



**NAEMI
WILKE
STIFT**



**TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN**



Studium wykonalności
w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej
w Euromieście Gubin-Guben – wytyczne do praktycznej
realizacji polsko-niemieckiej opieki nad pacjentami



**BB-PL
INTERREG V A
2014-2020**

Europäische Union
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

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

Spis treści

Wstęp	1
1. Wstęp.....	3
1.1 Kontekst i cele transgranicznego projektu „Zdrowie bez granic“	4
1.2 Metodologiczne rozważania wstępne - struktura studium i metody badawcze	8
1.3 Przykłady współpracy w innych regionach przygranicznych	8
2. Ramy prawne - kompetencje legislacyjne UE w sektorze zdrowia	9
3. Euromiasto Gubin-Guben	11
3.1 Rozwój demograficzny do 2020 r.....	13
3.2 Struktura ludności i prognoza do 2030 r.	14
4. Usługi zdrowotne w Euromieście Guben- Gubin.....	17
4.1 Sytuacja w zakresie opieki stacjonarnej w regionie przygranicznym Gubin-Guben	18
4.2 Sytuacja w zakresie opieki ambulatoryjnej w regionie przygranicznym Gubin-Guben	19
4.2.1 Zasoby kadrowe	19
4.2.2 Uzupełniające zasoby opieki ambulatoryjnej	20
4.3 Opieka w przypadkach nagłych.....	21
5. Rozwój popytu na usługi zdrowotne w regionie przygranicznym.....	24
5.1 Rosnąca mobilność pacjentów w Naemi-Wilke-Stift.....	24
5.1.1 Zachęty migracyjne dla polskich pacjentów	26
5.1.2 Zachęty migracyjne dla niemieckich pacjentów.....	27
6. Możliwości działania w ramach współpracy transgranicznej.....	27
6.1 Rozważenie możliwości współpracy.....	27
6.2 Rekomendowane działanie	29
7. Praktyczne podejście i zalecane strategie odnośnie do transgranicznej oferty usług medycznych w Euromieście Gubin-Guben	30
7.1. Praktyczne wytyczne dotyczące działań dla pracowników przygranicznych	32
7.2. Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia planowego w Polsce i w Niemczech...	39
7.2.1. Planowe leczenie - Praktyczne wskazówki dotyczące działań w obszarze stacjonarnym	42
7.2.2. Planowane leczenie - Praktyczne wskazówki dotyczące działań w obszarze ambulatoryjnym.....	46
7.3. Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia nieplanowego – stacjonarna i ambulatoryjna opieka zdrowotna w nagłych wypadkach	48
8. Przeszkody, wyzwania i rekomendacje transgranicznej opieki zdrowotnej.....	54
9. Rekomendowane kierunki działań dla wdrożenia transgranicznej opieki zdrowotnej w Euromieście Gubin-Guben	56
9.1. Stałe promowanie dwujęzyczności w placówkach medycznych	56

9.2.	Rozbudowa sieci współpracy transgranicznej	56
9.3.	Międzynarodowe Biuro Pacjenta - Case Management International	57
9.4.	Marketing i informacja.....	58
9.5.	dwujęzyczne kształcenie i doskonalenie zawodowe dla personelu medycznego - polsko-niemiecka akademia.....	58
9.6.	Dalsza współpraca w zakresie opieki w nagłych wypadkach	59
9.7.	Centrum Kompetencji i Koordynacji Transgranicznej Opieki Zdrowotnej - Transgraniczne Centrum Opieki Medycznej Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr.....	59
10.	Bibliografia	61
	Spis ilustracji	64
	Spis tabel	65
	Aneks	65

Wstęp

„Niemożliwe uczynić możliwym.“

Konrad Adenauer 1965 r.

W celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w innym kraju UE konieczny jest szeroki zakres informacji na temat obowiązujących w danym kraju regulacji, procesów administracyjnych i klinicznych, gwarantowanej ciągłości i jakości opieki, a także procesów proceduralnych i odpowiedzialności. Opracowanie to koncentruje się w szczególności na transgranicznej opiece zdrowotnej pomiędzy dwoma państwami UE – Polską i Niemcami, z odniesieniem do Euromiasta Gubin-Guben.

Wiele osób i instytucji zajmowało się już wcześniej transgraniczną opieką zdrowotną. Niniejsze studium oraz zalecane działania w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej są wynikiem praktycznej współpracy wielu podmiotów oraz polsko-niemieckiej sieci współpracy, która powstała w okresie realizacji projektu. W ten sposób udało się zidentyfikować wiele, ale bynajmniej nie wszystkie problemy i znaleźć odpowiedzi na trudne pytania. Do sieci współpracy należą zewnętrzni partnerzy współpracy z instytucji polskich i niemieckich, jak np. urzędy gminy Gubin i Guben, Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr (SNB) oraz członkowie Grupy Roboczej Zdrowie. Należą oni do licznych sojuszników i wspólnych towarzyszy na drodze do transgranicznej opieki zdrowotnej. Że nie jest to w żadnym wypadku niemożliwe, pokazały wyjazdy studyjne w ramach projektu, np. do Gmünd czy Gorzowa Wielkopolskiego. Podobnie jak zorganizowane przez Euroregion wyjazdy studyjne na pogranicze niemiecko-francuskie oraz do Bolzano w Południowym Tyrolu/ Górnej Adydy. Stała wymiana z przedstawicielami tych instytucji zawsze pobudza do refleksji nad własnym regionem przygranicznym.

Do merytorycznego przygotowania niniejszego studium uwzględniono pomysły i przemyślenia następujących osób z utworzonej polsko-niemieckiej grupy eksperckiej modelowego Euromiasta Gubin-Guben: Gottfried Hain (były dyrektor administracyjny NWS), Nadine Städter (Miasto Guben, kierownik Wydziału IV. Szkoły/ Młodzież/ Sport/ Sprawy Społeczne), Krzysztof Dziurdziejewicz i Joanna Kwiecień (Miasto Gubin, Wydział Europejski), Beate-Victoria Ermisch (kierownik Biura Projektów NWS), Krzysztof Zdobylak (Miasto Guben, kierownik Biura Burmistrza), Carsten Jacob (dyrektor niemieckiego biura Euroregionu), Kathleen Markus (wicedyrektor niemieckiego biura Euroregionu), Czesław Fiedorowicz (prezes Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr), Enrico Triebel (Polsko-Niemieckie Stowarzyszenie ds. Zdrowia i Spraw Społecznych), Arkadiusz Łukowski (AOK), Andreas Preuß (DAK) i inne osoby.

Chcielibyśmy również podziękować interesariuszom politycznym, którzy w minionych latach regularnie odwiedzali naszą placówkę, mogli zobaczyć postępy i zawsze wspierali nas w kontynuacji projektów transgranicznych. Wśród nich m.in. premier Dietmar Woidke, minister Katrin Lange, marszałek Elżbieta Polak, Michael Zaske z Ministerstwa Zdrowia, Bożena Chudak z Urzędu Wojewódzkiego, sekretarz stanu Jobst-Heinrich Ubbelohde oraz kierownik Referatu ds. Interreg w Ministerstwie Katrin Müller-Wartig, jak również Wspólny Sekretariat i Bank Inwestycyjny Kraju Związkowego Brandenburgia.

Szczególne podziękowania kierujemy do prof. dr Jochena Schmidta i dr Anji Zscheppang z Uniwersytetu Technicznego w Dreźnie, którzy naukowo wspierali nasze studium wykonalności. Dziękujemy również Kancelarii Dr. Hempel, Kleinbömer und Partner i w szczególności mecenasowi Marcinowi Krzymuskiemu za wsparcie w ramach ekspertyzy prawnych warunków ramowych.

Zespół redakcyjny:

Kierownictwo: Anna Wróbel M.A., polsko-niemiecka koordynatorka ds. zdrowia NWS, certyfikowana Case Manager DGCC, koordynatorka projektu „Zdrowie bez granic“

Ingolf Simmank Dipl.-BW (FH), kierownik ds. kontrolingu/dyrekcji szpitala NWS

Gottfried Hain Dipl.-BW, były dyrektor administracyjny NWS

Ina Thomas B.Sc., zarządzanie projektami NWS

Beate-Victoria Ermisch, Dipl.-Kfr. (FH) kierowniczką Biura Projektów NWS

Wykluczenie odpowiedzialności:

Niniejsze studium przygotowane zostało z najwyższą starannością. Celem jest dostarczenie mieszkańcom polsko-niemieckiego pogranicza obszernych, rzetelnych i zorientowanych na praktykę informacji. Nie można wykluczyć, że po publikacji dokonano zmian lub wkradły się błędy. Ponadto, ze względu na złożoność obowiązujących przepisów, nie było możliwe uwzględnienie wszystkich szczególnych przypadków. Szpital Naemi-Wilke-Stift nie ponosi odpowiedzialności za informacje zawarte w niniejszym studium. Z informacji tych nie można wywodzić żadnych roszczeń prawnych. Miarodajne są wyłącznie podstawy prawne.

