicach oraz MEDPOLSKA - Stomatologia, Protetyka i Implantologia, również ze Słubic. W chwili obecnej głębszej współpracy transgranicznej nie ma.

Jak opisano, w Polsce mamy do czynienia z ubezpieczeniem powszechnym, które reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Właściwy punkt kontaktowy ma siedzibę w Warszawie<sup>9</sup>.

W Gorzowie Wielkopolskim utworzono wspólne centrum obsługi (Centrum Usług Wspólnych, CUW) do spraw specjalnych związanych z rozliczaniem usług świadczonych w innych krajach UE.

Tam też 20 pracowników zajmuje się wszystkimi powstałymi sprawami i przekazuje je ostatecznie do Warszawy, gdzie podejmowana jest końcowa decyzja o zwrocie kosztów leczenia. Jednym z zadań CUW jako instytucji właściwej jest przede wszystkim sprawdzanie roszczeń innych państw członkowskich UE/EFTA dotyczących leczenia obywateli polskich poza granicami kraju.

<sup>7</sup> <https://www.dvka.de>

<sup>8</sup> <https://www.eu-patienten.de>

<sup>9</sup> [www.kpk.nfz.gov](http://www.kpk.nfz.gov).

CUW jest jedynym organem w Polsce, do którego firmy ubezpieczeniowe mogą kierować wnioski o zwrot kosztów leczenia polskich pacjentów w innym państwie członkowskim UE/EFTA. Niezależnie od tego odbiorcą rachunku pozostaje biuro łącznikowe NFZ w Warszawie.

## **5. Opieka medyczna w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr**

W zakresie opisu opieki medycznej poczyniono w niniejszym opracowaniu **4 założenia**:

Po pierwsze podział **placówek medycznych** na kategorie zaopatrzenia podstawowego i regularnego, zaopatrzenia głównego oraz szpitale specjalistyczne. Ponadto w opisie ujęto najważniejsze według oceny samych placówek oddziały szpitalne. Po drugie opisano **placówki kształcenia w zawodach medycznych i socjalnych** oraz po trzecie **opiekę nad osobami starszymi w Domach Opieki**. W opisie pominięto, tak jak zostało to już wspomniane, podstawową opiekę medyczną w ramach opieki ambulatoryjnej, natomiast uwzględniono **(transgraniczne) ratownictwo medyczne**.

**Szpitale zaopatrzenia podstawowego** mają na poziomie regionalnym zadanie zapewnienia opieki blisko miejsca zamieszkania pacjentów w przypadku najczęstszych chorób. Z reguły posiadają oddziały medycyny wewnętrznej i chirurgiczne. W większości szpitali prowadzone są też inne oddziały specjalistyczne, które uzupełniają ofertę leczniczą.

**Szpitale zaopatrzenia regularnego** oferują większe spektrum świadczeń i zapewniają opiekę specjalistyczną w subregionach danego obszaru.

**Szpitale zaopatrzenia głównego** mają największą liczbę oddziałów specjalistycznych w regionie i oprócz opieki podstawowej na poziomie regionalnym świadczą opiekę w specjalnościach o niewielkiej liczbie przypadków oraz w chorobach ciężkich i skomplikowanych, które nie mogłyby być leczone w szpitalach innego poziomu zaopatrzenia w danym regionie.

**Szpitale specjalistyczne** koncentrują się na jednej do trzech specjalnościach i mają z reguły charakter ponadregionalny, obejmujący często cały kraj związkowy.

Więcej informacji na temat niemieckich szpitali można znaleźć pod poniższym linkiem: (<https://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013#10.1>)

W Polsce szpitale dzielą się na 3 stopnie referencyjności. Szpitale **I stopnia referencyjności** porównywalne są z niemieckimi szpitalami zaopatrzenia podstawowego. Szpitale **II stopnia referencyjności** są z reguły szpitalami wojewódzkimi i odpowiadają niemieckim szpitalom zaopatrzenia regularnego. Szpitale **III stopnia referencyjności** są jednostkami o wyraźnej specjalizacji, w których prowadzi się badania naukowe i zapewnia opiekę dla pacjentów z całego kraju.

W związku z tym, merytorycznie specyficzne cechy zostały poniżej poruszone tylko w takim zakresie, w jakim są one klasyfikowane przez szpitale jako cechy szczególne.

Konieczny jest jednak przynajmniej krótki przegląd - zarówno ilościowy, jak i jakościowy - odpowiednich możliwości opieki zdrowotnej w obu częściach Euroregionu. Na podstawie tak stworzonej bazy danych, która została opracowana po raz pierwszy na taką skalę, można ostatecznie wyprowadzić możliwe transgraniczne podejścia do współpracy w zakresie opieki zdrowotnej.

W ramach opieki medycznej omówiona zostanie najpierw strona niemiecka Euroregionu, a następnie polska.

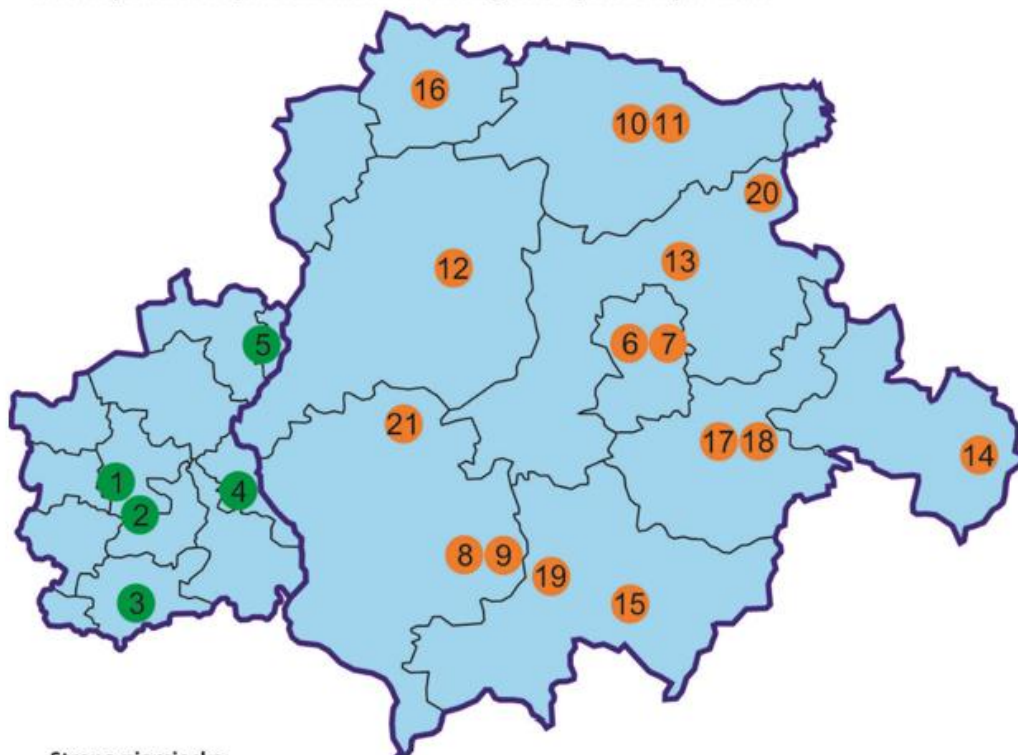
### **5.1. Opieka medyczna w szpitalach poza Euroregionem**

Na północ od Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr znajduje się Euroregion Pro Europa Viadrina, który także dysponuje ważnymi placówkami opieki zdrowotnej. Oba Euroregiony wspólnie stanowią ponadto obszar wsparcia programu INTERREG V A Brandenburgia – Polska (Województwo Lubuskie) 2014 – 2020.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Do najważniejszych szpitali w niemieckiej części Euroregionu Pro Europa Viadrina należą m.in.: Szpital Miejski w Eisenhüttenstadt, Klinika Helios w Bad Saarow, Klinika we Frankfurcie n. Odrą i Szpital Oder-Spree w Beeskow.

Ilustracja nr 11: Szpitale i kliniki w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr



**Strona niemiecka:**

1. Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH
2. Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH
3. Krankenhaus Spremberg
4. Lausitz Klinik Forst GmbH
5. Naemi-Wilke-Stift Guben

**Strona polska:**

6. Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze
8. 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ Żary
9. Szpital na Wyspie Sp. z o.o., Żary
10. Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.
11. Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr Lecha Wierusza Sp. z o.o., Świebodzin
12. Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Krosno Odrzańskie
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie
14. Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.
15. Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.
16. Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.
17. Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli
18. „MEDINET” Sp. z o.o., Nowa Sól
19. 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Filia Żagań
20. Gminny Ośrodek Zdrowia SPZOZ Babimost
21. Szpital na Wyspie Sp. z o.o. Filia Lubsko

## **5.2. Opieka medyczna w niemieckiej części Euroregionu**

W niemieckiej części Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr znajdują się dobrze wyposażone placówki podstawowej opieki medycznej.<sup>11</sup>

### **5.2.1. Cottbus/Chóśebuz**

W Cottbus/Chóśebuz znajdują się Klinika im. Carla Thiema (spółka pożytku publicznego) (CTK) oraz Centrum Serca Sana (Sp. z o.o.). CTK jest szpitalem z szerokim zakresem zaopatrzenia podstawowego. Centrum Serca Sana wykazuje natomiast wyraźną specjalizację w obszarach chirurgii serca, kardiologii i anestezjologii.

Tym samym region Cottbus/Chóśebuz uchodzi za dobrze wyposażony w podstawową opiekę medyczną.

### **5.2.2. Powiat Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa**

W powiecie Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa znajdują się trzy szpitale zaopatrzenia podstawowego: Szpital w Sprembergu/Grodku, Klinika Lausitz w Forst/Barść (Sp. z o.o.) oraz Fundacja im. Naemi Wilke w Guben.

Te trzy szpitale są zgodnie z planem szpitali kraju związkowego Brandenburgii na rok 2013 zakwalifikowane jako szpitale zaopatrzenia podstawowego. W regionie Sprewy i Nysy możemy zatem stwierdzić wystarczający poziom ogólnej opieki medycznej.

## **5.3. Opieka medyczna w polskiej części Euroregionu**

Podane dane dotyczące szpitali zostały zebrane m.in. podczas podróży po regionalnych placówkach przez pana Enrico Triebel w drugim tygodniu roku 2018. W niniejszym opracowaniu poszczególne specjalizacje szpitali nie będą przedstawione szczegółowo. Więcej informacji dot. polskich szpitali znajduje się pod linkiem:

[https://www.nfz-zielonagora.pl/system/obj/8973\\_Informator\\_NFZ\\_2020\\_v1.pdf](https://www.nfz-zielonagora.pl/system/obj/8973_Informator_NFZ_2020_v1.pdf) (dostęp z dnia 26.05.2023).

W bezpośrednim sąsiedztwie granicy brak jest po polskiej stronie szpitali czy innych placówek opieki medycznej. Najbliższe placówki znajdują się w Lubsku i Żarach, w południowej części Euroregionu oraz jedna placówka w Krośnie Odrzańskim na północy.

Aktualne badania statystyczne dowodzą, że stan personelu i wyposażenia placówek medycznych w obszarze przygranicznym jest na chwilę obecną poniżej przeciętnej.<sup>12</sup>

W Żarach znajdują się: Szpital na Wyspie specjalizujący się w geriatricznym i ginekologii oraz 105 Szpital Wojskowy z opieką podstawową i specjalizacją w dermatologii.

Także w południowej części Euroregionu znajduje się filia 105 Szpitala Wojskowego w Żaganiu (105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ Filia Żagań).

---

<sup>11</sup> Jak już nadmieniono, w opisie pominięto specjalistyczne praktyki lekarskie (okulistyczne, laryngologiczne itd.), ponieważ zostały one już opisane w projekcie *Zdrowie bez granic* w przypisie 1 projekcie.

<sup>12</sup> Zob. także [http://zielonagora.stat.gov.pl/files/gfx/zielonagora/pl/defaultstronaopisowa/1030/1/1/swiatowy\\_dzien\\_zdrowia.pdf](http://zielonagora.stat.gov.pl/files/gfx/zielonagora/pl/defaultstronaopisowa/1030/1/1/swiatowy_dzien_zdrowia.pdf) (dostęp 14.02.2018)



Widać wyraźnie, że po stronie niemieckiej zapewniona jest podstawowa opieka medyczna. Jednakże mieszkańcy regionu przygranicznego po polskiej stronie skazani są na pokonywanie odległości do 60 km, gdy wymagają leczenia po polskiej stronie granicy. Odległości do Forst/Barść czy Guben są w tym przypadku wyraźnie krótsze. Należy ten aspekt uwzględnić szczególnie w kontekście pomocy medycznej w nagłych przypadkach.

W woj. lubuskim znajduje się Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze. Leży on stosunkowo centralnie w województwie i jest szpitalem III stopnia referencyjności, zapewniając opieką nad pacjentami nie tylko z najbliższej okolicy. Szpital prowadzi także kształcenie lekarzy i jest największym szpitalem w województwie.

Opieka medyczna w Zielonej Górze i okolicach może zostać oceniona jako zabezpieczona. W południowo-wschodniej części województwa znajduje się szpital w Nowej Soli z dużym zakresem opieki podstawowej. W zakresie opieki ginekologicznej szpital wykazuje III stopień referencyjności, a w kardiologii należy do czołowych szpitali województwa. Leczy pacjentów z terenów sięgających aż po Głogów.

Całkiem na południu województwa znajduje się Nowy Szpital w Szprotawie. Jest on placówką podstawowej opieki medycznej, dodatkowo specjalizuje się w pediatrii.

Całkiem na wschodzie województwa znajduje się Nowy Szpital we Wschowie. Chodzi w tym przypadku o szpital z oddziałami chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii i położniczo-ginekologiczno-neonatologicznym, stanowiąc tym samym szpital podstawowej opieki medycznej.

W północnej części województwa znajdują się szpitale w Sulechowie, Babimoście i Świebodzinie, w których pacjenci mają wystarczające możliwości leczenia.

**Tabelaryczny przegląd szpitali znajduje się w załączniku 1.**

#### **5.4. Placówki kształcenia pracowników medycznych i socjalnych**

Zarówno po niemieckiej jak i polskiej stronie znajdują się placówki kształcenia w obszarze medycyny i pomocy socjalnej.

##### **5.4.1. Placówki kształcenia w niemieckiej części Euroregionu**

Po stronie niemieckiej istnieje cały szereg możliwości kształcenia, począwszy od poziomu szkolnego po poziom uniwersytecki. Kształcenie obejmuje część praktyczną, która jest realizowana w szpitalach Euroregionu. Dlatego poniżej zrezygnowano z przypisywania profilu kształcenia do poszczególnych szpitali. W obszarze kształcenia szkolnego należy wymienić następujące placówki: LWGA Lausitzer Wirtschafts- und Gesundheitsakademie GmbH (Łużycka Akademia Ekonomii i Zdrowia Sp. z o.o.), Brandenburski Uniwersytet Techniczny Cottbus-Senftenberg, Szkoła Medyczna przy Klinice im. Carla Thiema oraz Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe (Szkoła Sanitariuszy i Pielęgniarek w Fundacji im. Naemi Wilke).

W odniesieniu do sektora uniwersyteckiego należy zauważyć, że wkrótce po tym, gdy Bundestag podjął decyzję o wycofaniu się z energetyki węglowej, pojawiły się ważne sygnały na przyszłość. Na przykład w Cottbus/Chóśebuz zostanie utworzony wydział medyczny, na którym w przyszłości będzie kształcić się 1800 młodych lekarzy. Semestr zimowy 2026/27 to możliwa data rozpoczęcia nauki przez pierwszych studentów w Cottbus/Chóśebuz (<https://mwfk.brandenburg.de/mwfk/de/service/pressemitteilungen/ansicht/~03-08-2021-pk->

[universitaetsmedizin-cottbus](#)). Placówka ma być połączona z Carl-Thiem-Klinikum (CTK) i kłaść będzie szczególny nacisk na cyfryzację w sektorze opieki zdrowotnej.<sup>13</sup>

Na pograniczu Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr znajduje się jeden z największych ośrodków szkoleniowych dla zawodów pielęgniarских w Brandenburgii, Szkoła dla zawodów medycznych i pielęgniarских e.V. w Eisenhüttenstadt. Jednak, podobnie jak w innych szkołach, kształci się tutaj tylko ograniczona liczba uczniów z Polski. Dnia 1 stycznia 2020 r. ustawa o zawodach pielęgniarских zastąpiła ustawę o opiece nad osobami starszymi i ustawę o pielęgniarstwie. Dzięki temu również tutaj szkolenia zostały dostosowane do europejskiego standardu szkoleniowego, podobnego do tego w Polsce.

#### **5.4.2. Placówki kształcenia w polskiej części Euroregionu**

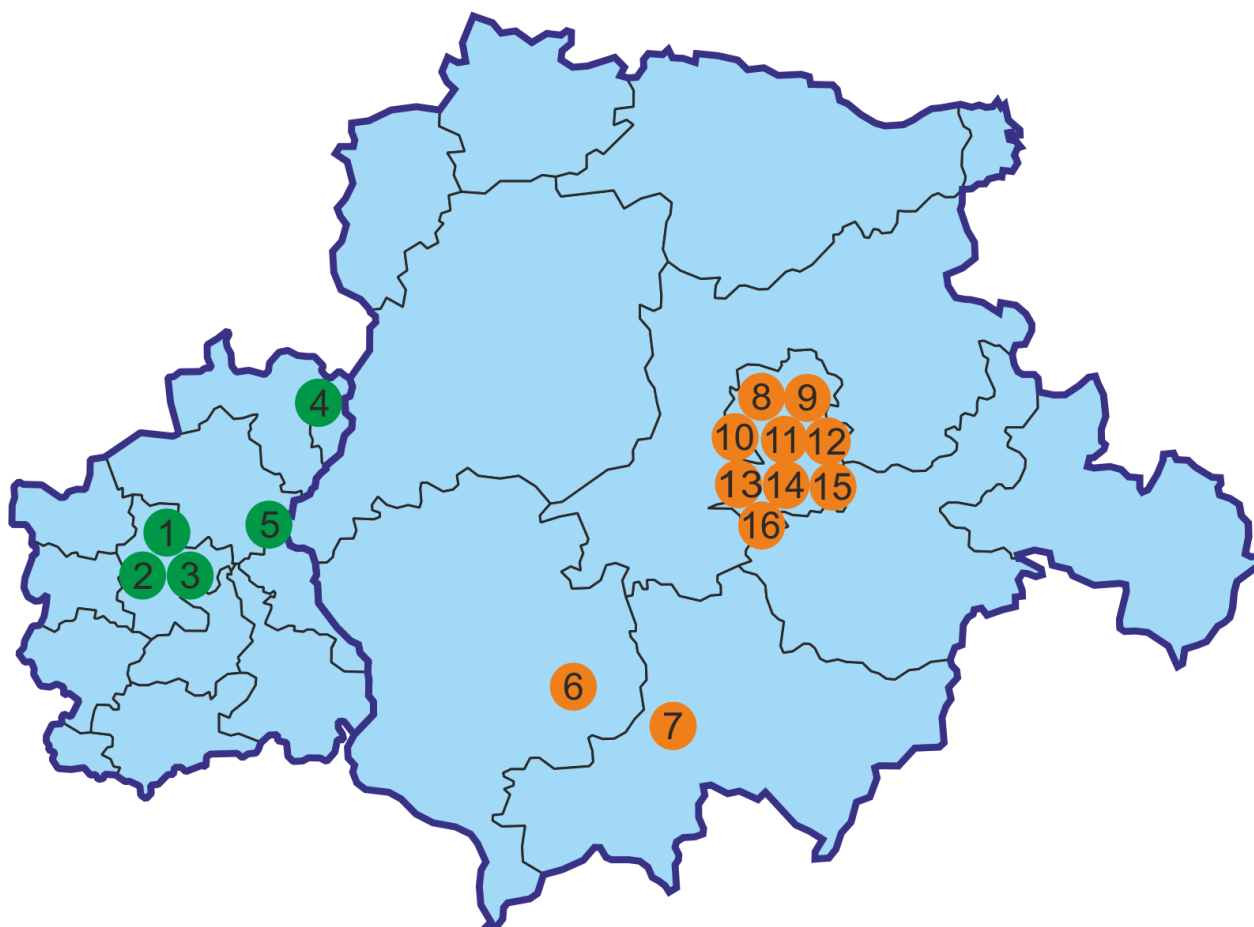
Po polskiej stronie znajduje się 11 placówek edukacyjnych. Na pierwszym miejscu należy wymienić wydział lekarski „Collegium Medicum” Uniwersytetu Zielonogórskiego. Na terenie Euroregionu funkcjonuje również 10 szkół zawodowych (dokładne umiejscowienie można zobaczyć na ilustracji nr 12). Dwie z wyżej wymienionych placówek kształcą sanitariuszy i pielęgniarški, a osiem szkół jest odpowiedzialnych w szczególności za kształcenie personelu terapeutycznego w zakresie fizjoterapii oraz opieki nad osobami starszymi Collegium Medicum w Zielonej Górze jest obecnie jedyną euroregionalną placówką, w której kształcą się lekarze.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Patrz także <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/strukt Wandel-1768192> (Dostęp z dn. 28.07.2020)

<sup>14</sup> Więcej informacji na temat edukacji medycznej w Zielonej Górze można znaleźć na stronie <https://www.cm.uz.zgora.pl/> (Stan na dzień 28.07.2020).

*Ilustracja nr 12: Placówki kształcenia w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr*



**Strona niemiecka:**

1. LWGA Lausitzer Wirtschafts- und Gesundheits Akademie GmbH
2. Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
3. Medizinische Schule am Carl-Thiem-Klinikum
4. Schule für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe im Naemi-Wilke-Stift
5. Pflegeschule Forst (Lausitz)

**Strona polska:**

6. Policealna Szkoła Medyczna AWANGARDA Zary
7. Szkoła Policealna Żak Żagań
8. Collegium Medicum Zielona Góra
9. Policealna Szkoła Medyczna AWANGARDA Zielona Góra
10. Policealna Szkoła Medyczna NOVA Zielona Góra
11. Medyczna Szkoła Zawodowa Zielona Góra
12. CKZiU Medyk Zielona Góra
13. Policealna Szkoła Cosinus Zielona Góra
14. Szkoła Policealna Żak Zielona Góra
15. Centrum Kształcenia Ustawicznego i Praktycznego Zielona Góra
16. Centrum Kształcenia Plejada Zielona Góra

### **5.5. Placówki pomocy społecznej**

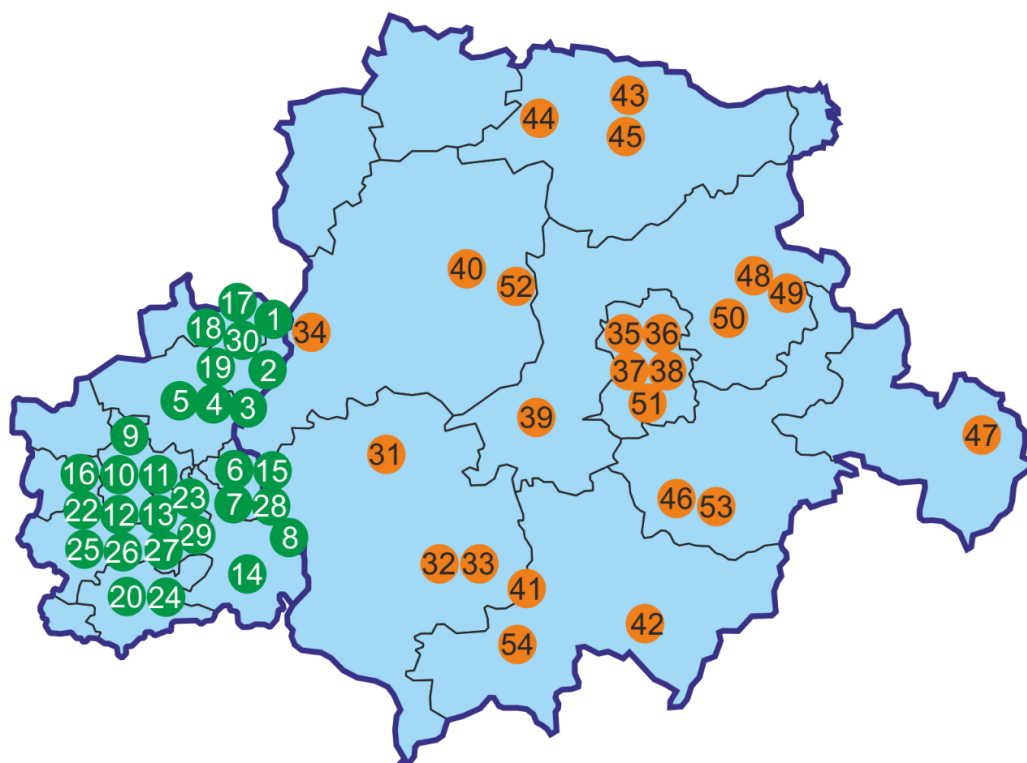
Z czysto ilościowego punktu widzenia nie ma większych różnic między Niemcami a Polską w zakresie placówek opiekuńczych. Podczas gdy w niemieckiej części Euroregionu znajduje się 29 placówek stacjonarnych, w polskiej części Euroregionu jest ich 25.

Różnice jakościowe występują jednak np. w przepisach prawnych dotyczących ubezpieczeń pielęgnacyjnych. W Niemczech z dniem 1 stycznia 1995 r. wprowadzono ubezpieczenie pielęgnacyjne jako samodzielny dział ubezpieczeń społecznych. Kompleksowy obowiązek ubezpieczeniowy dotyczy wszystkich osób posiadających zarówno ubezpieczenie ustawowe jak i prywatne. Każdy, kto jest ubezpieczony w ustawowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych, jest automatycznie objęty ubezpieczeniem pielęgnacyjnym. Osoby posiadające prywatne ubezpieczenie zdrowotne muszą także wykupić prywatne ubezpieczenie pielęgnacyjne.

W Polsce nie ma odrębnego ubezpieczenia pielęgnacyjnego - jest ono częścią ogólnego ubezpieczenia społecznego, które nie jest obowiązkowe. W przypadku, gdy pacjent wymaga opieki w placówce opiekuńczej, musi za niego zapłacić. Stawki za placówki państwowe określone są przez gminy. Pacjent zobowiązany jest przekazać ok. 70% swoich dochodów na rzecz placówki opiekuńczej, natomiast resztę kosztów pokrywa najbliższa rodzina. W przypadku, gdy pacjent nie posiada rodziny lub jest nieubezpieczony, koszty w pełnej wysokości ponosi gmina.