1. Wstęp

Gubin i Guben tworzą polską i niemiecką stronę pierwotnie jednolitego miasta, przez środek którego przebiega granica państwowa. Od 1991 roku oba miasta wykorzystują szanse, jakie daje zjednoczenie Europy, aby na podstawie umowy partnerskiej stopniowo budować wspólne euromiasto. Od tego czasu z powodzeniem zrealizowano tu liczne polsko-niemieckie projekty, wspólne inwestycje i inicjatywy transgraniczne. Współpraca transgraniczna w ostatnich latach zyskała w coraz większym stopniu na znaczeniu również w obszarze zdrowia.

Unijna dyrektywa o mobilności pacjentów, która od 2013 roku obowiązuje również obywateli polskich, oraz fakt, że na pograniczu zatrudnionych jest coraz więcej polskich pracowników, stworzyły pozytywne ramy dla rozwoju transgranicznej opieki zdrowotnej.

Z tego powodu założony ponad 140 lat temu szpital Naemi-Wilke-Stift (NWS) po stronie niemieckiej prowadzi oprócz szpitala także inne placówki opieki zdrowotnej. Oba miasta Gubin i Guben, jak również Euroregion Sprewa-Nysa-Bóbr, będą na tej podstawie nadal forsować polsko-niemieckie projekty współpracy w sektorze zdrowia.

Zaczęło się od pierwszych zrealizowanych działań polsko-niemieckich, takich jak specjalistyczne sympozja medyczne, wydarzenia informacyjne dla ludności polskiej i niemieckiej oraz dni "otwartych drzwi" (otwarcie sekcji medycznych dla zainteresowanej społeczności) w części stacjonarnej i ambulatoryjnej szpitala. Badania wykazały, że zarówno wśród ludności polskiej i niemieckiej, jak i wśród specjalistów istnieją znaczne niedobory informacyjne dotyczące warunków i możliwości opieki medycznej po drugiej stronie.

Szpital Naemi-Wilke-Stift leży w bezpośrednim pobliżu polsko-niemieckiej granicy, po stronie niemieckiej. Najbliższe szpitale po polskiej stronie znajdują się w odległości 30 bądź 60 km. Nieoptymalna infrastruktura po stronie polskiej skłoniła mieszkańców i administrację do wysondowania możliwości transgranicznej opieki zdrowotnej i oceny, jak można ją zrealizować w praktyce. Przy rosnących potrzebach społeczeństwa, również w odniesieniu do miejsca pracy i zamieszkania, zasoby medyczne dostępne w dwumieście Gubin-Guben mogłyby być wykorzystywane po obu stronach granicy.

Ludzie po obu stronach granicy potrzebują szybkiej i profesjonalnej opieki medycznej najkrótszą drogą, zwłaszcza w nagłych wypadkach i ostrych zachorowaniach.

Potrzeba ludności w zakresie opieki zdrowotnej blisko miejsca zamieszkania była podstawą projektu **„Zdrowie bez granic w Euromieście Gubin-Guben“**, w ramach którego przygotowano niniejsze studium. Jego celem było ustalenie i przeanalizowanie istniejących

potrzeb i zasobów w zakresie opieki w regionie przygranicznym Gubin-Guben oraz wyprowadzenie z nich konkretnych działań.

Złożoność tego tematu znajduje odzwierciedlenie w kilku publikacjach znanych gremiów naukowych i struktur Unii Europejskiej, które wskazują, że transgraniczna opieka zdrowotna ma jeszcze dotychczas niewykorzystany potencjał. Można tu przywołać kilka wybranych dokumentów:

1. Sprawozdanie Komisji Europejskiej dla Parlamentu Europejskiego i Rady dotyczące funkcjonowania dyrektywy 2011/24/UE w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej z dnia 21.06.2018 r.
2. Sprawozdanie specjalne Europejskiego Trybunału Obrachunkowego dot. "Działań UE w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej: ustanowiono ambitne cele, lecz konieczne jest usprawnienie zarządzania" z 2019 r.
3. Badanie Instytutu Gospodarki Niemieckiej w Kolonii (Institut der deutschen Wirtschaft Köln) „Dlaczego tak mało się korzysta?” („Warum so wenig genutzt?“) „Krajowe bariery dla transgranicznej opieki nad pacjentem w UE” („Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patient*innenversorgung in der EU“ IW policy paper 4/2017

1.1 Kontekst i cele transgranicznego projektu „Zdrowie bez granic“

W ramach projektów i działań specjalnych Naemi-Wilke-Stift od 2014 roku sukcesywnie współpracuje z administracją miast Gubin i Guben w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej, aby usunąć wciąż istniejące przeszkody w transgranicznej opiece zdrowotnej i stworzyć bardziej równe szanse w dostępie do placówek służby zdrowia.

Aby wszystkie osoby zaangażowane w opiekę zdrowotną po obu stronach mogły współpracować i wykorzystać istniejący potencjał, niezbędne było i jest pokonanie barier językowych i ugruntowana wymiana specjalistyczna.

Projekt "Zdrowie bez granic" ma posłużyć efektywnemu usieciowaniu struktur i zasobów opieki zdrowotnej po obu stronach Nysy, aby przeciwdziałać strukturalnym słabościom w tym zakresie.

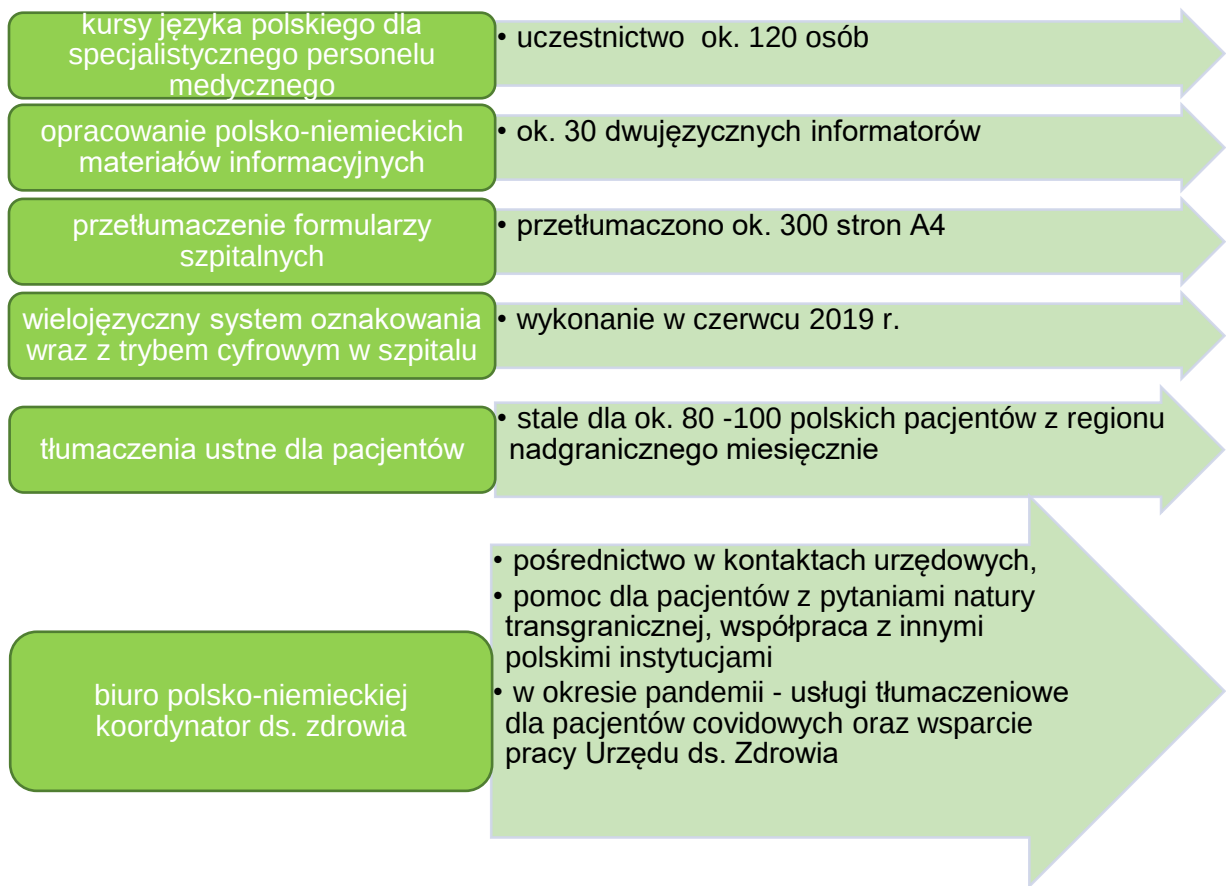
Głównym celem projektu była poprawa dostępu do transgranicznej opieki zdrowotnej dla obywateli Euromiasta Gubin-Guben.