**Lista placówek znajduje się w załączniku nr 2.**

Ilustracja nr 13: Domy opieki i domy seniora w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr



Strona niemiecka:

1. Altenpflegeheim "Rosa Thälmann" Guben
2. Kursana Domizil Guben – Haus Zacharias Guben
3. Ev. Seniorenzentrum „Herberge zur Heimat“ Guben
4. Pro Seniore Residenz Deulowitz Guben
5. Diakonisches Seniorenzentrum Peitz
6. Ev. Seniorenzentrum „Friedenshaus“ Forst (Lausitz)
7. Residenz Rosenstadt Forst (Lausitz)
8. DRK-Pflegeheim Haus „Am Rosengarten“ Forst (Lausitz)
9. „Albert-Schweitzer-Haus“ Pflegeeinrichtung Cottbus
10. Malteserstift Mutter Teresa Cottbus
11. Senioren-Wohnpark Cottbus SWP GmbH Cottbus
12. Seniorenresidenz am Sanzeberg Cottbus
13. Pflegezentrum „Am Blechenpark“ Cottbus
14. Alten- und Pflegeheim St. Hedwig Döbern
15. DRK-Seniorenwohnanlage Haus Am Mühlengraben Forst (Lausitz)
16. DRK-Altenpflegeheim Kolkwitz
17. Seniorenheim Betreute Wohngruppe Guben
18. Seniorenheim St. Florian-Stiftung Guben
19. Seniorenresidenz Villa Cohn Guben
20. Lausitzperle – Seniorenzentrum Spremberg
21. Seniorenheime des Landkreises Oder-Spree GmbH Beeskow
22. Pflegeheim Cottbus
23. Altenpflegezentrum Cottbus-Sachsendorf
24. Altenpflegeheim Spremberg
25. M.E.D. Altenpflege GmbH Cottbus
26. Pflegezentrum Mühleninsel Cottbus
27. AWO-Wohnstätte für Senioren Cottbus
28. Altenpflegeheim Am Haag Forst (Lausitz)
29. BFR Senioren Services GmbH Cottbus
30. Pflegefachzentrum Guben

Strona polska:

31. Dom Pomocy Społecznej w Lubsku
32. Rodzinny Dom Seniora Leśne Zacisze Żary
33. Dom Pomocy Społecznej w Miłowicach Żary
34. Rodzinny Dom Seniora, Olive Garden Gubin
35. Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa Zielona Góra
36. Dom Pomocy Społecznej Zielona Góra
37. Dom Seniora Zielona Góra
38. Nursing Home ZNIMI Zielona Góra
39. Pensjonat Akacyjowa Zagroda, Dobroszów Wielki, Nowogród Bobrz.
40. Dom Pomocy Społecznej Szczawno, Krosno Odrzańskie
41. Dom Opieki Corda Szczepanów
42. Zakład Opiekuńczo - Lecznicy, Szprotawa
43. Dom Pomocy Społecznej Jordanowo
44. Dom Pomocy Społecznej Toporów
45. Dom Pomocy Społecznej Glińsk
46. Dom Pomocy Społecznej Kożuchów
47. Dom Pomocy Społecznej Wschowa
48. Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów
49. Dom Pomocy Społecznej, Filia Bełcze
50. ZOL Zgromadz. Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica
51. Dom Seniora Atrium Jarogniewice
52. Dom Pomocy Społecznej, Szczawno, Dąbie Lubuskie
53. Dom Opieki "GeriaMed - Domowe Zacisze" – Kożuchów
54. Rodzinny Dom Seniora "Cichy Dom" Iłowa Zagańska

W ostatnich latach sytuacja w zakresie opieki nad osobami starszymi w Polsce zaostrza się coraz bardziej. W tym kontekście otwarto w dn. 13.02.2023 roku w Torzymiu jedyny ośrodek w województwie lubuskim, który specjalizuje się w opiece zdrowotnej nad osobami starszymi.<sup>15</sup>

## **5.6. Opieka medyczna w nagłych przypadkach w Euroregionie Sprewa-Nysa-Bóbr**

### **5.6.1. Charakterystyka ratownictwa medycznego w nagłych przypadkach w Niemczech**

W Niemczech kompetencje dotyczące ratownictwa medycznego należą do landów/krajów związkowych. Dlatego też każdy z krajów związkowych posiada swoje własne prawo, regulujące kwestie ratownictwa medycznego.

Podstawa prawna w razie nagłego wypadku w Brandenburgii to Ustawa o ratownictwie medycznym Kraju Związkowego Brandenburgia (Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz - BbgRettG z 14. lipca 2008 r.). Udzielanie pierwszej pomocy zostało bardziej szczegółowo uregulowane w rozporządzeniu nt. krajowego planu ratownictwa medycznego (Landesrettungsdienstplanverordnung – LRDPV z 24. października 2011 r., ostatnio zmienione przez rozporządzenie z 21. lipca 2015 r.).

Podmiot odpowiedzialny zapewnia dopasowane do potrzeb i rozciągające się na obszar jego kompetencji usługi w zakresie ratownictwa medycznego, włącznie z lekarzem pogotowia oraz transportem chorych. Jednostką odpowiedzialną za naziemne ratownictwo medyczne są powiaty (Landkreise).

Prawnie uregulowany jest także tzw. „czas podjęcia akcji ratowniczej”, a więc czas między powiadomieniem służb ratownictwa medycznego i ich dotarcia na miejsce akcji ratowniczej/miejsce wypadku. Środki dostępne na ten cel, muszą zostać tak alokowane, aby czas dotarcia pomocy na każde potencjalne miejsce akcji ratowniczej, położone przy drodze publicznej, nie przekraczał 15 minut, w 95% wszystkich przypadków, w roku kalendarzowym.

W przypadku **naziemnego ratownictwa medycznego**, do akcji używane są różne typy pojazdów. Karetka transportowa (Krankentransportwagen, KTW) jest zasadniczo przeznaczona do przewozu pacjentów (chorych, ze zranieniami, potrzebujących pomocy medycznej), którzy nie są jednak ofiarami nagłych wypadków.

Ambulans (Rettungswagen, RTW) to rodzaj pojazdu stosowany do transportu osób z nagłych wypadków. W związku z większą ilością miejsca w pojeździe, pacjent może nie tylko zostać bezpiecznie przewiezony do szpitala, ale i w trakcie jazdy może mu zostać udzielona pomoc medyczna, ze względu na dostęp do pacjenta z każdej strony. Obszerne wyposażenie ambulansu jest mobilne i może zostać użyte także poza pojazdem.

„Ambulans z lekarzem” (Notarzteininsatzfahrzeug, NEF) to trzeci rodzaj pojazdu, wykorzystywanego w nagłych wypadkach. Karetka transportowa oraz „ambulans z lekarzem na pokładzie”, jadą na miejsce zdarzenia niezależnie od siebie. Ten elastyczny system nazywany jest „systemem Rendez-Vous”. Lekarz również jest elastyczny i w ciągłej gotowości, aby pojechać do kolejnego wypadku. Wyposażenie „ambulansu z lekarzem” jest obszerne i pozwala na przeprowadzenie wszystkich medycznie niezbędnych działań, także jeśli ambulans (bez lekarza) jeszcze nie jest na miejscu.

Podmiot odpowiedzialny za **lotnicze pogotowie ratunkowe** to Kraj Związkowy Brandenburgia. Na terenie tego kraju związkowego istnieje 5 punktów, posiadających stację ratownictwa lotniczego,

<sup>15</sup> <https://lubuskie.pl/wiadomosci/19979/to-bedzie-pierwszy-taki-osrodek-dla-seniorow-w-lubuskiem>



helikopter ratowniczy oraz helikopter do transportu pacjentów. Są to: Angermünde, Bad Saarow, Brandenburg an der Havel, Senftenberg i Perleberg, odpowiedzialne za cały obszar Brandenburgii. W lotniczym ratownictwie medycznym pracują ADAC, Deutsche Rettungsflugwacht e. V (DRF) oraz policja federalna.

### **5.6.2. Charakterystyka ratownictwa medycznego w nagłych przypadkach w Polsce**

W Polsce ratownictwo medyczne jest zcentralizowane (porównaj z ilustracją nr 5). Podstawa prawna dla ratownictwa medycznego w Polsce to Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w formie po zmianach z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1115) wraz odpowiednimi przepisami wykonawczymi.

Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu ratownictwa medycznego są minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewoda (art. 18). Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody (art. 19 ust.2). Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia (art. 19, ust.1).

Na poziomie narodowym Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) jest nadzorowane przez ministra zdrowia, który zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i kontroluje jego funkcjonowanie. Wojewodowie są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa.

W skład systemu wchodzi: centra powiadamiania ratunkowego, zespoły ratownictwa medycznego (ZRM): karetki typu S – specjalistyczne (dawniej reanimacyjne „R”) i P – podstawowe (dawniej wypadkowe „W”), Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (HEMS – Helicopter Emergency Medical Service) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR).

Od 1 stycznia 2017 r. każdy szpitalny oddział ratunkowy musi posiadać lądowisko (lub lotnisko) zgodnie z § 3 ust. 7, 8, 9, 10 i załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

### **5.6.3. Transgraniczne ratownictwo medyczne**

Podstawę do tej działalności stanowi „Umowa Ramowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym”, podpisana w Warszawie dnia 21 grudnia 2011 roku. Umowa ta weszła w życie w Polsce dnia 14 czerwca 2013 roku. (Dz.U. 2013 poz. 678), a w Niemczech (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil II Nr. 19) dnia 28 maja 2013 roku. Zgodnie z art. 3 obszar obowiązywania rozciąga się na województwa dolnośląskie, lubuskie i zachodniopomorskie w Rzeczypospolitej Polskiej oraz na kraje związkowe: Brandenburgia, Meklemburgia-Pomorze Przednie i Saksonia w Republice Federalnej Niemiec.

Jak opisano powyżej, kompetencje dotyczące ratownictwa medycznego w Niemczech są podzielone między dwa podmioty, tzn. Kraj Związkowy Brandenburgia jest odpowiedzialny za nadzór oraz lotnicze ratownictwo medyczne, może on więc zaledwie wykazać tutaj aktywność wspierającą, ponieważ to powiaty są odpowiedzialne za naziemne ratownictwo medyczne. Dodatkowo „Ustawa o ratownictwie medycznym w Kraju Związkowym Brandenburgia” nie zawiera żadnych regulacji nt. transgranicznej współpracy.

Po wielu latach niepewności, wraz z pismem z dnia 23.11.2017 r., województwo lubuskie poinformowało, że podpisanie porozumienia z Krajem Związkowym Brandenburgia, zgodnie z oceną rządu w Warszawie, nie będzie odtąd konieczne.

W konsekwencji zgodnie z art.4 Umowy Ramowej istnieje możliwość mówiąca, że podmioty ratownictwa medycznego (a więc powiaty i województwa) z obu krajów podpiszą bezpośrednio umowy o współpracy, dotyczące zawartych w Umowie Ramowej ustaleń. Powiat Greifswald-Pomorze-Przednie zawarł już tego typu porozumienie z województwem zachodniopomorskim.

Oznacza to, że wspomniane wyżej porozumienia powinny być zawierane bezpośrednio między powiatami, miastami na prawach powiatu oraz województwami.

Ponieważ jest to nieodłącznie związane z obowiązującym systemem, mówiącym, że w Kraju Związkowym Brandenburgia nie ma różnych porozumień o współpracy, lecz są one wcześniej uzgadniane, a potem identyczne we wszystkich powiatach i miastach na prawach powiatu, Kraj Związkowy Brandenburgia jest w tej kwestii aktywny jako podmiot wspierający.

Od dnia 24 listopada 2017 r. istnieje szkic porozumienia dotyczącego współpracy w sprawie wdrażania Umowy Ramowej. W czasie posiedzenia grupy roboczej „Zdrowie”, Euroregionu Spree-Nysa-Bóbr, w dniu 20 marca 2018 r., w którym wzięli udział przedstawiciele Min. Spraw Wewnętrznych Brandenburgii, Min. Sprawiedliwości, ds. Europy oraz praw konsumenta, Starosta Powiatu Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa oraz reprezentanci polskiego woj. Lubuskiego, intensywnie dyskutowano na ten temat.

W trakcie polsko-niemieckiego sympozjum na temat ratownictwa medycznego w dniach 20-21.02.2019 w Guben pracowano wspólnie raz jeszcze bardzo intensywnie na trzech wersjach porozumień, dotyczących transgranicznej współpracy. Dodatkowo we wspomnianym czasie istniały już załączniki do porozumień (dotyczące między innymi technicznych kwestii realizacji tych umów, kwestii językowych itp.).

Na II sympozjum na temat ratownictwa medycznego, które odbyło się 20.04.2023 r. zajęto się wymianą doświadczeń dyspozytorni ratownictwa medycznego z terenów od Meklemburgii-Pomorza Przedniego/woj. zachodniopomorskiego po Saksonię/woj. dolnośląskie.

Podstawą transgranicznego ratownictwa medycznego w Meklemburgii-Pomorzu Przednim jest porozumienie o współpracy w sprawie wdrażania Umowy Ramowej pomiędzy Rzeczpospolitą Polską i Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego na pograniczu pomiędzy województwem zachodniopomorskim i powiatem Vorpommern-Greifswald.

Przed podpisaniem tego porozumienia przeanalizowano tu, podobnie jak w powiecie Märkisch-Oderland, podstawy prawne i warunki zbliżenia do siebie systemów ratownictwa naziemnego i lotniczego.

Bardzo ważnym narzędziem trwałej realizacji porozumienia o współpracy i samej współpracy jest utworzenie stałej polsko-niemieckiej grupy roboczej, zajmującej się regularnymi uzgodnieniami, wymianą poglądów i rozmowami.

W powiecie Märkisch-Oderland z sukcesem zakończono projekt językowy „Wspólna wiedza, wspólny język, wspólny cel” z udziałem praktykantów u studentów. Niestety nie udało się dotychczas zainteresować właściwych wydziałów Urzędu Wojewódzkiego woj. zachodniopomorskiego budową transgranicznej stacji pogotowia ratunkowego. Realizacja tego pomysłu nie będzie bez woli politycznej możliwa.

W dn. 05.10.2022 r. w Gorzowie Wielkopolskim odbyło się spotkanie na temat współpracy dyspozytorni ratownictwa medycznego. W wyniku tego spotkania zredagowano nową wersję

formularza z załącznika 4. Ponadto uzgodniono cotygodniową wymianę wymagań pro forma na podstawie druku zgodnie z zał. 4 Porozumienia o współpracy.

Również w województwie lubuskim odbyły się w dn. 05.07.2022 r. i 05.12.2022 r. spotkania właściwych jednostek. Jednakże podczas tych spotkań zajęto się głównie ogólnymi kwestiami dotyczącymi umowy o ratownictwie medycznym, a mniej bezpośrednimi kwestiami jej technicznej realizacji.