Cele szczegółowe projektu to m.in.:

- analiza zasobów opieki zdrowotnej w Euromieście oraz wymiana doświadczeń i możliwości w zakresie transgranicznej służby zdrowia
- pokonywanie bariery językowej poprzez promowanie dwujęzyczności w szpitalu
- wzajemne poznanie się ekspertów ds. zdrowia i specjalistycznego personelu medycznego po obu stronach granicy
- stworzenie warunków dla sieci współpracy transgranicznej w ochronie zdrowia i budowanie długoterminowej współpracy, rozwijanie strategicznych możliwości w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej
- ukierunkowane informowanie społeczeństwa o możliwościach korzystania ze świadczeń medycznych po drugiej stronie granicy
- poprawa jakości i warunków życia mieszkańców pogranicza poprzez lepszy dostęp do opieki zdrowotnej
- optymalne wykorzystanie synergii i zasobów Euromiasta
- pozytywne oddziaływanie na regionalną gospodarkę
- pozycjonowanie Euromiasta jako modelowego miasta z transgraniczną opieką zdrowotną

Oprócz przygotowania studium wykonalności w sprawie transgranicznej opieki zdrowotnej z konkretnymi wytycznymi do praktycznej realizacji polsko-niemieckiej opieki nad pacjentami w regionie przygranicznym, zadania projektu obejmowały również następujące **działania**:

- **Promocja dwujęzyczności** poprzez:



Ilustracja 1: Projekty w zakresie promocji dwujęzyczności

- **Wydarzenia polsko-niemieckie** służące wymianie doświadczeń i budowaniu sieci współpracy:
 - osiem warsztatów specjalistycznych dla polskich i niemieckich lekarzy
 - wyjazdy studyjne do innych obszarów przygranicznych w Europie: jeden wyjazd studyjny na granicę czesko-austriacką w ramach projektu "Zdrowie bez granic" (ZBG) oraz udział w dwóch wyjazdach studyjnych na granicę niemiecko-francuską i austriacko-włoską w ramach projektu DIALOG Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr (SNB)
 - trzy transgraniczne konferencje specjalistyczne mające na celu transfer wiedzy
 - 20 polskich i niemieckich instytucji, aktywnie współpracujących w dziedzinie transgranicznej opieki zdrowotnej
 - udział w polsko-niemieckim symposium ratownictwa medycznego Federalnego Ministerstwa Zdrowia w lutym 2019 r. oraz aktywne współdziałanie w przygotowaniu porozumień o współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym
 - aktywne współdziałanie w seminariach Grupy Roboczej „Zdrowie“ w ramach projektu DIALOG Euroregionu SNB.

W ramach projektu prowadzono szeroko zakrojoną działalność promocyjną oraz intensywną współpracę w ramach polsko-niemieckiego zespołu projektowego. Bez dobrej współpracy z bezpośrednimi partnerami projektu oraz instytucjami współpracującymi, takimi jak polskie i niemieckie biura Euroregionu SNB, niemieckie ustawowe kasy chorych AOK i DAK, a także polski NFZ, lekarze prowadzący prywatną praktykę w Euromieście Gubin-Guben, polskie i niemieckie dyspozytornie ratownictwa medycznego, a także inne szpitale i wiele innych instytucji, osiągnięcie celów projektu nie byłoby możliwe.

W 2022 r. projekt poszerzono o komponent „**Transgraniczna opieka ambulatoryjna**”. Transgraniczna opieka ambulatoryjna miała na celu wsparcie osób potrzebujących opieki i ich bliskich, aby osoby dotknięte chorobą mogły pozostać w zaufanym środowisku domowym, a opiekujący się nimi krewni mogli lepiej zorganizować np. pracę i opiekę. Ta opieka domowa i opieka po pobycie w szpitalu musiała być zorganizowana, zapewniona i skoordynowana. Trzeba było zrekompensować deficyty w opiece po stronie polskiej, wynikające głównie z nieistniejących struktur po stronie polskiej. Naszym celem było przeprowadzenie pilotażowego działania w tym obszarze tematycznym, które rzuciłoby światło na konkretną sytuację w Polsce i pozwoliło na dokonanie analizy aktualnych uwarunkowań. Celem było zapewnienie ambulatoryjnej opieki medycznej co najmniej 10 osobom z Gubina i okolic po skomplikowanych zabiegach chirurgicznych w ich środowisku domowym. Zakres świadczeń obejmował monitorowanie funkcji życiowych i profesjonalną pielęgnację ran. W oparciu o tę bezpośrednią opiekę nad pacjentem można było realistycznie i przejrzyście udokumentować i ocenić procesy, aby następnie wyprowadzić z nich konkretne możliwości działania.

1.2 Metodologiczne rozważania wstępne - struktura studium i metody badawcze

„Tych bowiem rzeczy, których trzeba się nauczyć, by je wykonywać, tych uczymy się właśnie przez ich wykonywanie.”

Arystoteles

Wyniki opisane w niniejszym opracowaniu oparte są na następujących metodach badawczych:

- analiza literatury i dokumentów,
- zbieranie i ocena danych statystycznych (ambulatoryjnych i stacjonarnych), analiza podaży opieki w Euromieście Gubin-Guben, opis stanu rzeczy
- porównanie projektów i rozwiązań stosowanych w innych europejskich regionach przygranicznych
- rozmowy i warsztaty specjalistyczne z lokalnymi aktorami (praktykujący lekarze z obu stron Euromiasta, personel medyczny szpitali, kasy chorych, przedstawiciele polityczni/interesariusze)
- ankieta wśród pacjentów, ankieta wśród obywateli
- ankieta wśród ekspertów - wymiana w ramach grupy eksperckiej projektu Zdrowie bez granic oraz w ramach GR Zdrowie Euroregionu SNB.

Dla wyżej wymienionych metod badawczych dostępne były wytyczne z kwerendy w bibliografii oraz z internetu. Ponadto w wynikach znalazły się również rozwiązania doraźne zgodnie ze sprawdzoną metodą learning by doing.

1.3 Przykłady współpracy w innych regionach przygranicznych

W ramach projektu ZBG zbadano inne projekty transgraniczne i ich partnerów współpracy w ramach przygotowań do niniejszego studium, a także w celu praktycznej realizacji.

Są to:

- Inicjatywa „Health Across” na granicy czesko-austriackiej w Gmünd/Ceske Valenice
- projekt „TRISAN” Euroinstytutu na granicy niemiecko-francusko-szwajcarskiej w Kehl i Strasburgu nad górnym Renem

Istnieje aktywny kontakt i wymiana z aktorami tych inicjatyw w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej w różnych regionach Niemiec. Opisy tych projektów znaleźć można w publikacjach w internecie (<https://www.healthacross.eu>, <https://www.trisan.org>).

Dzięki współpracy z projektami transgranicznymi i czerpaniu z ich doświadczeń, możliwe było wykorzystanie ich do przygotowania studium i realizacji działań przygotowawczych. Efektem tych synergii jest na przykład publikacja WHO "The Healthacross Initiative: How Lower Austria is Boosting Cross-border Collaboration in Health" (Wismar, Palm, Figueras, Ernst, & van Ginneken, 2011)

2. Ramy prawne - kompetencje legislacyjne UE w sektorze zdrowia

Wszystkie działania realizowane i planowane w projekcie ZBG podlegają prawnym warunkom ramowym, które muszą być brane pod uwagę. „Na poziomie tzw. prawa pierwotnego UE, unijne ramy prawne dla transgranicznego korzystania z usług zdrowotnych wynikają przede wszystkim ze swobód podstawowych (zwłaszcza swobody świadczenia usług), jak również ze środków wprowadzonych na podstawie art. 168 TFUE.” (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 2) „Prawo pierwotne jest najwyższym rangą prawem UE. Składa się z następujących dokumentów:

- traktaty założycielskie UE
- traktaty (w tym protokoły) zmieniające traktaty założycielskie UE
- traktaty akcesyjne nowych członków
- traktaty o wystąpieniu z UE dla członków występujących z UE
- Karta Praw Podstawowych oraz
- ogólne zasady prawa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej (TSUE)".