W dn. 08.12.2021 r. w centrum dwumiasta Guben-Gubin doszło do ciężkiego wypadku na moście granicznym, na Nysie Łużyckiej. Uwidoczniły się przy tym różnice w trybie postępowania po polskiej i niemieckiej stronie, ponieważ zarówno polskie, jak i niemieckie służby ratownicze zjawiły się na miejscu zdarzenia. Do kwestii praktycznych należały w tym przypadku:

- Wspólna komunikacja dyspozytorni w Gorzowie Wlkp. i Frankfurcie n. Odrą > wyznaczenie zespołów ratowniczych,
- Zaopatrzenie pacjentów przez polski i niemiecki zespół ratowniczy (współpraca zespołów musiała się wytworzyć na miejscu),
- Transport jednego pacjenta z wypadku do szpitala, do którego można było dotrzeć najszybciej i który nadawał się ze względu na stan pacjenta oraz znajdował się na terenie państwa, w którym leżało miejsce zdarzenia,
- Kooperacja nie obejmuje zastosowania śmigłowców,
- Problemy komunikacyjne > kursy językowe w ratownictwie medycznym są trudne ze względu na długość ich trwania.

Pomijając zawarcie porozumień o współpracy na poziomie politycznym, należy koniecznie wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- Utworzenie centrum koordynowania (co najmniej sztabu) bez kompetencji decyzyjnych w stosunku do polskich urzędów (koordynacja, wsparcie, nadzór);
- Stała personalna wymiana polsko-niemiecka na średnim i wysokim stopniu decyzyjności;
- Aktualna mapa ratownictwa medycznego/przegląd zasobów Euroregionu w tej kwestii;
- Wspólne działania dot. kształcenia ustawicznego w zakresie medycznego ratownictwa lotniczego. Miasto Cottbus/Chóśebuz zgłosiło się już do organizacji tego typu działań.
- Popieranie nauki języka sąsiada wśród sanitariuszy i reszty personelu zaangażowanego w ratownictwo medyczne, a także wspólne ćwiczenia i szkolenia.
- Finansowanie środków oraz ich udostępnienia musi zostać odpowiednio wcześniej wyjaśnione.
- Niezbędne jest przynajmniej elementarne opanowanie języka drugiej strony przez zespoły ratownicze, aby móc porozumiewać się między sobą oraz z pacjentami.
- Bez politycznego wsparcia po polskiej i niemieckiej stronie nie będzie mogło dojść do intensywnej współpracy.
- Komunikacja / ochrona danych osobowych to ważne czynniki, które muszą zostać rozbudowane wzgl. dopasowane.
- Zarządzanie w sytuacjach kontaktu musi zostać wyjaśnione (kto wysyła kogo, kiedy, w jakim języku odbywa się dyspozycja).

W tym zakresie polska strona skierowała zaproszenie do dyspozytorni w Cottbus/Chóśebuz, aby porozumieć się w wymienionych punktach. Dyspozytornia ta przyjęła zaproszenie z podziękowaniem. Podobnie jak w Meklemburgii-Pomorzu Przednim i innych regionach chodzi o zintensyfikowanie i rozbudowanie osobistych kontaktów i otwarcie kanałów komunikacji. W przyszłości powinny częściej odbywać się wspólne ćwiczenia w celu opracowania wspólnych standardów.

W kontekście współpracy należy dodać, że obecne umowy o współpracy będą również nadal rozwijane.

Jako problem wskazano w szczególności wspomniane wyżej zarządzanie interfejsami. Podobnie jak w przypadku policji, nie ma wspólnego punktu kontaktowego, w którym straż pożarna / dyspozytornie medyczne / służby ratownicze mogłyby wymieniać informacje. Takie centrum operacyjne byłoby oczywistym atutem. Dlatego pomysł utworzenia wspólnej dyspozytorni pogotowia ratunkowego w dwumieście Guben-Gubin spotkał się z dużą aprobatą WHO.

Podsumowując, Brandenburgia była już w latach 90. oraz w latach 2002-2005 w lepszej sytuacji, jeżeli chodzi o zasoby. Przede wszystkim zniesienie programów wspierających naukę języka oraz centrów koordynujących, oznaczała odczuwalny spadek znaczenia polsko-niemieckiego kontekstu współpracy w zakresie transgranicznego ratownictwa medycznego.

W ramach dwudniowej konferencji nt. lotniczego ratownictwa medycznego, w dniach 27-28.03.2019, przedstawiciele polskiego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) oraz niemieckiego DRF Stiftung Luftrettung obradowali w Szczecinie razem z ekspertami z zakresu prawa, przedstawicielami ministerstw i powiatów, a także organami odpowiedzialnymi za finansowanie ratownictwa. Tematem przewodnim było przyszłościowe i długofalowe transgraniczne ratownictwo lotnicze w polsko-niemieckim obszarze przygranicznym.

Chociaż od maja 2013 r. istnieje „Umowa Ramowa między Rzeczpospolitą Polską a Republiką Federalną Niemiec o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym”, która reguluje zasady nawiązywania i organizacji wspólnego naziemnego ratownictwa medycznego, wciąż nie ma żadnej wiążącej umowy międzypaństwowej, regulującej szczegółowo ratownictwo lotnicze.

Uczestnicy wspomnianej konferencji zgadzali się w jednym: musi powstać nowa umowa o transgranicznym lotniczym ratownictwie medycznym, niezależna od „Umowy ramowej”. Przy jej tworzeniu należy wziąć pod uwagę następujące aspekty:

- ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) NR 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 (Dz.U. L 296 z 25.10.2012, s. 1), które mówi, że helikoptery mogą zostać użyte w Zespole Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (**HEMS** – z ang. Helicopter Emergency Medical Service) tylko wtedy, kiedy odpowiedzialne organy wydadzą na to zgodę. Wątpliwe czy polskie urzędy takową zgodę wydadzą.
- Zgodnie z art. 25 niemieckiej ustawy o ruchu powietrznym (Luftverkehrsgesetz, w skrócie LuftVG) starty i lądowania mogą mieć miejsce poza wyznaczonymi do tego lotniskami tylko za odpowiednią zgodą. Dokument na to zezwalający jest jednak ważny jedynie na terenie Niemiec.
- Zgodnie z art. 55 ustawy o telekomunikacji (Telekommunikationsgesetz), załoga helikoptera, która przebywa na obcym terytorium, musi przestrzegać obowiązujących tam przepisów/instrukcji podanych przez radio. Wątpliwym jest system komunikacji centrali w Polsce z ratownikami medycznymi z Niemiec i sposób w jaki te instrukcje mogą być wdrożone przez niemiecką załogę.

Umowa o współpracy została podpisana 30 sierpnia 2021 roku. Otwarte pytania praktyczne to wydawanie anestetyków, leczenie chorych psychicznie pacjentów w nagłych wypadkach, a także ustalanie zgonu tylko przez lekarza domowego itp.

Stacja ratunkowa powiatu Märkisch-Oderland planuje budowę obiektu transgranicznego. W tym celu została przygotowana opinia prawna<sup>16</sup>, sfinansowana ze środków publicznych. Przygotowana opinia prawna wyjaśnia sposób podstawowy problemu, które należy uwzględnić w transgranicznej służbie ratowniczej.

## **6. Prewencja zdrowotna**

W dziedzinie prewencji zdrowotnej istnieją znaczne różnice między Niemcami a Polską. Pracownicze ubezpieczenie zdrowotne jest w Niemczech dość dobrze rozwinięte i od wielu lat jest również wspierane przez ułatwienia w systemie podatkowym.

Firmy mogą skorzystać z dwóch ulg podatkowych: § 3 nr 34 Ustawy o podatku dochodowym – ulga podatkowa do 600 euro rocznie na niektóre środki prewencji zdrowotnej, z wyjątkiem kursów zdrowotnych. Oras § 8 ust. 2 Ustawy o podatku dochodowym - nieopodatkowane świadczenia rzeczowe do 44 euro miesięcznie na wszystkie inne usługi, takie jak masaże, siłownia, sporty klubowe, pływanie, treningi i dalsze kształcenie, oferty dotyczące godzenia ze sobą wszystkich obszarów życia, takich jak rodzina, opieka nad osobą chorą i praca itp.

Gminy i powiaty otrzymują wsparcie w rozwoju struktur promujących zdrowie i środowisk życia poprzez różne unijne/federalne i stanowe programy finansowania, poprzez BZgA (Federalne Centrum Edukacji Zdrowotnej) oraz poprzez biura koordynacyjne związku GKV na rzecz zdrowia w krajach związkowych.

W Niemczech jest to zakotwiczone w ustawie o prewencji i kodeksie prawa socjalnego, np. w § 20 a kodeksu prawa socjalnego.

Tematy obejmują zdrowie psychiczne, zapobieganie otyłości i cukrzycy, równość w zdrowiu, ubóstwo i zdrowie, migrację i zdrowie oraz transgraniczne usługi ratownicze.

Opieka zdrowotna w Polsce jest finansowana przez NFZ. Ze względu na ograniczone środki finansowe NFZ pełen zakres usług nie jest w pełni dostępny dla pacjentów; w związku z tym rozwinął się duży rynek prywatnych dostawców i ofert. Prywatne wydatki zdrowotne polskich obywateli rosną więc z roku na rok. Prywatne ubezpieczenie zdrowotne i „abonamenty/pakiety zdrowotne” odgrywają ważną rolę w opiece zdrowotnej finansowanej przez pracodawców.

Podczas projektowania pakietów medycznych dla pracowników, nadrzędnym celem jest „rekrutacja i zatrzymanie wykwalifikowanych pracowników”, dzięki ofertom takim jak: programy zdrowotne i badania lekarskie, organizacja wizyt specjalistycznych, elastyczne godziny pracy i dni urlopu, miejsca w przedszkolu oraz wsparcie w opiece nad bliskimi.

Zarządzanie zdrowiem w firmie nie jest dobrze rozwinięte, ale pracodawcy wspierają np. członkostwo na siłowni. Szczególnie wśród dzieci, młodzieży i młodych ludzi istnieje (niestety) wiele podobieństw w Polsce i Niemczech. Po okresie pandemii można stwierdzić znaczący wzrost otyłości u dzieci. Obserwuje się również wyraźne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego.

Udanym przykładem profilaktyki jest „Transgraniczna Akademia Edukacji Prewencji Zdrowotnej i Rehabilitacji” w Wojewódzkim Ośrodku Sportu i Rekreacji w Drzonkowie. Chodzi tu o poszerzenie ofert edukacji w sporcie poprzez stworzenie polsko-niemieckiego programu szkoleniowego pod nazwą „sport w profilaktyce zdrowotnej i rehabilitacji” łącznie z opracowaniem materiałów w obu

---

<sup>16</sup><https://rettungsdienst-mol.de/interreg-va/klein-projekte-fonds-kpf/gutachten-zum-bau-betrieb-einer-deutsch-polnischen-rettungswache>

językach i przeprowadzeniem szkoleń z wykorzystaniem zintegrowanego modułu do nauki języka sąsiada.

Program obejmował przeprowadzenie dwóch bezpłatnych polsko-niemieckich szkoleń w dziedzinie profilaktyki zdrowotnej i rehabilitacji w sporcie. Opisana oferta odpowiada kwalifikacjom EU Health Coach. W szkoleniu wzięły udział dwie 14-osobowe grupy, a ilość godzin dydaktycznych wniosła 230. Uczestnikami byli: trenerzy, nauczyciele WF, absolwenci i studenci ostatniego roku WF, fizjoterapii lub rehabilitacji, uczniowie szkół policealnych i liceów z klasami o specjalności fizjoterapia lub rehabilitacja.

Również na poziomie urzędów ds. zdrowia (SANEPID) profilaktyka zajmuje ważne miejsce. Stykają się tu ze sobą często tradycyjne „urzędowe” formy interwencji oraz podejście do promocji zdrowia. Od urzędów ds. zdrowia wymaga się dlatego w obszarze profilaktyki podejścia do pracy w „podwójnej kompetencji” na kilku poziomach:

- Po pierwsze odnośnie perspektywy na poziomie patogenezy, jak i salutogenezy.
- Po drugie odnośnie kompetencji kontrolnych i monitorujących, a także podejścia partnerskiego i partycypacyjnego w celu wsparcia, umożliwienia (empowerment) i wzmocnienia zasobów wśród mieszkańców.
- Po trzecie odnośnie mieszanki metod sterowania kompetencjami zarządczymi „government” i partycypacyjnym „governance”, tzn. podejściem z uwzględnieniem prowadzenia tego procesu. Problemy w Polsce występują w podobnych obszarach.

Już w roku 1974 eksperci WHO zakwalifikowali otyłość jako chorobę cywilizacyjną. Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży nabierają obecnie rozmiarów światowej pandemii. Można przy tym ustalić, że problem zwiększonej masy ciała częściej dotyczy dziewcząt niż chłopców. W Polsce szczególnie dotknięte tym problemem są województwa zachodnie i centralne. W Polsce dotyczy to 10% małych dzieci (1-3), 30% dzieci w wieku wczesnoszkolnym i 22% młodzieży w wieku 15 lat. Należy stwierdzić, że jedno na pięć dzieci w Polsce jest otyłe i ma nadwagę.

W uzupełnieniu do tego Krajowy Urząd Ochrony Pracy, Konsumentów i Zdrowia (LAVG) opracował podobne dane dla strony brandenburskiej. Można je zobaczyć w sprawozdaniach pod adresem <https://lavg.brandenburg.de>.

Praktycznym wkładem Euroregionu jest projekt „Edukacja dla zdrowia – akcja „zdrowe drugie śniadanie” Euroregionu Spree-Neiße-Bober/Sprewa-Nysa-Bóbr.