Prawo pierwotne określa podział uprawnień i kompetencji między UE a państwami UE. Ma to kluczowe znaczenie dla zdrowia publicznego w UE, jak również dla współpracy transgranicznej w tej dziedzinie.” (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 2) „Zgodnie z obecnym stanem prawnym kompetencje UE w dziedzinie "zdrowie" obejmują jedynie tzw. "zdrowie publiczne" i to tylko jako kompetencje dzielone lub wspierające. Wynika to przede wszystkim z art. 6 TFUE. Zgodnie z nim "w dziedzinie ochrony i poprawy zdrowia ludzkiego UE ma kompetencje jedynie do podejmowania środków zmierzających do wspierania, koordynowania lub uzupełniania działań państw członkowskich.” (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 3)

Tym samym "UE nie posiada bezpośrednich kompetencji (...), za pomocą których mogłaby uzasadnić środki, na podstawie których niemiecki świadczeniodawca/ niemieccy świadczeniodawcy [ma/mają] dostęp do świadczeń zdrowotnych dla zagranicznych pacjentów (...). Komisja nie skorzystała dotychczas z kompetencji do wspierania współpracy transgranicznej w celu poprawy komplementarności usług zdrowotnych na obszarach przygranicznych, co ma znaczenie w niniejszej sprawie.” (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 4)

Obok prawa pierwotnego stosuje się prawo wtórne, które obejmuje rozporządzenia, dyrektywy, decyzje i orzeczenia:

a) Przepisy koordynacyjne

„Rozporządzenie koordynacyjne tworzy zasady korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych krajach UE, zarówno planowych, jak i nieplanowych. Rozporządzenie opiera się na zasadzie świadczeń rzeczowych i określa, kto jest właściwym płatnikiem świadczeń w przypadku choroby. Ubezpieczony uzyskuje prawo do świadczenia wobec instytucji udzielającej pomocy, tak jakby był ubezpieczony na podstawie przepisów państwa, w którym znajduje się instytucja udzielająca pomocy. (...) Rozporządzenie to ma jednak zastosowanie tylko wtedy, gdy stan faktyczny sprawy ma związek z zagranicą. Należy to potwierdzić, jeżeli:

- a) dana osoba wykonuje pracę zarobkową w państwie członkowskim innym niż to, w którym zamieszkuje (przypadek podstawowy);
- b) przebywa we właściwym państwie członkowskim;
- c) przebywa tymczasowo (jako turysta, podróżny itp.) w państwie członkowskim innym niż właściwe państwo członkowskie i miejsce zamieszkania lub
- d) udaje się na leczenie do państwa członkowskiego innego niż państwo właściwe lub państwo zamieszkania.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 7)

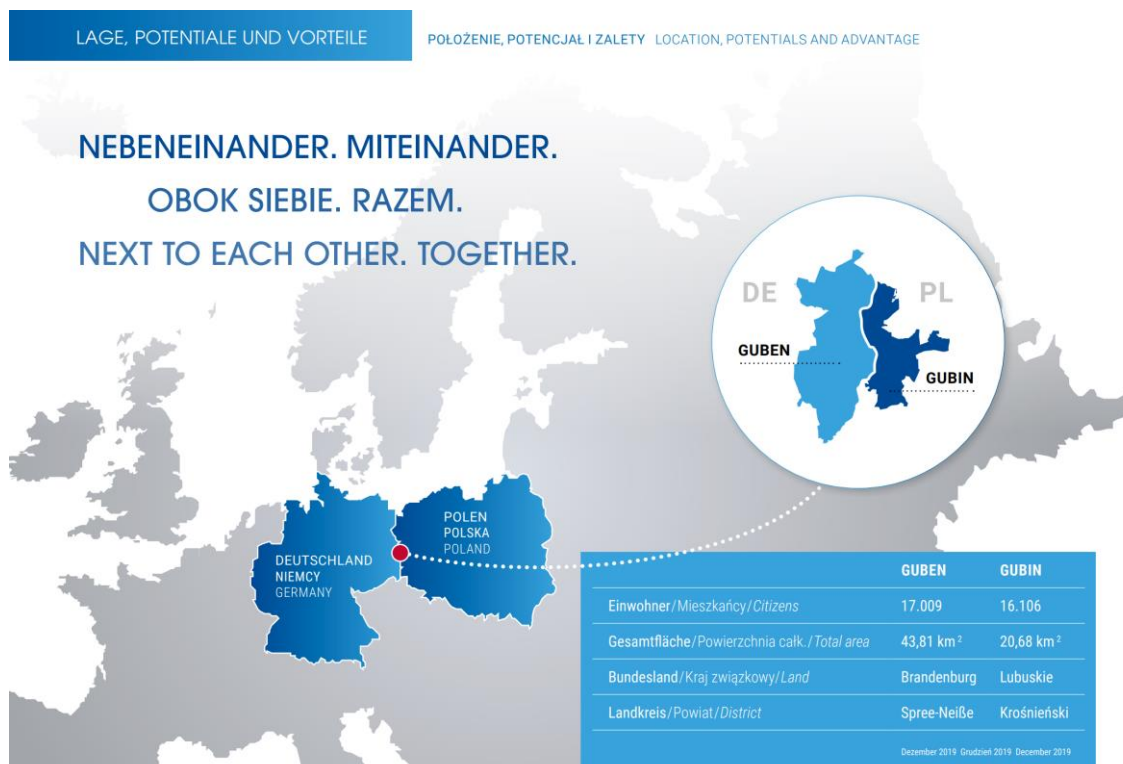
b) dyrektywa w sprawie mobilności pacjentów

„W przypadku planowanego korzystania z usług medycznych w innym państwie członkowskim należy również przestrzegać przepisów dyrektywy w sprawie mobilności pacjentów (2011/24/UE), jak również krajowych przepisów ją transponujących. (...) W kontekście polsko-niemieckim korzystanie ze świadczeń zdrowotnych wiąże się z różnymi procedurami w zależności od kraju pochodzenia pacjenta. W każdym jednak przypadku ubezpieczony płaci z góry. Dopiero potem może wystąpić do właściwego ubezpieczyciela o zwrot kosztów.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 9-10) „Dla regionów przygranicznych istniejące regulacje unijne i krajowe oferują niewiele ułatwień. Unia nie posiada również specjalnych uprawnień w tym zakresie. Niewiążąco wzywa tylko państwa członkowskie do współpracy (art. 6 zdanie 2 a) TFUE; art. 10 ust. 3 dyrektywy 2011/24/UE).“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 14) Pełna publikacja kancelarii Kleinböhmer und Partner stanowi załącznik nr 10 do studium“.

3. Euromiasto Gubin-Guben

„Nie ma żadnego innego miasta przygranicznego, które leży tak kompaktowo i blisko siebie.”

Fred Mahro, burmistrz miasta Guben



Ilustracja 2: Położenie geograficzne Euromiasta Gubin-Guben (broşura nt. gospodarki Euromiasta Gubin-Guben)

Wzdłuż rzeki Nysy na granicy polsko-niemieckiej leżą miasta Guben (powiat Spree-Nysa/Landkreis Spree-Neiße) i Gubin (powiat krośnieński). Razem jako Euromiasto tworzą zwarty region gospodarczy i są ważnym ośrodkiem dla wiodących na rynku firm w "dziedzinie produkcji i przetwarzania chemikaliów i pianek, obróbki metalu i produkcji mebli." (Eurostadt Guben-Gubin, 2018)

Różnorodność przedsiębiorstw poszerzają firmy z branży produkcji żywności i logistyki, których część może pochwalić się ponad 100-letnią historią.

To liczące 33 327 mieszkańców miasto staje się również coraz ważniejsze z turystycznego punktu widzenia. Rozbudowa sieci dróg rowerowych i naturalny urok Łużyc oferuje społeczeństwu miejsca odpoczynku i rekreacji, a także przestrzeń do doświadczeń i wycieczek. „Dwumiastró buduje mosty między krajami i ludźmi oraz biznesem i innowacjami” (Eurostadt Guben-Gubin, 2018) i oferuje optymalne miejsce do życia.