Opracowany przez GR Zdrowie temat profilaktyki został wiosną 2022 roku zrealizowany w ramach projektu DIALOG 2,0 w formie konkretnych akcji w sześciu szkołach podstawowych po obu stronach Euroregionu.

W klasach na różnym poziomie wiekowym odbywały się w ramach zajęć dodatkowych polsko-niemieckie lekcje na temat „zdrowego odżywiania się”. W formie zabawy uczniowie mogli dowiedzieć się i nauczyć, co powinno się znaleźć w zdrowym drugim śniadaniu., co to jest piramida żywieniowa i ile cukrów zawierają napoje orzeźwiające. Ta praca edukacyjna została połączona z prostą polsko-niemiecką animacją językową, zabawami ruchowymi i quizami. Akcję „Zdrowe drugie śniadanie” udało się w ten zabawowy sposób połączyć z elementami transgranicznymi.





Zespół Euroregionu otrzymał po stronie niemieckiej wsparcie z Brandenburskiej Centrali ds. Konsumentów (Verbraucherzentrale Brandenburg e.V.), która ma w swoim portfolio różne programy profilaktyczne dla dzieci. Po polskiej stronie dziećmi opiekowała się Akademia Zdrowej Rodziny.

Jesienią 2022 roku, wraz z początkiem roku szkolnego, w uzupełnieniu wyżej opisanej nauki poprzez zabawę, wykorzystywano przerwę śniadaniową w szkołach podstawowych do wręczenia zdrowych pakietów śniadaniowych. Dzieci cieszyły się ogromnie z tej „zdrowej niespodzianki”.

## **7. Przykłady najlepszych praktyk**

Benchmarking to proces systematycznego porównywania własnej firmy z innymi przy pomocy różnych wielkości orientacyjnych czy docelowych. W ramach benchmarkingu nie porównuje się jednak tylko parametrów i wskazuje braków, lecz bada się leżący u ich podstaw tryb postępowania, dzięki któremu dąży się do osiągnięcia poziomu benchmarkingu.

Podczas tego procesu odkrywane są wybitne, doskonałe praktyki, które można wykorzystać we własnym przedsiębiorstwie w celu osiągnięcia trwałej poprawy. W istocie benchmarking zawiera w sobie dążenie do stanie się „najlepszym z najlepszych”.<sup>17</sup>

Przykłady najlepszych praktyk stanowią, wobec tego możliwość porównania własnych działań i punktów widzenia z Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr z innymi projektami, dotyczącymi podobnej sytuacji wyjściowej. Przy tym można przeanalizować, w jaki sposób możliwe jest lepsze połączenie i opracowanie tematu.

W grupie roboczej „Zdrowie”, dnia 11 czerwca 2018 r. w Gubinie przedstawiono projekty z Euroregionów Maas – Rhein (EMR), Dolna Austria-Czechy (Niederösterreich – Tschechien) oraz Ems Dollart Region (EDR). Także podróż studyjna od 7 do 9 listopada 2018 r. posłużyła poznaniu transgranicznego ratownictwa medycznego oraz opieki w Kehl/Straßburg, Wissembourg oraz Völklingen.

Ponadto w ramach konferencji zamykającej, dnia 11.09.2019 r. w Gubinie, przedstawiono dwa kolejne projekty. Pierwszy z nich - opiekę medyczną w kantonie Bazylea-Miasto-przedstawił dr. med. Peter Indra MPH, dyrektor ds. opieki zdrowotnej w departamencie kantonu Bazylea-Miasto. Drugim projektem była prezentacja pracy francusko-hiszpańskiego szpitala AECT-Hospital de Cerdanya / GECT-Hôpital de Cerdagne przez dr med. Francesc Bonet, dyrektora generalnego tej placówki.

<sup>17</sup> Gabler, Wirtschaftslexikon, wyd. XV, s 424.

## **7.1. Euroregion Maas – Rhein (EMR)**

Dr med. Karl-Heinz-Feldhoff z fundacji euPrevent przedstawił projekt na temat zdrowia z Euroregionu Maas-Rhein. Populacja tego regionu to 4 miliony ludzi, istnieją tam 3 granice państwowe oraz 3 języki w 5 różnych regionach:

- Region Aachen (pol. Akwizgran, DE, niemieckojęzyczna)
- Prowincja Limburg (NL, holenderskojęzyczna)
- Wschodnia Belgia (BE, niemieckojęzyczna)
- Prowincja Lüttich (BE, francuskojęzyczna)
- Prowincja Limburg (BE, holenderskojęzyczna)

Sektor ochrony zdrowia jest zróżnicowany poprzez duże odmienności w prawodawstwie, chociaż rozwój demograficzny oraz dziedziny związane ze zdrowiem wykazują homogeniczność.

Już od roku 1990 istnieje kooperacja w regionie EMR, która rozpoczęła się w dosyć nieskomplikowany sposób. Do roku 2001 chodziło w niej głównie o tematy dotyczące ratownictwa medycznego oraz współpracę między kasami chorych. Od 2001 r. skoncentrowano się dodatkowo na prewencji, zdrowiu publicznym oraz transgranicznych kooperacjach.

Jako czynniki hamujące transgraniczną współpracę wymieniono następujące punkty:

- Różnice między sektorami dystrybucji usług zdrowotnych;
- Brak wiedzy nt. potencjałów rozwoju oraz potencjałów rynku pracy interesariuszy w krajach sąsiednich;
- Małe włączenie w działania obywateli/pacjentów;
- Ograniczony budżet;
- Różnice w strukturach dystrybucji usług medycznych;
- Różnice językowe i kulturowe.

Jako czynniki wspierające zostały wymienione następujące czynniki:

- Wszystkie regiony EMR posiadają te same problemy (demograficzne, zdrowotne itd.);
- Spotkanie z obywatelami - skupiające się na problemach - a nie strukturach organizacyjnych;
- Wczesne zaangażowanie sceny politycznej w temat;
- Wykorzystanie silnych stron każdego z partnerów oraz tworzenie synergii;
- Wysoka mobilność obywateli regionu EMR.

Współpraca między szpitalami może zostać określona jako udana. Przyczyniły się do tego m.in. następujące warunki:

- Podstawa prawna współpracy: IZOM<sup>18</sup>, regulacja nr. 883/2004, dyrektywa 2011/24/EU. Czas trwania IZOM do 31.12.17;
- Od 1 lipca 2018 projekt Mini – IZOM BE/DE, BE/NL;
- Wielooporność, wielolekooporność (ang. multiple drug resistance), zapobieganie infekcjom wieloopornymi organizmami w szpitalach;
- Pracownicy medyczni, np. lekarze specjaliści, pracują w kilku szpitalach na terenie EMR (np. w klinikach uniwersyteckich Uniklinikum Maastricht oraz Uniklinikum Aachen);
- Obustronne uznanie wykształcenia;

Ponadto w EMR jest wiele projektów, w których za pomocą sondaży, uczestniczą instytucje służby zdrowia, szkoły oraz inne podmioty. Do wymienionych projektów należą:

---

<sup>18</sup> IZOM „Integratie zorg op maat“, czyli „zintegrowana opieka lekarska na miarę“, projekt, który powstał poprzez wzorcową współpracę AOK Rheinland, holenderskiej CZ-grupy oraz Katolickiej Kasy Chorych. W międzyczasie stał się projektem współfinansowanym z programu INTERREG.

- euPrevent ochrona przed infekcjami;
- euPrevent leczenie uzależnień;
- euPrevent zdrowie psychiczne;
- euPrevent leczenie nadwagi;
- euPrevent dane (zbieranie i analiza porównywalnych danych z obszaru EMR).

Do partnerów i członków stowarzyszonych z euPrevent EMR należą prowincje, urzędy regionalne, ministerstwa, szpitale i domy opieki, stowarzyszenia lekarzy domowych, uniwersytety, podmioty publicznej służby zdrowia, narodowe instytuty badawcze, organizacje zrzeszające pacjentów. W sumie współpracuje ze sobą ponad 40 różnych partnerów.

## **7.2. Region Dolna Austria-Czechy/Słowacja Projekt „Healthcare” Gmünd**

Pan Manfred Mayer przedstawił projekt „Healthacross in practice” (transgraniczna współpraca w kwestii ochrony zdrowia między Krajem południowoczeskim a Gmünd) z Gmünd. Projekt ten, wspierany przez Unię Europejską, awansował w międzyczasie do rangi „projektu najlepszych praktyk” w Europie.

W regionie przygranicznym podzielone miasto Gmünd/ České Velenice zwraca wyraźnie uwagę na potrzebę współpracy ponad granicami: po czeskiej stronie w chwili obecnej sytuacja świadczenia usług medycznych, szczególnie jeżeli chodzi o interwencje w nagłych wypadkach, jest problematyczna. Pierwsza dostępna w tej okolicy karetka stacjonuje w oddalonym o 35 km mieście Třeboň. Najbliższy szpital w okolicy znajduje się w odległości 60 km w mieście České Budějovice. Długa droga do szpitala może mieć ogromny wpływ na stan zdrowia pacjenta. Jednakże tylko kilka metrów od granicy położona jest Klinika Kraju Związkowego – Landeskrankenhaus Waldviertel- Gmünd (LK Gmünd).

Także dla pacjentów po austriackiej stronie granicy, możliwość skorzystania z transgranicznych świadczeń medycznych jest interesująca. Na przykład miasto Jindřichův Hradec posiada nowoczesną stację dializ, która jest łatwo osiągalna dla pacjentów z Gmünd. Ponadto oferta w zakresie rehabilitacji w Czechach jest bardzo szeroka i może być wykorzystana także przez pacjentów z Austrii.

Celem projektu „Healthacross” jest wypracowanie podstaw do transgranicznej współpracy oraz rozwiązywanie konkretnych kwestii do wybranych obszarów tematycznych, jak niżej:

- Utworzenie indeksu świadczeń oraz porównanie struktur opieki zdrowotnej w regionie;
- Wypracowanie konkretnych wytycznych dla działań na rzecz zdrowia;
- Przeprowadzenie studium wykonalności dla transgranicznego centrum zdrowia.

Bazę wyjściową dla tego projektu stanowi przygotowanie indeksu świadczeń oraz porównanie struktur opieki zdrowotnej w regionie. Plany działania dla specyficznych pytań fachowych (w takich obszarach jak pytania prawne, dotyczące prawa celnego, rozliczenia itp.) tworzą bazę do zawarcia **bilateralnych** umów, regulujących transgraniczną współpracę. Wspólne centrum zdrowia to wizja przyszłości uczestników projektu. Ocena potencjału tego projektu zostanie sprawdzona przez studium wykonalności i będzie jej towarzyszyć analiza naukowa.

Mimo wszystkich przeszkód, stojących na drodze do współpracy, wskazano słusznie na sukcesy projektu. Ważne przy tym koncepcie było włączenie do niego przedstawicieli polityki i to od samego początku. Możemy przyjąć, że potrzeba ok. 10 lat, aby zrealizować wyszczególnione powyżej plany na przyszłość.

### **7.3. Region Ems Dollart (EDR)**

*„W regionie przygranicznym optymalna opieka dla pacjentów, innowacja i badania, a także obszerne wykształcenie i kształcenie ustawiczne personelu, może być zapewnione tylko poprzez współpracę krajów ze sobą sąsiadujących” – słowa prof. dr Alexa Friedricha, kierownika działu mikrobiologii na uniwersytecie medycznym w Groningen (Universitair Medisch Centrum Groningen/UMCG) podczas sympozjum „Niemcy-Holandia: transgraniczna opieka medyczna”.*

Także w tym regionie mamy wiele transgranicznych projektów. Są to m.in.:

- „Common Care“- kooperacja między holenderskimi i niemieckimi podmiotami opieki zdrowotnej. Po pierwsze powinna zostać stworzona skuteczna transgraniczna infrastruktura w dziedzinie opieki i zdrowia. Po drugie oferta świadczeń zdrowotnych powinna zostać generalnie polepszona.
- Food 2020 (faza 2), Transgraniczne połączenie ekologiczne oraz ładowanie bezkontaktowe;
- Transgraniczna wymiana nt. opieki nad ludźmi z niepełnosprawnością, dnia 5 grudnia 2018.

Przeszkody na drodze do współpracy są w regionie EDR podobne do już wymienionych w pozostałych regionach. Często trzeba się zmierzyć z barierami językowymi, zbyt małą sumą pieniędzy na te cele oraz rozbieżnością interesów politycznych.

### **7.4. Wizyta studyjna w Kehl/Straßburgu, Wissembourgu i Völklingen**

Wizyta studyjna do Euro-Institutu dla transgranicznej współpracy w Kehl odbyła się w dniach 7-9 listopada 2018 r. W tym mieście znajduje się także część trójnarodowego centrum kompetencji dla projektów o tematyce zdrowotnej - TRISAN.

Euro-Institut w Kehl przedstawił w maju 2018 r., w ramach projektu TRISAN, transgraniczną analizę i potencjały współpracy w zakresie opieki zdrowotnej w obszarze przygranicznym Eurodystryktu PAMINA.

Do samej grupy pracującej nad projektem należało 40 osób ze szpitali, ministeriów, prezydentów rządowych, uniwersytetów oraz Euroregionu.

Na początku projektu, w roku 2016, powstał pierwszy zarys i analiza oferty opieki zdrowotnej i potencjałów współpracy. Jako wynik spotkań podgrup, powstały broszury na temat opieki nad seniorami, a także położenia ratownictwa medycznego w nagłych wypadkach w Niemczech, we Francji oraz Szwajcarii.

Chodziło tutaj jednak ostatecznie jedynie o podsumowanie aktualnej sytuacji w regionie, który ma bardzo dobre podstawy do dalszego opracowania rozwiązań w wymienionej tematyce.

W Wissembourgu przedstawiono, jak funkcjonuje współpraca transgraniczna w zakresie ratownictwa medycznego. Ważny jest przede wszystkim fakt, że wszyscy pracownicy służb medycznych zostali wykształceni dwujęzycznie, tak że przede wszystkim bariera językowa nie odgrywa tutaj żadnej roli.



W Centrum Kardiologii w Völklingen udało się bezpośrednio doświadczyć, jak funkcjonuje współpraca transgraniczna, a także dowiedzieć się, jak wiele problemów staje jej na drodze, jak wiele potrzeba czasu i cierpliwości oraz zaangażowania osobistego, żeby ją urzeczywistnić.

Bardzo widocznym było, że nauczenie się języka sąsiada stanowi wymóg konieczny w Niemczech i we Francji, aby wzajemnie mogły zostać uznane dyplomy i kwalifikacje zawodowe. Ponadto konieczna jest przejrzysta umowa między kasami chorych.

Właśnie niedawno udało się zwieńczyć sukcesem trwający wiele lat proces, tylko dzięki wsparciu ze strony osób decyzyjnych z dziedziny polityki.

#### **7.5. Niemiecko-szwajcarski region przygraniczny**

Pan dr. med. Peter Indra MPH przedstawił możliwości współpracy transgranicznej w niemiecko-szwajcarskim regionie przygranicznym. Założenia ramowe wyglądają następująco:

- Umowa ramowa między krajami CH-DE, CH-FR, DE-FR,
- Projekt dot. współpracy transgranicznej pt. „GRÜZ“,
- Analiza Lörrach-Basel dotycząca opieki i konieczności opieki długoterminowej,
- Samodzielne działania podejmowane przez dostawców usług,
- Grupa robocza ZDROWIE w ramach konferencji górnego Renu - „Oberheinkonferenz ORK“.

Informacje nt. projektu GRÜZ można znaleźć pod następującymi adresami [www.gruez.ch](http://www.gruez.ch) oraz [www.gruez.de](http://www.gruez.de). Podmiotami tego projektu są kantony Bazylea-Miasto i Bazylea-Okręg, powiat Lörrach, szwajcarskie kasy chorych oraz biorące udział szpitale. Celem jest tańsze zapewnienie opieki zdrowotnej oraz ewaluacja konsekwencji transgranicznej opieki zdrowotnej między Szwajcarią i Niemcami.

Grupa robocza ZDROWIE powinna zapewnić wymianę między ekspertami w tematyce opieki zdrowotnej, prewencji zdrowotnej, promowania zdrowego stylu życia oraz monitorowania stanu zdrowia.

Prezentacja różnorodnych transgranicznych projektów pokazała:

- wyzwania w podejściu różnorodnych systemów politycznych do tego tematu;
- wyzwania w sposobie postępowania z różnorodnymi systemami opieki zdrowotnej oraz
- wyzwania dotyczące różnych systemów socjalnych i finansowych.

Także identyfikacja czynników hamujących współpracę, odstąpiła pewne sprawy jak:

- brak transgranicznych baz danych,
- podmioty działające w izolacji/niezależnie od siebie, świadczące godne zauważenia usługi oraz

- duże korzyści, z których często nie zdajemy sobie sprawy.

Jako próby rozwiązania problemów we współpracy transgranicznej, można zaproponować następujące działania:

- określenie perspektywicznych pól działań (obszar versus specjalizacja oraz napędzanie badań naukowych),
- dążenie do dalszej profesjonalizacji; profesjonalnie finansowane i zarządzane strategie sieciowania;
- elastyczność prawa: stworzenie regulacji stosowanych w drodze wyjątku („klauzule eksperymentalne”),
- wzajemne uznanie standardów fachowo-prawnych,
- wzmocnienie informowania grup docelowych oraz
- transgraniczne shared services.

### **7.6. Hiszpańsko-francuski region przygraniczny**

Pan dr. med. Francesc Bonet, dyrektor generalny AECT-Hospital de Cerdanya/ GECT-Hôpital de Cerdagne przedstawił bardzo obrazowo, w jaki sposób na obszarze obejmującym 1.300 km<sup>2</sup> oraz 33.000 mieszkańców, na którym nie ma poza tym żadnych centrów opieki zdrowotnej, utworzono przy pomocy środków publicznych oraz wielkiej politycznej odpowiedzialności, szpital na granicy dwóch państw.

Od pomysłu aż do otwarcia placówki szpitalnej minęło 5 lat (od 2005 do 2010).

60% kosztów budowy placówki, w wysokości 18,6 milionów EUR, pokryła Unia Europejska. Pozostałe 40% zostało podzielone pomiędzy hiszpański region Katalonia oraz Francję. Roczne koszty utrzymania to ok. 20 milionów EUR. Z tego 60% pokrywa Katalonia, zaś 40% Francja.

70% personelu pochodzi z Katalonii, pozostałe 30% z Francji.

Także wzdłuż tej granicy istnieją problemy, wynikające z różnorodnych systemów opieki zdrowotnej, ale także z różnic w hierarchii przyjętej w administracji oraz jej decentralizacji.

Warunkiem zasadniczym dla zatrudnienia personelu jest dwujęzyczność. Także personel lekarski składa się w zasadzie z osób co najmniej dwujęzycznych.

Problemy istnieją przede wszystkim, jeśli chodzi o ratownictwo medyczne. W szpitalu są dwa systemy alarmowe (francuski i hiszpański). Niestety żaden z nich nie może zostać aktywowany z drugiego kraju. Ponadto żaden z nich nie może zostać użyty w drugim kraju jako wsparcie. Zatem, w razie potrzeby, francuscy ratownicy jadą do Francji, a Hiszpańscy do Hiszpanii.

### **7.7 Wizyta studyjna w Bozen (Tyrol Południowy)**

Od 04.10. - 07.10.2021 miał miejsce wyjazd studyjny do Bozen (Południowy Tyrol) w europejskim regionie Tyrolu, Południowego Tyrolu i Trydent (niem. Europaregion Tirol-Südtirol-Trentino).

Trentino-Südtirol (do 1972 Trentino-Tiroler Etschland) jest autonomicznym regionem w północnych Włoszech. W 2011 r. region Tyrol oraz dwie prowincje autonomiczne Bozen-Południowy Tyrol i Trydent skorzystały z możliwości utworzenia Europejskiego ugrupowania współpracy terytorialnej (EUWT) i przekształciły dotychczasową współpracę – te trzy kraje współpracowały już w przeszłości, ale bez instytucjonalizacji – w powyższą formę prawną, z siedzibą w Bozen.





W pierwszym dniu podróży w programie znalazła się wizyta w Sekretariacie Generalnym EUWT „Region Europejski Tyrol – Południowy Tyrol – Trydent”.

Oprócz prezentacji Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr, program dotyczył poznania różnych instytucji, współpracy zdrowotnej w Południowym Tyrolu oraz systemu opieki zdrowotnej na obszarze EUWT.

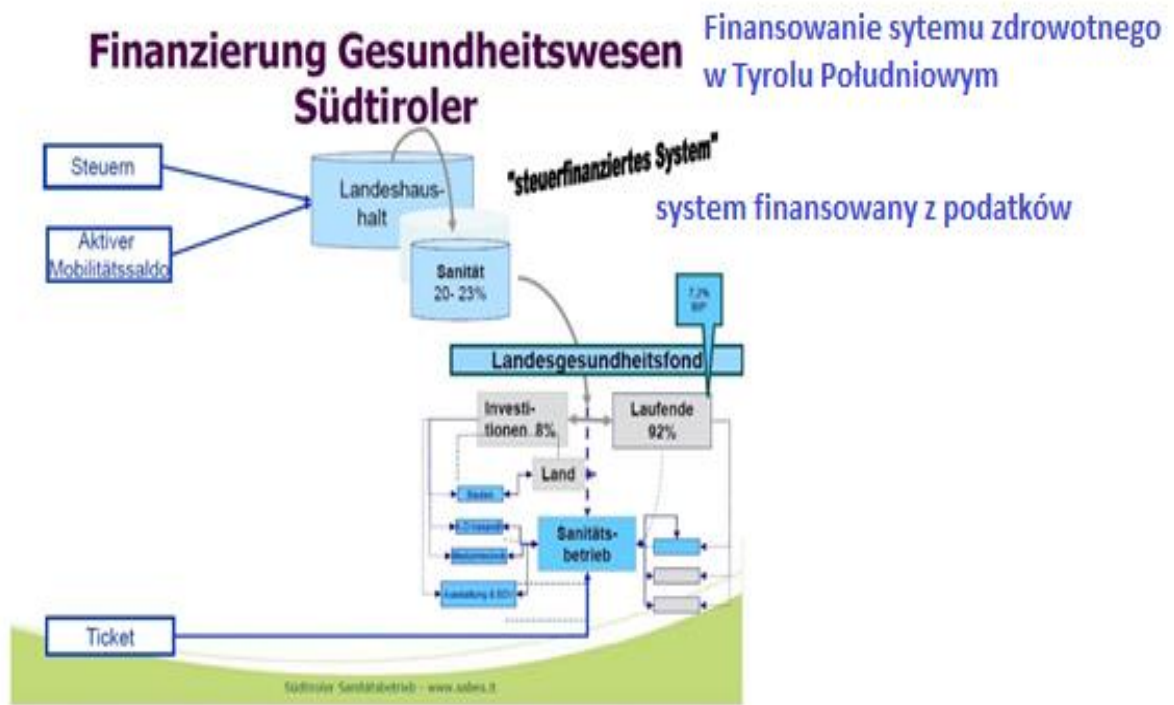
Już w pierwszym bloku tematycznym dotyczącym zdrowia, na uczestników czekała niespodzianka.

Lokalny system opieki zdrowotnej finansowany jest bowiem ze środków publicznych. Oznacza to, zgodnie z Konstytucją Republiki Włoskiej (art. 32), że Republika chroni zdrowie jako podstawowe prawo jednostki i jako interes społeczności oraz gwarantuje bezpłatne leczenie potrzebującym. Dlatego nie ma potrzeby rozróżniania pomiędzy różnymi kasami chorych, ponieważ mieszkańcy otrzymują z urzędu tylko jedną kartę ubezpieczeniową, dzięki której otrzymują leczenie wszędzie. Ubezpieczeni są wszyscy obywatele włoscy posiadający miejsce zamieszkania lub zameldowania we Włoszech/Południowym Tyrolu.

Ze względu na autonomię, publiczna służba zdrowia w Południowym Tyrolu jest finansowana wyłącznie z budżetu regionalnego.

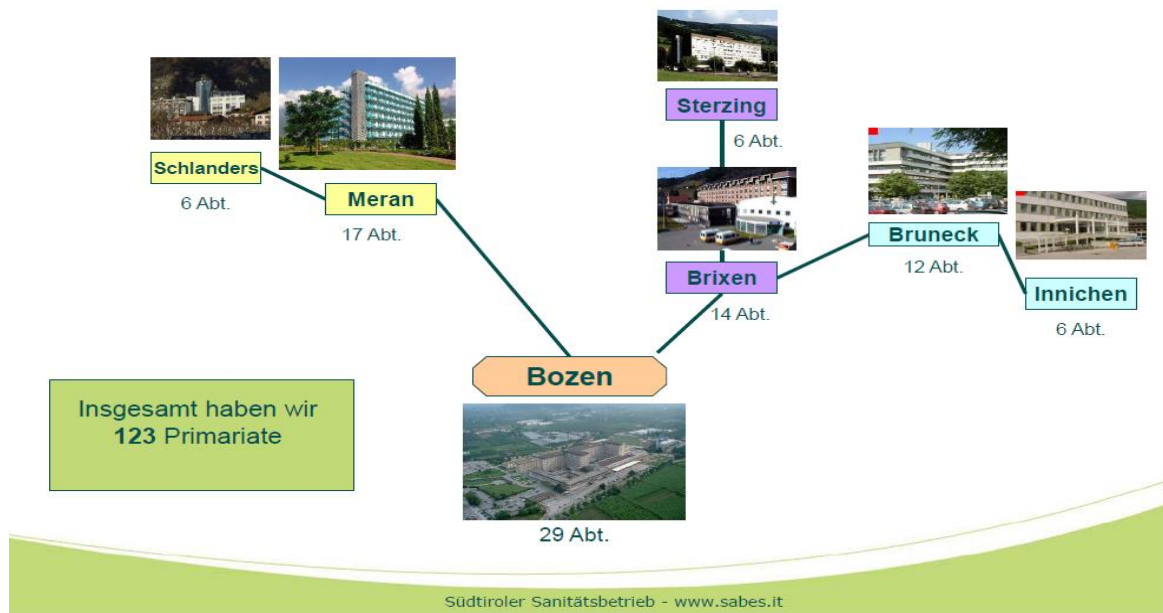


Ilustracja nr 14



Ilustracja nr 15

## Die 7 öffentlichen Krankenhäuser



Transgraniczna opieka zdrowotna ma miejsce tylko w ograniczonym zakresie. Czyli nie ma wspólnej instytucji działającej ponad granicami, ale istnieje raczej duża liczba indywidualnych umów z klinikami w Austrii, np. Tirol Kliniken Uniklinik Innsbruck, LKH Hall, LKH Natters i LKH Hochzirl, centrum rehabilitacyjne Bad Häring (Tyrol), rehabilitacja pacjentów z paraplegią lub amputacją; SALK do leczenia ust, szczęk, roszczeń podniebienia oraz usług interdyscyplinarnych, rekonstrukcyjnych lub mikrochirurgicznych.

Niezależnie od tych indywidualnych przypadków, transgraniczna opieka zdrowotna odbywa się w klasyczny sposób za pomocą ECUZ (Europejska Karta Identyfikacyjna Pacjenta) i odpowiednich dokumentów aplikacyjnych (S2).

Nieco rozczarowania przyniósł również następujący wykład na temat: „Współpraca w sektorze zdrowia i usług użyteczności publicznej na granicy austriacko-włoskiej”. Tytuł już to sugeruje: na granicy, ale nie przez granicę. Również w obszarze opieki nad osobami starszymi i usług użyteczności publicznej dotyczących starości, nacisk kładziony jest zasadniczo na własny region.