Potencjał gospodarczy

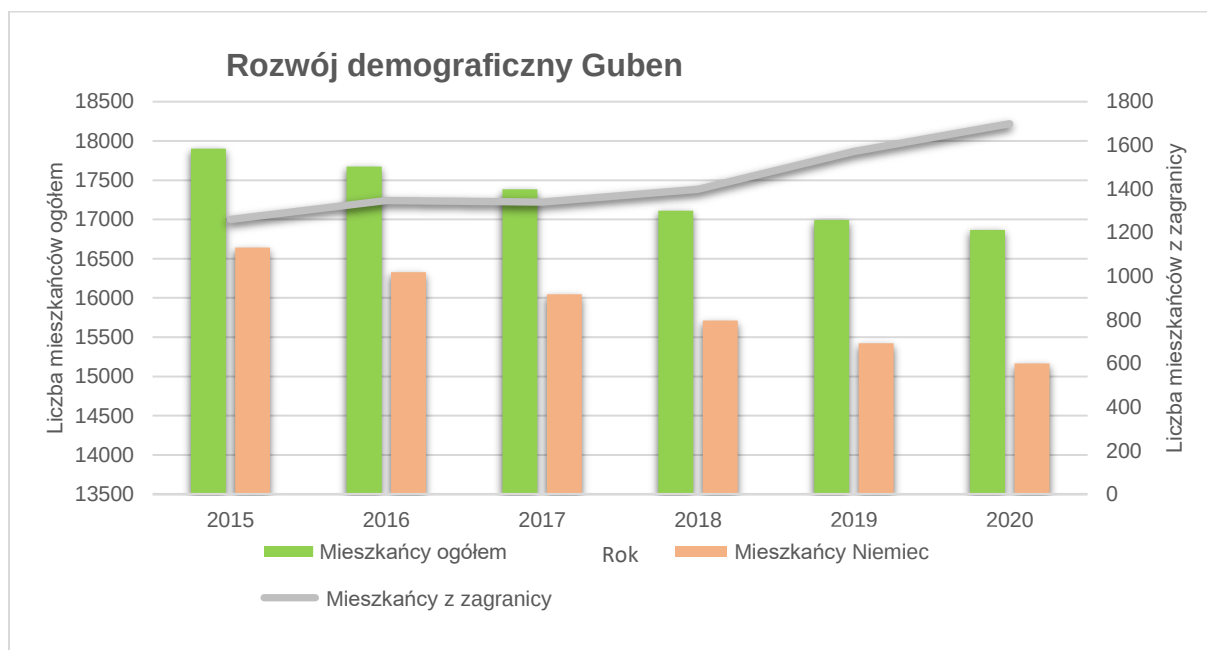
Po obu stronach Euromiasta znajduje się wiele firm z branży usługowej. Rozwój gospodarczy obu miast ma kluczowe znaczenie dla regionu, ponieważ zapewnia wiele miejsc pracy. Euromiasto dąży do jak najlepszego wykorzystania potencjału po obu stronach granicy w celu stworzenia korzystnych warunków inwestycyjnych dla regionu.

Poniżej wymieniono wybrane mocne strony gospodarcze Euromiasta Gubin-Guben:

- bliskość granicy
- turystyka (sieć dróg rowerowych, pojezierze, zabytki)
- bliskość uniwersytetów i wyższych uczelni (np. Uniwersytet Zielonogórski, Brandenburgski Uniwersytet Techniczny Cottbus – Senftenberg, Viadrina we Frankfurcie n. Odrą oraz Collegium Polonicum w Słubicach)
- potencjał siły roboczej (wykwalifikowani pracownicy na polskim i niemieckim rynku pracy)
- tereny inwestycyjne
- poszerzanie infrastruktury technicznej na wysokim poziomie
- dobra współpraca społeczna i gospodarcza z pobliskimi gminami
- bogata oferta handlu detalicznego
- możliwości kształcenia i doskonalenia zawodowego (dobre powiązania z urzędami pracy) (Eurostadt Guben-Gubin, 2018)
- Łużyce - region wsparcia strukturalnego i powiązane z tym inwestycje

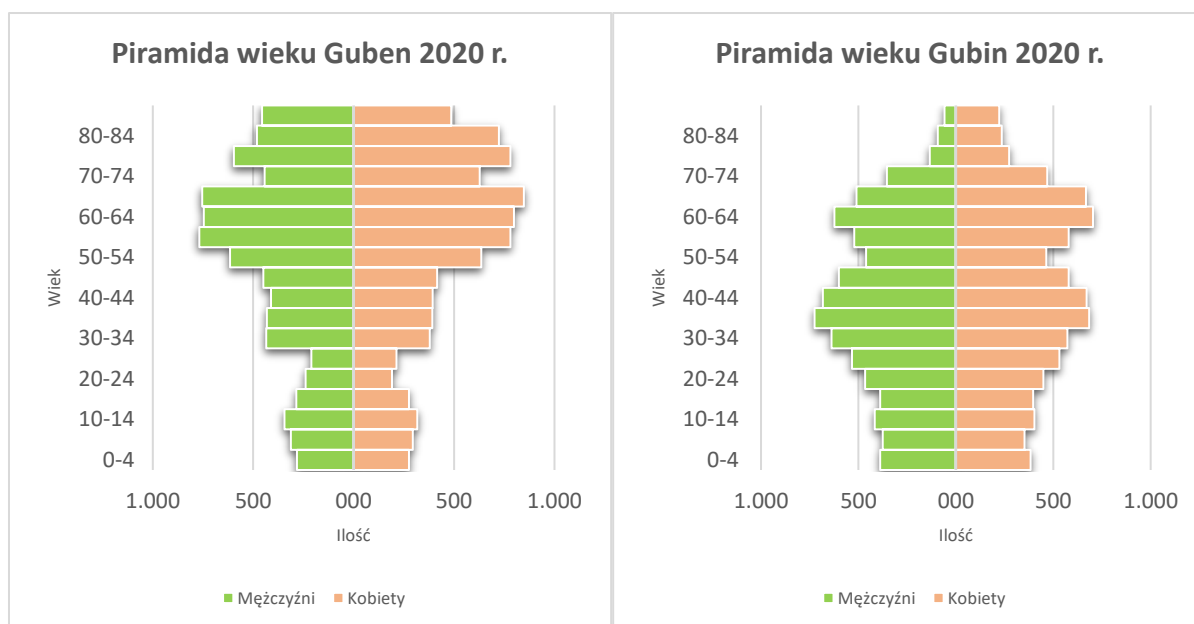
3.1 Rozwój demograficzny do 2020 r.

Skutki zmian demograficznych są wyraźnie odczuwalne w Euromieście Gubin-Guben. Oprócz ciągłego wzrostu liczby starszych mieszkańców, całkowita liczba ludności w badanym regionie przygranicznym stale spada. W 2020 r. w Euromieście Gubin-Guben mieszkało łącznie 33 395 mieszkańców, z czego ok. 51% w Guben (16 867) i ok. 49% w Gubinie (16 528). Wraz z gminami wiejskimi Schenkendöbern i Gminą Gubin, badany obszar w 2020 roku obejmuje łącznie około 44 000 mieszkańców. W ostatnich latach liczba ludności po obu stronach granicy nadal spadała. Przyczyn tej malejącej dynamiki populacji należy szukać przede wszystkim w niskim wskaźniku urodzeń i wysokim wskaźniku zgonów, a także w wysokim wskaźniku emigracji w ostatnich latach. (ilustracja 3) (Guben, 2020) (Gubin, 2020)



Ilustracja 3: Rozwój demograficzny Guben (Guben, Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020, 2020)

Podobnie jak inne miasta przygraniczne, także Guben dotknięte jest spadkiem liczby mieszkańców. Wynika to m.in. z wieku mieszkającej tam ludności. Piramidy wieku z danymi z 2020 roku ilustrują obecną strukturę wiekową w Euromieście. Pokazują one, że średnia wieku w Guben jest znacznie wyższa i wynosi nieco poniżej 51,9 lat w porównaniu z Gubinem (42,3 lata). (Brandenburg, 2018) (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020)