*Ilustracja nr 16: Mapa Europaregionu Tirol-Südtirol-Trentino*



Źródło mapy: [wikipedia.de](http://wikipedia.de)

Raz w roku w regionie EUWT odbywa się wspólne sympozjum, na którym omawiane są tematy istotne po obu stronach granicy. Należą do nich np. brak wykwalifikowanych pracowników, jak radzić sobie w czasach pandemii korona wirusa itp.

Kolejny punkt programu stanowiła wizyta w siedzibie Białego Krzyża (niem. Landesrettungsverein Weißes Kreuz) w Bozen. Tu koordynowane są wszystkie akcje ratunkowe w kraju. Biały Krzyż celowo założył i ugruntował swoją pozycję jako niezależna instytucja, obok prawie nieistniejącego Czerwonego Krzyża. W rzeczywistości wszystkie operacje w kraju są organizowane i przeprowadzane przez Weißes Kreuz. Kluczowym faktem jest, że 95% pracowników to wyłącznie wolontariusze. Instytucja ta nie posiada struktury, obejmującej pracy w pełnym wymiarze godzin na zasadzie zatrudnienia.

Choć organizowana „tylko” na zasadzie wolontariatu, stacja ratownicza w Bozen imponuje różnorodnością wyposażenia technicznego, od helikopterów po ciężarówki i pojazdy ratownicze po ratownictwo górskie. Ale i tutaj należy stwierdzić, że sprzęt techniczny jest w zasadzie używany tylko w kraju. Jak wskazano, tutaj obowiązki ratowników kończą się na granicy państwa.

Niezależnie od EUWT – tj. wyraźnie zorientowanej struktury transgranicznej – nadal nie ma możliwości podjęcia akcji ratunkowej w Austrii.

Wizytę w Centrum ochrony cywilnej i ochrony ludności należy również zakwalifikować podobnie, jak poprzednie odwiedzane stacje podczas podróży studyjnej. Nie ma tu wspólnych działań ani planowanych wymian transgranicznych. Co jakiś czas odbywają się wspólne misje testowe i manewry. Do tej pory nie utworzono wspólnego pomysłu ani strategii działania.

Jako podsumowanie należy wskazać, że region wykorzystuje EUWT jako multiplikatora w celu osiągnięcia instytucjonalizacji na szczeblu politycznym. W praktyce jest to jednak tylko szczątkowo widoczne. W bezpośrednim porównaniu z Euroregionem Sprewa-Nysa-Bóbr należy wyraźnie stwierdzić, że niemiecko-polska współpraca, porozumienia i wspólne działania osiągnęły znacznie wyższy poziom współpracy.

## **8. Podsumowanie**

### **8.1. Przegląd potencjałów i przeszkód**

W ramach dotychczasowej wymiany polsko-niemieckiej opracowano po raz pierwszy porównawcze zestawienie dla służby zdrowia w świetle poszczególnej sytuacji prawnej, istotnych struktur, jak również miejsc, gdzie znajdują się szpitale, placówki kształcenia oraz domy opieki. W roku 2016 DPGSV e.V. opracowało pierwsze, elementarne studium transgranicznej opieki medycznej. Na podstawie tej ewaluacji, można nazwać następujące potencjały i przeszkody:

**Podstawowa opieka medyczna** w niemieckiej części Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr może zostać oceniona jako zabezpieczona. Jednakże po polskiej stronie znajduje się, szczególnie w regionie przygranicznym, tylko niewiele placówek opieki zdrowotnej. Dlatego nasuwa się tu możliwość leczenia polskich obywateli po niemieckiej stronie.

W **obszarze opieki specjalizacyjnej** (kardiologia, psychiatria, pulmonologia) występuje niewiele cech wspólnych. Poza tym w Euroregionie jest tylko kilka szpitali specjalistycznych. Mimo to może dojść tu do kooperacji, np. w zakresie kształcenia personelu medycznego.

W **dziedzinie geriatry** Polska jest słabo rozwinięta, zarówno w obszarze klinicznym jak i w opiece poszpitalnej w domach opieki. Istnieją tu szerokie możliwości współpracy nie tylko pomiędzy szpitalami, lecz także pomiędzy placówkami opieki nad seniorami. Trudności stwarzają tu różne systemy finansowania. W przypadku odpowiedniego planowania i zaangażowania się polityków można by jednak ten problem rozwiązać. Za przykład może posłużyć woj. Lubuskie, gdzie temat geriatry jest intensywnie i regularnie poruszany przez rady seniorów<sup>19</sup>.

Dotychczas **współpraca w opiece zdrowotnej** pomiędzy Niemcami i Polską odbywa się tylko w niewielkim zakresie. Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze współpracuje z Kliniką im. Ernsta von Bergmanna w Poczdamie w następującym zakresie: wymiana studentów w celu odbycia praktyki

---

<sup>19</sup><https://www.wzielonej.pl/informacje/region/gdzie-ma-sie-leczyc-senior-dzialaczki-nowoczesnej-apeluja-o-poradnie-geriatryczna/> (Zob. artykuł z dnia 02.04.2019).

zawodowej, jak również bezpośrednie kontakty dla rozbudowy transgranicznej współpracy naukowej<sup>20</sup>.

Ponadto nie istnieją aktualnie żadne inne aktywne formy współpracy między polskimi a niemieckimi szpitalami/klinikami, które wychodziłyby poza sporadyczną wymianę specjalistyczną.

Pod względem prawnym istnieje, jak przedstawiono, możliwość świadczenia wzajemnej opieki zdrowotnej oraz (przynajmniej częściowego) zwrotu powstałych kosztów. Opiekę można tu zapewnić poprzez zawarcie umów z kasami chorych w Niemczech.

W ramach **kształcenia transgranicznego** istnieje jeszcze również duży potencjał, ponieważ współpraca odbywa się, jak wyżej opisano, tylko w nielicznych przypadkach. Wynika to również z faktu, że polskie instytucje szkolą również przyszłych pracowników dla polskich klinik i polskiego rynku.

W obszarze **opieki senioralnej** istnieją duże trudności. Wynikają one z różnych systemów. Otwarcie placówki wzgl. szukanie kooperacji w Polsce do tej pory nie było atrakcyjne dla niemieckich podmiotów, gdyż nie ma możliwości refundacji świadczeń. Niemniej jednak Klinika Łużycka w Forst/Baršć planuje wybudowanie domu opieki po stronie polskiej.

Należy tu jednak odróżnić pojęcia geriatry i opieki senioralnej. Geriatria, zwana także medycyną wieku podeszłego, jest nauką o chorobach osób starszych. Dlatego w szpitalach są oddziały geriatryczne.

W zakresie opieki senioralnej mówimy zasadniczo o opiece ambulatoryjnej oraz stacjonarnej. Właśnie ta forma opieki nie istnieje w szpitalach.

Jednocześnie należy wspomnieć, że także prewencja stanowi palący temat po obu stronach Nisy. Ten temat nie został jeszcze wspólnie opracowany wzdłuż polsko-niemieckiej granicy. Chorobliwa otyłość jest jednak zarówno w niemieckim Euroregionie, jak i w woj. lubuskim bardzo rozprzestrzeniona i dotyka przede wszystkim młodzież i dzieci<sup>21</sup>.

Generalnie wykrystalizowały się następujące bariery, które stoją na drodze polepszonej współpracy:

- bariery językowe;
- niewystarczająca znajomość sytuacji prawnej przez obu partnerów;
- brak większej i długoletniej strategii (na najmniej 10 lat);
- brakujące lub znikające kontakty osobiste;
- zbyt małe wsparcie ze strony polityki poza okresem wyborczym.

---

<sup>20</sup><http://www.klinikumebv.de/presse/pressemittelungen-detail/news//klinikum-ernst-von-bergmann-potsdam-schliesst-kooperation-mit-polnischem-krankenhaus-1.html>.

<sup>21</sup> Patrz także [https://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/dickstes-problem-in-brandenburg-und-sachsen\\_aid-35545259](https://www.lr-online.de/nachrichten/brandenburg/dickstes-problem-in-brandenburg-und-sachsen_aid-35545259) (Zob. Lausitzer Rundschau z dnia 09.01.2019) oraz [https://www.lubuskie.uw.gov.pl/wydzial\\_zdrowia/Aktualnosci/Swiatowy\\_Dzien\\_Walki\\_z\\_Otyloscia/idn:12364.html](https://www.lubuskie.uw.gov.pl/wydzial_zdrowia/Aktualnosci/Swiatowy_Dzien_Walki_z_Otyloscia/idn:12364.html) a także <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/izz-co-piaty-uczen-zmaga-sie-z-otyloscia-lub-nadwaga,76635.html>.

## **8.2. Zalecane działania**

W przypadku, gdy podstawowa opieka wykazuje braki, mogą one zostać uzupełnione przez kooperacje, np. w takim niemieckim euroregionalnym stylu współpracują ze sobą w zakresie geriatry i oddziałów pobytu dziennego (ambulatorium) Klinika Łużycka w Forst/Baršć i szpital w Sprembergu/Grodku. W Sprembergu/Grodku ma powstać geriatryczna klinika pobytu dziennego, a w Forst/Baršć taka sama klinika psychiatryczna. Tym samym można uzupełnić braki w opiece nad osobami starszymi w regionie Sprembergu/Grodka.<sup>22</sup>

Kooperacja w zakresie geriatry istnieje do tego również między Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH (szpital miejski) oraz Naemi-Wilke-Stift (szpital w Guben). Tego typu działania mają ogromne znaczenie, ponieważ zmiany demograficzne mają wpływ na cały obszar euroregionu. Dlatego transgraniczne kooperacje mogą mieć decydujący wkład dla stabilizacji niemieckich i polskich miast, gdzie znajdują się szpitale.



W związku z powyższym w kolejnych projektach należy podjąć następujące działania:

- kształcenie językowe w szkołach;
- promowanie kursów językowych w przedsiębiorstwach, kursy finansowane przez kraj związkowy;
- włączenie polityki;
- utworzenie jednolitej i połączonej strategii;
- utworzenie platform do wymiany osobistej (sympozja, warsztaty itp.);
- wspieranie zmiany stylu myślenia; „zamiast konkurować między sobą o pracowników, należy spojrzeć na dobro regionu jako całości”;
- utworzenie stałych punktów informacyjnych;
- zarządzanie transferem wiedzy.

Transgraniczna współpraca w zakresie zdrowia to trwały projekt, który nie jest zorientowany na okresy wsparcia, czy pojedyncze zakresy wsparcia. Zainicjowane projekty funkcjonują w dużej mierze na płaszczyźnie kontaktów osobistych. Niezbędnym jest, aby w te działania włączyli się politycy oraz aby pracownicy służby zdrowia zostali oddelegowani do oddziałów w polskiej/niemieckiej placówce służby zdrowia. Także te działania mogą być wspierane przez Kraj Związkowy i powiaty.

Dodatkowo już na niższym poziomie, powinny zostać stworzone możliwości dla spotkań i współpracy (m.in. poprzez Fundusz Małych Projektów).

Ostatecznie w ramach przyszłych projektów, względnie aktywności grup roboczych, powinny zostać poruszone następujące priorytety i tematy fachowe:

- prewencja;
- opieka adekwatna do wieku;
- współpraca szpitali oraz
- transgraniczne ratownictwo medyczne - doświadczenia zdobyte w praktyce (po podpisaniu porozumienia).

<sup>22</sup> Patrz także Lausitzer Rundschau z 08.12.2017 r., strona 13.



Ważne aspekty stanowią geriatryczna / gerontologiczna opieka zdrowotna. Do wyjaśnienia pozostają pojęcia różniące się w Polsce i w Niemczech, możliwości zdobycia wykształcenia oraz potencjał transferu wiedzy. Także zmiany demograficzne zachodzące w znacznym stopniu w naszym społeczeństwie, jak już zauważono na początku, stawiają podmioty aktywne w tym zakresie przed identycznymi wyzwaniami.



## 9. Aktualny wpływ pandemii koronawirusa na obszar przygraniczny

### 9.1. Podsumowanie okresu marzec-czerwiec 2020

Pandemia koronawirusa dotknęła Polskę oraz Niemcy na początku 2020 roku nagle i bez ostrzeżenia. W regionie przygranicznym wyjątkowo dotkliwie odczuwalny był lockdown (kwarantanna, zamknięcie obiektów publicznych i zastój w życiu codziennym), choć na szczęście liczba zachorowań utrzymuje się (jak dotąd) na niskim poziomie.<sup>23</sup>

Zamknięcie granic 15 marca 2020 roku oznaczało dla rodzin przejściową rozłąkę, a dla pracowników i stażystów brak dostępu do swojego miejsca pracy bądź praktyk zawodowych. Sytuacja ta miała poważne konsekwencje po obu stronach granicy, w szczególności w sektorze opieki zdrowotnej. Polski personel medyczny i pielęgnacyjny oraz wielu innych pracowników sektora opieki zdrowotnej i socjalnej stanęło przed wyborem albo kontynuowania pracy w Niemczech, aby zabezpieczyć swoje dochody, albo powrotu do swoich rodzin w Polsce. Przy wjeździe do Niemiec lub do Polski podlegali oni obowiązkowej 14-dniowej kwarantannie. Oznaczało to *de facto* 4-tygodniową kwarantannę.

Rozporządzeniem w sprawie kwarantanny dla osób wjeżdżających i powracających w celu zwalczania w Brandenburgii nowego koronawirusa SARS-CoV-2 i COVID-19 ustanowiono w Niemczech z dniem 9 kwietnia 2020 roku przepis znoszący kwarantannę również dla personelu medycznego. Tym samym Polacy odzyskali możliwość ponownego wjazdu do Niemiec. Niestety po wjeździe do Polski nadal kierowano ich na kwarantannę. W tej kwestii Polska i Niemcy nie przyjęły wspólnej regulacji.