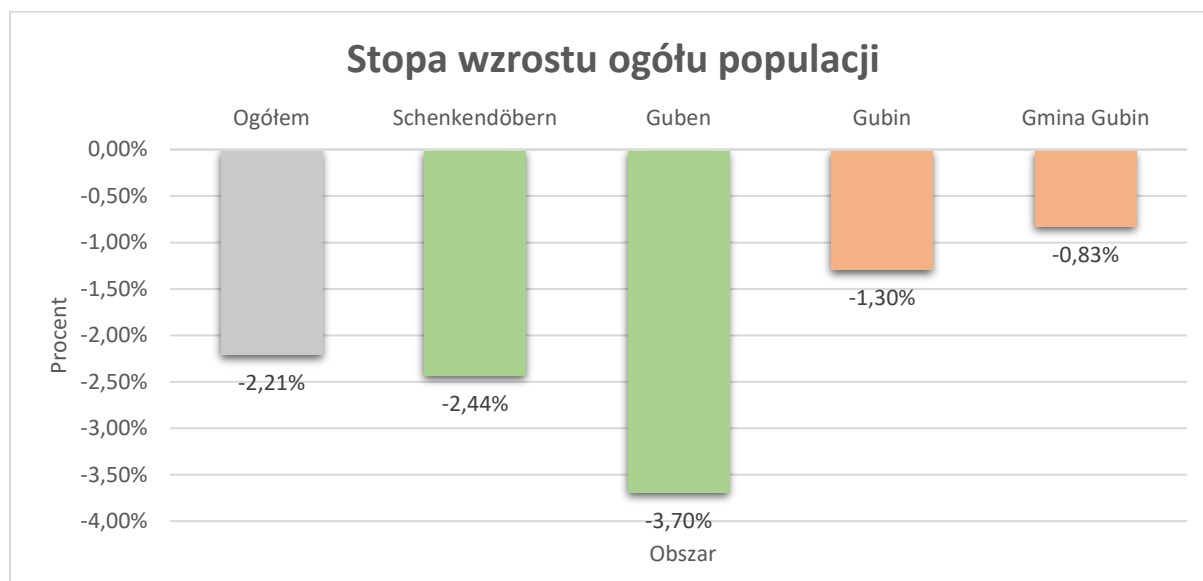
Ilustracja 4: Piramida wieku Gubin i Guben 2020 r. (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020)

3.2 Struktura ludności i prognoza do 2030 r.

Patrząc na piramidy wieku na ilustracji 4, można przewidzieć, że prognoza wieku będzie nadal rosła aż do 2030 roku. Ponieważ nie ma perspektyw na szybki wzrost populacji w nadchodzących latach, należy oczekiwać spadku ogólnej liczby mieszkańców i wzrostu liczby seniorów.

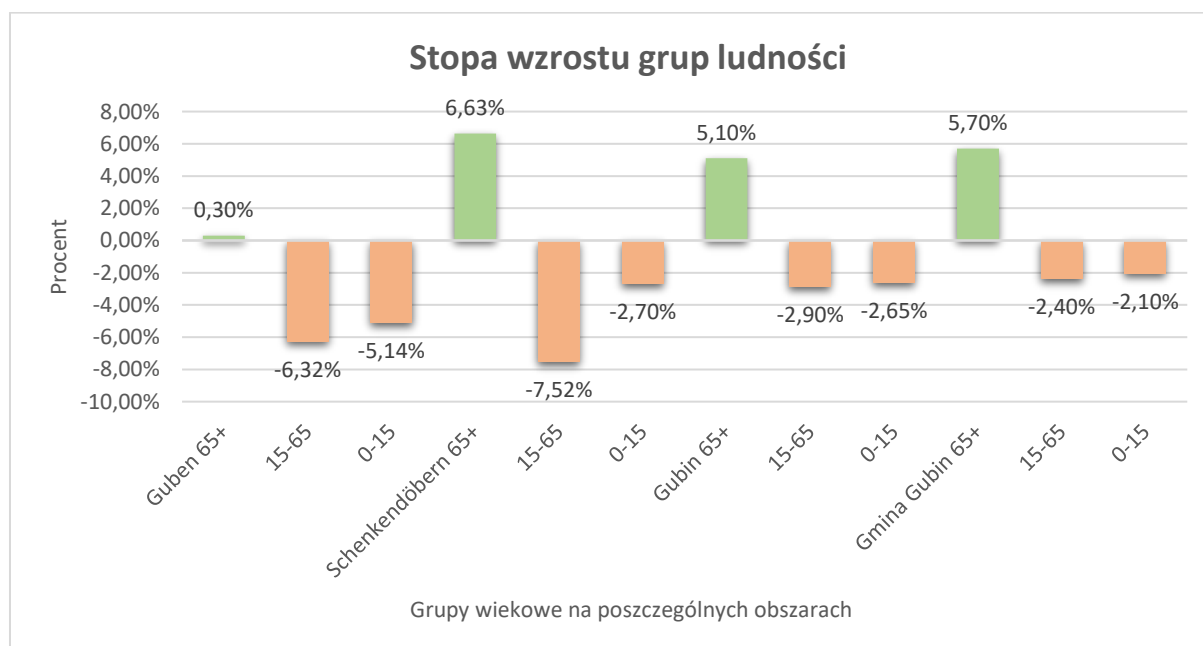
Ogólna łączna stopa wzrostu Euromiasta i jego gmin wiejskich zmniejszy się. Prognoza dla miasta Guben wskazuje na ujemną stopę wzrostu wynoszącą około -3,7% w latach 2020-2030 (z 16 867 do około 14 439 mieszkańców). W przypadku gminy Schenkendöbern również spodziewany jest negatywny trend na poziomie -2,44%, z obecnej liczby mieszkańców wynoszącej ok. 3 497 do 3 167. Po stronie polskiej również zarysowuje się negatywna prognoza liczby ludności w ciągu najbliższych ośmiu lat. Jednak w porównaniu do strony niemieckiej, liczby wskazują na słabszy spadek. Dla miasta Gubin przewiduje się spadek o ok. -1,3% (z 16 418 do około 15 579 mieszkańców). Dla gminy wiejskiej Gubin spadek o 0,83% (z 7 185 do 6 950 mieszkańców) jest jeszcze niższy.

Podsumowując, obecne prognozy wskazują, że na całym badanym obszarze należy spodziewać się ujemnej dynamiki. (ilustracja 5) (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)



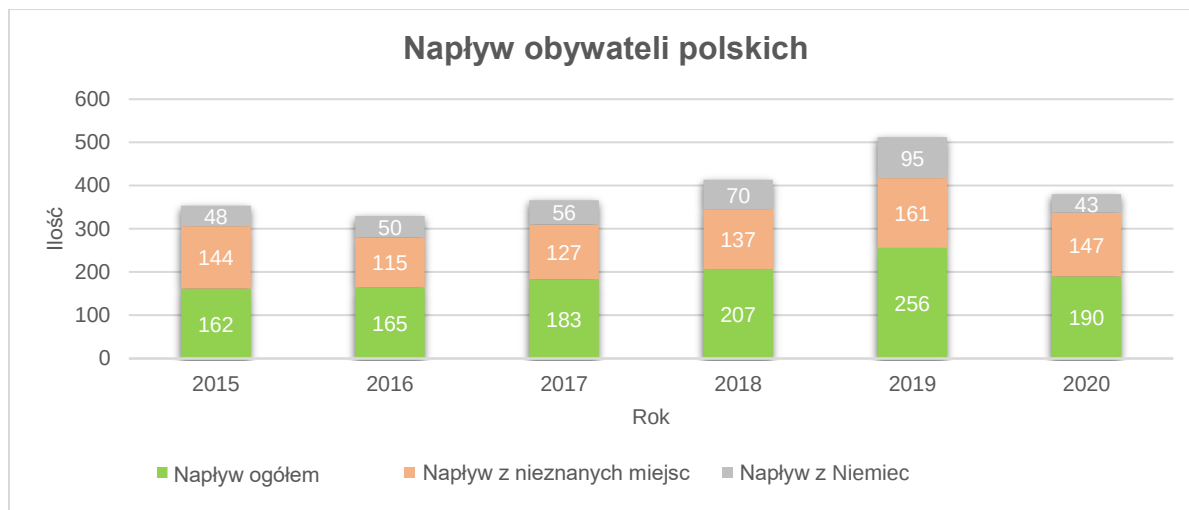
Ilustracja 5: Stopa wzrostu populacji 2020/21 r. wobec 2030 r. (Brandenburgia, 2018 r.) (Gubin, 2020 r.)

Oprócz faktu, iż całkowita liczba ludności na badanym obszarze ogólnie spadnie, region stoi przed wyzwaniem coraz bardziej starzejącej się populacji, jak już wspomniano w poprzednim akapicie. Liczba osób w wieku powyżej 65 lat będzie stale rosła w porównaniu z innymi grupami wiekowymi (il. 6), co zwiększy też zapotrzebowanie na opiekę medyczną. W porównaniu z latami 2020/2021, w którym odsetek ludności w wieku powyżej 65 lat wynosił jeszcze 27,32% w całym badanym obszarze, w 2030 r. wyniesie on ok. 33,36%. (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)



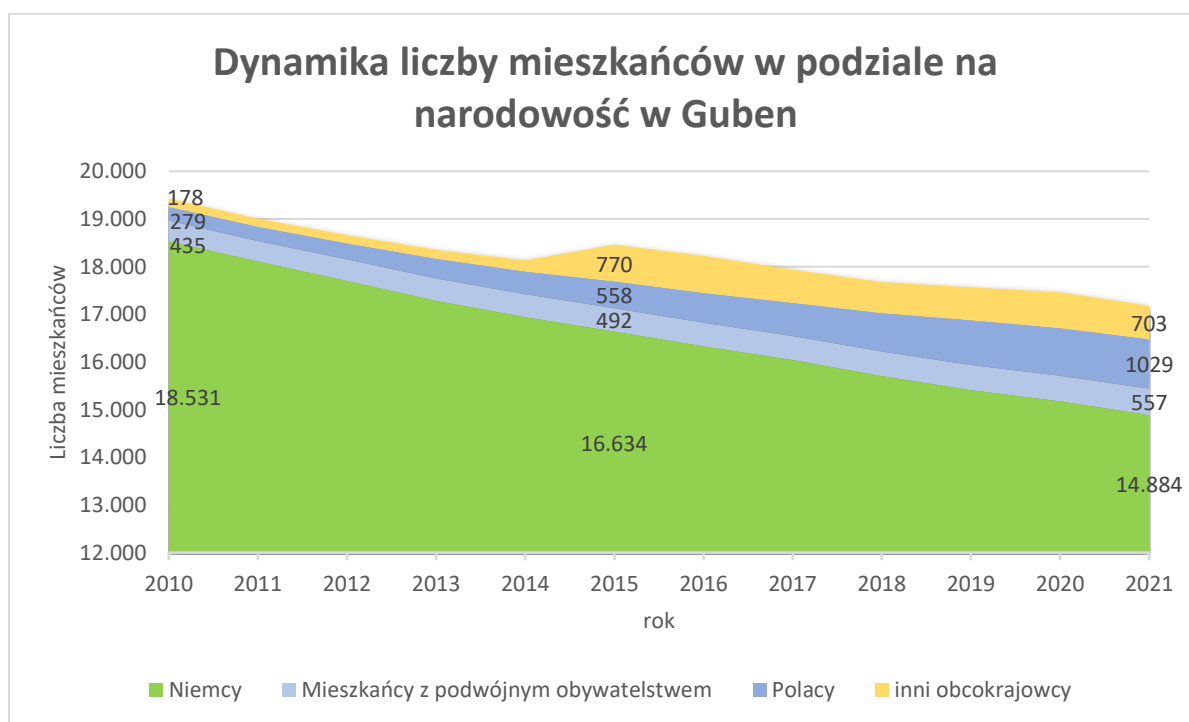
Ilustracja 6: Stopa wzrostu ludności od 2020/21 do 2030 r. (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)

Pomimo spadku ogólnej liczby ludności, w Guben zanotowano wzrost liczby mieszkańców z zagranicy. W 2021 r. w Guben mieszkało łącznie około 1 700 mieszkańców z około 65 różnych krajów. Mieszkańcy z Polski stanowią przy tym największą grupę z 1 029 obywatelami (il. 8). Fakt, że Guben jest atrakcyjnym obszarem mieszkaldnym dla polskich obywateli, ilustruje wzrost napływu od 2015 r. (il.7). W 2020 r. liczba imigrujących obywateli polskich po raz pierwszy spadła, ale może to być spowodowane sytuacją pandemiczną. (Guben, 2021)



Ilustracja 7: Napływ obywateli polskich do Guben 2015-2020 r. (Guben, 2020)

Rozkład populacji pod względem narodowości zmienił się w ostatnich latach. Liczba obywateli Niemiec ciągle spada od 2010 roku, podczas gdy liczba obywateli Polski stale rośnie. (ilustracja 8)



Ilustracja 8: Dynamika liczby mieszkańców w podziale na narodowość w Mieście Guben (Guben, 2021)

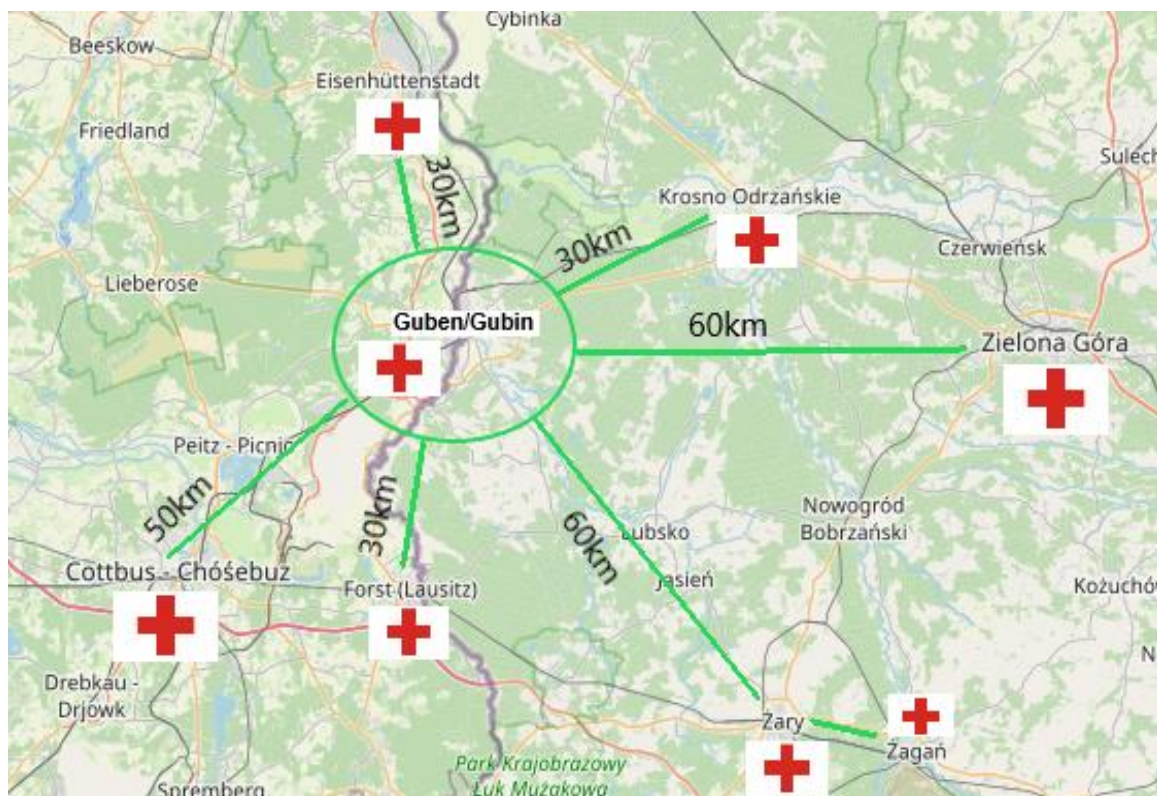
4. Usługi zdrowotne w Euromieście Guben- Gubin

W ramach projektu „Zdrowie bez granic w Euromieście Gubin-Guben” samorzady obu miast oraz szpital Naemi-Wilke-Stift dążą do rozszerzenia współpracy w dziedzinie opieki zdrowotnej. Zamiar ten ma zalety dla wszystkich zainteresowanych. Z jednej strony stwarza możliwość oferowania opieki medycznej w Niemczech polskim obywatelom, a z drugiej strony efektywnego wykorzystania istniejących możliwości, oferty świadczeń medycznych szpitala i ambulatoryjnych gabinetów medycznych dostępnych w Naemi-Wilke-Stift. Oczywiście ma to również zastosowanie w drugą stronę, tak aby obywatele Niemiec mogli korzystać ze świadczeń medycznych w Polsce (np. leczenie stomatologiczne, okulistyczne). Jest to o tyle istotne, że zarówno w Guben, jak i w Gubinie nie ma wystarczającej liczby specjalistycznych ofert. Ta planowana współpraca tworzy w regionie sytuację korzystną dla wszystkich zaangażowanych stron.

W tej części studium przeprowadzono **analizę obecnego stanu** usług zdrowotnych w dwumieście.