Dopiero 4 maja 2020 roku, a więc 7 tygodni po zamknięciu granic, po długich negocjacjach rządu Brandenburgii z rządem RP, granice ponownie otwarto dla osób dojeżdżających do pracy. Złagodzenie to **nie dotyczyło** personelu medycznego, który nadal podlegał obowiązkowi pozostania w 14-dniowej kwarantannie w Polsce.

Z pewnością korzystne okazało się to, że Brandenburgia udzieliła wszystkim polskim pracownikom transgranicznym pozostającym w Niemczech nieskomplikowanego wsparcia finansowego w postaci zwrotu poniesionych kosztów w wysokości 65 EUR dziennie oraz 20 EUR dziennie dla członka rodziny przebywającego w Brandenburgii.

<sup>23</sup> W dniu 30.06.2020 roku w powiecie Spree-Neiße/Wokrejs Sprjewja-Nysa znajdowało się 66 potwierdzonych przypadków (w tym 65 wyleczonych), w Cottbus/Chóśebuz 39 potwierdzonych przypadków (w tym 39 wyleczonych) a w całym województwie lubuskim 151 przypadków. Do końca czerwca nie potwierdzono żadnego przypadku śmierci w związku z Covid-19, zob. <https://www.facebook.com/LandkreisSpreeNeisse/>, [https://www.cottbus.de/verwaltung/gb\\_iii/gesundheits/corona/index.html](https://www.cottbus.de/verwaltung/gb_iii/gesundheits/corona/index.html) oraz <http://lubuskie.pl/koronawirus/> (stan na dzień 06.07.2020)

Dopiero 16.05.2020 roku obowiązek kwarantanny dotyczący personelu medycznego został ostatecznie zniesiony.

W sektorze opieki zdrowotnej zamknięcie granic dotyka szpitali, domów spokojnej starości, gabinetów lekarskich i domów opieki oraz aptek. W samym tylko kraju związkowym Brandenburgii, w wyżej wymienionych placówkach pracuje w sumie kilka tysięcy pracowników transgranicznych, co prowadzi do spadku ilości pracowników po stronie niemieckiej, a po polskiej do obniżenia regularnych dochodów.

## **9.2 Potencjały i przeszkody**

Sytuacja w kryzysie związanym z koronawirusem uwidoczniła przede wszystkim jedno: słabe punkty wspólnej pracy i wspólnego życia w polsko-niemieckim obszarze powiązań. To, co traktuje się jako oczywiste, trzeba wypracowywać każdego dnia na nowo. Wymaga to silnych struktur i sieci powiązań, jak również osobistych kontaktów i bezpośredniego dojścia do właściwych instytucji. Stworzone do tej pory kanały komunikacyjne przeszły pomyślnie sprawdzian.

Koordinator RFN ds. polsko-niemieckiej współpracy i jednocześnie premier kraju związkowego Brandenburgii, pan Dietmar Woidke, wypowiedział w związku ze zniesieniem obowiązku kwarantanny następujące słowa:

*"To jest niezwykle dobra wiadomość dla wielu placówek służby zdrowia i opieki w naszym kraju, które pilnie potrzebują polskich specjalistów. Praca naszych koleżanek i kolegów z Polski jest wysoko ceniona w niemieckich placówkach służby zdrowia. (...) Dziękuję Rządowi RP w Warszawie za jego decyzję. Jest ona oznaką dobrej współpracy polsko-niemieckiej również w trudnych czasach".*<sup>24</sup>

Nie należy natomiast tracić z oczu faktu, że trzeba się lepiej przygotować w szczególności na tego rodzaju sytuacje. Działalność transgraniczna już dawno przestała być wyjątkiem i stała się regułą. Nie chodzi tylko o osoby dojeżdżające do pracy. Wielu polskich obywateli osiedliło się w Niemczech, gdzie ich dzieci uczęszczają do przedszkoli i szkół. Jednocześnie co roku do Polski emigruje przeciętnie około 8 tyś. Niemców, w tym również do regionu przygranicznego.

## **9.3 Zalecane działania**

Opisane wyżej trwałe relacje należy poddać ponownej ocenie najpóźniej po zakończeniu pandemii koronawirusa. Stało się bowiem jasne, że region przygraniczny - po 30 latach współpracy - jest obszarem gospodarczym, którego nie można po prostu nagle zamknąć. Należy stworzyć struktury, które umożliwią wzajemne porozumiewanie się w takich sytuacjach, które otworzą i zapewnią trwałe kanały komunikacji i zaoferują rozwiązania osobom pracującym po obu stronach Odry i Nisy.

Istnieją tu różne możliwości:

Dziedzina ochrony zdrowia i spraw społecznych winna być stałym tematem następujących gremiów:

- Partnerstwa-Odra,
- Polsko-Niemieckiej Komisji Międzyrządowej oraz
- podczas regularnych spotkań ministerstw Brandenburgii z polskimi urzędami marszałkowskimi.

Należy dodatkowo opracować **transgraniczną (polsko-niemiecką) strategię na wypadek pandemii**, aby w oparciu o nią przyjąć jednolite przepisy tworzące podstawę prawną.

---

<sup>24</sup> <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aamt/koordinatoren/deutsch-polnische-zusammenarbeit-node/-/2342720>



Podczas pandemii należy wdrożyć adekwatne działania. Różnorodne rozwiązania należy przyjmować stosownie do sytuacji w oparciu o dialog i wzajemne zrozumienie.

Należy uwzględnić odrębność systemów w Polsce i w Niemczech. W Polsce kompetencje posiada przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia w Warszawie, które wydaje stosowne regulacje prawne, natomiast województwa zobowiązane są do ich przestrzegania.

Struktura federalna Niemiec powoduje, że za granice zewnętrzne odpowiada rząd niemiecki. Wdrożenie odpowiednich regulacji prawnych jest z reguły zadaniem krajów związkowych, które z kolei delegują wykonanie przepisów właściwym powiatom i instytucjom ochrony zdrowia.

W odrębnych projektach możliwe jest podjęcie działań w celu opracowania podstawy wspólnej strategii dot. pandemii dla pogranicza polsko-niemieckiego obejmujących co najmniej:

- analizę statystyczną liczby przypadków w 2020 roku (zachorowania, kwarantanny, intensywne terapie, zgony, wyzdrowienia itp.)
- ewidencjonowanie polsko-niemieckiego przemieszczania się osób dojeżdżających do pracy (zwłaszcza w dziedzinie medycyny i opieki),
- porównanie aktualnych warunków ramowych w Niemczech i w Polsce (ustawy o ochronie przed zakażeniami, koncepcje szczepień, środki higieny itp.)
- opracowanie dwujęzycznych ulotek informacyjnych w formie drukowanej i cyfrowej (osoby do kontaktu, definicje, praktyczne informacje na temat zasad i przepisów drugiej strony itp.)

Pandemia nie zatrzymuje się przed granicami państw. Kryzys wyraźnie pokazał, że potrzebujemy "więcej Europy" w obszarze współpracy wewnątrzspółnotowej (tj. w celu zwiększenia zdolności opanowania pandemii), wzmocnienia systemów zdrowia publicznego w poszczególnych państwach członkowskich oraz większej autonomii w zakresie strategicznych materiałów medycznych w celu właściwego przewidywania takich zagrożeń.

## **10. Spis źródeł internetowych**

[www.dlahandlu.pl](http://www.dlahandlu.pl) – Portal „Dla handlu“

[www.eu-patienten.de](http://www.eu-patienten.de) – Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

[www.infor.pl](http://www.infor.pl) – Wydawnictwo fachowe z siedzibą w Warszawie

<https://mfiles.pl/pl/index.php/Benchmarking> - Encyklopedia Zarządzania, Benchmarking

[www.klinikumebv.de](http://www.klinikumebv.de) – Ernst von Bergmann Klinikum in Potsdam

<https://www.lr-online.de/> - Lausitzer Rundschau

[www.lubuskie.uw.gov.pl](http://www.lubuskie.uw.gov.pl) – Urząd Marszałkowski woj. Lubuskiego

[www.naemi-wilke-stift.de](http://www.naemi-wilke-stift.de) – Naemi-Wilke-Stift Guben

[www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) – Nationaler Gesundheitsfonds (NFZ)

<https://www.pflege-navigator.de/> - AOK Die Gesundheitskasse

[www.wzielonej.pl](http://www.wzielonej.pl) – Portal Uniwersytecki Zielona Góra

<http://zielonagora.stat.gov.pl> – Urząd Statystyczny w Zielonej Górze

<http://euroregion-snb.pl> – Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr

[www.euroregion-snb.de](http://www.euroregion-snb.de) – Euroregion Spree-Neiße-Bober e.V.

<https://www.dvka.de> – deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland des GKV-Spitzenverbandes

[www.Lubuskie.pl](http://www.Lubuskie.pl) – Website der Wojewodschaft Lebus Land

[www.rettungsdienst-mol.de](http://www.rettungsdienst-mol.de)

<https://www.facebook.com/LandkreisSpreeNeisse/>

[https://www.cottbus.de/verwaltung/gb\\_iii/gesundheit/corona/index.html](https://www.cottbus.de/verwaltung/gb_iii/gesundheit/corona/index.html)

<http://lubuskie.pl/koronawirus>

<https://www.auswaertiges-amt.de/de/aamt/koordinatoren/deutsch-polnische-zusammenarbeit-node/-/2342720>

**Załącznik nr 1:**

**Niemcy**

**Szpital ogólny i specjalistyczny**

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

---

Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH

---

Krankenhaus Spremberg

---

Lausitz Klinik Forst GmbH

---

Naemi-Wilke-Stift Guben

**Polska**

**Szpital ogólny i specjalistyczny**

Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

---

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Zielonej Górze

---

105. Kresowy Szpital Wojskowy z przychodnią SPZOZ, Żary

---

Szpital Na Wyspie Sp. z o.o., Żary

---

Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o.

---

Lubuskie Centrum Ortopedii im. dr. Lecha Wierusza Sp. z o.o., Świebodzin

---

Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Krosno Odrzańskie

---

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie

---

Nowy Szpital we Wschowie Sp. z o.o.

---

Nowy Szpital w Szprotawie Sp. z o.o.

---

Lubuski Szpital Specjalistyczny Pulmonologiczno-Kardiologiczny w Torzymiu Sp. z o.o.

---

Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ w Nowej Soli

---

"MEDINET" Sp. z o.o., Nowa Sól

## **Załącznik nr 2:**

### **Niemcy**

#### **Domy Opieki i Domy Seniora**

Altenpflegeheim "Rosa Thälmann" Guben

---

Kursana Domizil Guben – Haus Zacharias Guben

---

Ev. Seniorenzentrum „Herberge zur Heimat“ Guben

---

Pro Seniore Residenz Deulowitz Guben

---

Seniorenzentrum Peitz

---

Ev. Seniorenzentrum „Friedenshaus“ Forst

---

Residenz Rosenstadt Forst

---

Haus „Am Rosengarten“ Forst

---

„Albert Schweitzer Haus“ Pflegeeinrichtung Cottbus

---

Malteserstift Mutter Teresa Cottbus

---

Senioren-Wohnpark Cottbus SWP GmbH Cottbus

---

Seniorenresidenz am Sanzeberg Cottbus

---

Pflegezentrum „Am Blechenpark“ Cottbus

---

Alten- und Pflegeheim St. Hedwig Döbern

---

DRK-Seniorenwohnanlage Haus Am Mühlengraben Forst (Lausitz)

---

DRK-Altenpflegeheim Kolkwitz

---

Seniorenheim Betreute Wohngruppe Guben

---

Seniorenheim St. Florian-Stiftung Guben

---

Seniorenresidenz Villa Cohn Guben

---

Lausitzperle - Seniorenzentrum Spremberg

---

Seniorenheime des Landkreises Oder-Spree GmbH Beeskow

---

Pflegeheim Cottbus

---

Altenpflegezentrum Cottbus-Sachsendorf

---

Altenpflegeheim Spremberg

---

M.E.D. Altenpflege GmbH Cottbus

---

Pflegezentrum Mühleninsel

---

AWO Wohnstätte für Senioren Cottbus

---

Altenpflegeheim Am Haag Forst (Lausitz)

---

BFR Senioren Services GmbH Cottbus

---

Pflegeschwerpunkt Guben

### **Polska**

#### **Domy Opieki i Domy Seniora**

Dom Pomocy Społecznej Lubsko

---

Rodzinny Dom Seniora Leśne Zacisze Żary

---

Dom Pomocy Społecznej w Miłowicach Żary

---

Rodzinny Dom Seniora Olive Garden Gubin

---

Dom Pomocy Społecznej dla Kombatantów im. Jana Lembasa Zielona Góra

---

Dom Pomocy Społecznej Zielona Góra

---

Dom Seniora Zielona Góra

---

Nursing Home ZNIMI Zielona Góra

---

Pensjonat Akacyjowa Zagroda Dobroszów Wielki, Nowogród Bobrzański

---

Dom Pomocy Społecznej Szczawno Krosno Odrzańskie

---

Dom Opieki Corda Szczepanów

---

Zakład Opiekuńczo-Lecznicy Szprotawa

---

Dom Pomocy Społecznej Jordanowo

---

Dom Pomocy Społecznej Toporów

---

Dom Pomocy Społecznej Glińsk

---

Dom Pomocy Społecznej Kozuchów

---

Dom Pomocy Społecznej Wschowa

---

Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów

---

Dom Pomocy Społecznej Trzebiechów, filia Bełcze

---

ZOL Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej Klenica

---

Dom Seniora Atrium Jarogniewice

---

Dom Pomocy Społecznej Szczawno, Dąbie Lubuskie

---

Dom Opieki „GeriaMed-Domowe Zacisze” Kozuchów

---

Rodzinny Dom Seniora Cichy Dom Iłowa Żagańska