4.1 Sytuacja w zakresie opieki stacjonarnej w regionie przygranicznym Gubin-Guben

W bezpośrednim obszarze przygranicznym w zakresie opieki stacjonarnej istnieje¹ tylko jeden szpital po stronie niemieckiej - Naemi-Wilke-Stift. Najbliższe szpitale w Polsce znajdują się w większej odległości (il. 9) i nie można do nich dotrzeć w wymaganym czasie w przypadkach nagłych.



Ilustracja 9: Opieka medyczna na pograniczu (odległość szpitali) (openstreetmap.org)

Szpital Naemi-Wilke-Stift w Guben dysponuje 151 łózkami na oddziałach chirurgii ogólnej z chirurgią naczyniową, ortopedii/chirurgii urazowej i chorób wewnętrznych. Ponadto znajduje się tam anestezjologia (bez łóżek stacjonarnych) z oddziałem intensywnej opieki medycznej oraz szpitalny oddział ratunkowy.

W Gubinie szpital miejski zamknięto w 2011 r. W dawnych budynkach szpitala znajduje się obecnie zakład opiekuńczo-leczniczy zajmujący się stacjonarną opieką paliatywną nad starszymi pacjentami wymagającymi opieki. Oddział ten jest częścią szpitala "Zachodnie Centrum Medyczne" z Krosna Odrzańskiego i obsługuje m. in. obszar wokół Gubina.

¹ Leczenie stacjonarne następuje w szpitalu. Jest ono rozważane tylko wtedy, gdy wszystkie inne metody leczenia nie doprowadziły do celu leczenia, a leczenie stacjonarne jest konieczne z medycznego punktu widzenia. Pacjent jest wówczas leczony w pełni stacjonarnie w szpitalu, jeśli cel leczenia nie może zostać osiągnięty w inny sposób, np. w ramach leczenia ambulatoryjnego lub opieki dziennej.

W promieniu 60 kilometrów pacjenci mają dostęp do innych szpitali, które mogą zapewnić opiekę medyczną w zakresie innych specjalizacji, takich jak urologia, ginekologia, pediatria, położnictwo itd. Po stronie niemieckiej są to Carl-Thiem-Klinikum (CTK) Cottbus (50 km), szpital miejski Eisenhüttenstadt (30 km) i Lausitz Klinikum Forst GmbH (30 km). W Polsce są to szpitale w Krośnie Odrzańskim - Zachodnie Centrum Medyczne (30 km), w Zielonej Górze - Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego (60 km) oraz w Żarach bądź Żaganiu - 105. Kresowy Szpital Wojskowy (60 km).

4.2 Sytuacja w zakresie opieki ambulatoryjnej w regionie przygranicznym Gubin-Guben

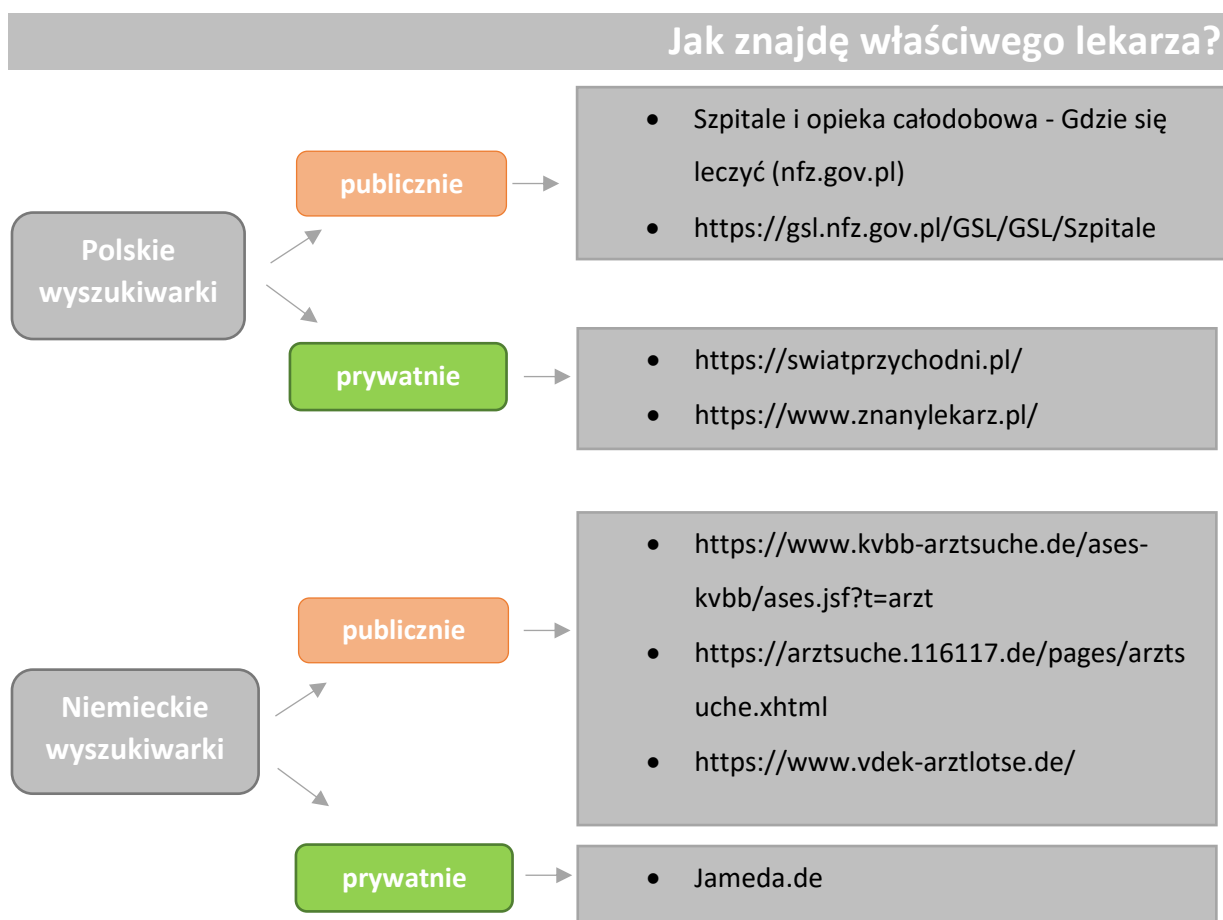
4.2.1 Zasoby kadrowe

Opiekę ambulatoryjną² w Euromieście Gubin-Guben zapewniają miejscowi lekarze regionu przygranicznego. Są to zarówno lekarze mający kontrakt z kasą chorych, jak i lekarze przyjmujący prywatnie. Specjalizacje i liczbę praktykujących lekarzy przedstawiono w poniższej tabeli:

Tabela 1: Liczba ambulatoryjnych lekarzy i położnych w Euromieście Gubin-Guben (stan 12/2021)

	Guben	Gubin	Razem
lekarze ogólni (lekarze rodzinni)	16	11	27
chirurdzy	6	1	7
ortopedzi	6	1	7
stomatolodzy	16	10	26
pediatrzy	0	6	6
ginekolodzy	3	5	8
urolodzy	1	0	1
neurologzy	3	1	4
psychiatrzy	6	2	8
laryngolodzy	2	2	4
okuliści	1	6	7
radiolodzy	0	1	1
dermatolodzy	0	2	2
kardiologzy	1	1	2
położne	3	3	6

² Opieką ambulatoryjną nazywa się wszystkie świadczenia, które nie są wykonywane stacjonarnie w szpitalach (szpitale opieki doraźnej, szpitale specjalistyczne, kliniki rehabilitacyjne).



Ilustracja 10: Wyszukiwarki gabinetów lekarskich

Na ilustracji 10 pokazano zarówno polskie, jak i niemieckie wyszukiwarki, które mogą służyć pacjentom jako pomoc w orientacji w celu znalezienia dostępnych gabinetów. Treścią przyszłego projektu mogłoby być stworzenie interaktywnej mapy z lokalizacjami gabinetów po polskiej i niemieckiej stronie w regionie przygranicznym.

4.2.2 Uzupełniające zasoby opieki ambulatoryjnej

Oprócz oferty medycznej opieki ambulatoryjnej opisanej w punkcie 4.2.1, przygraniczne miasta Gubin i Guben dysponują innymi zasobami ambulatoryjnej opieki nad pacjentami, takimi jak fizjoterapia, ergoterapia, medycyna paliatywna, pielęgniarstwo domowe, opieka geriatryczna, sklepy z zaopatrzeniem medycznym i apteki.

Radiologiczna opieka ambulatoryjna jest dostępna w Guben w przychodni ortopedycznej Orthopädische Praxis Dr. Wuttke-Dr. Apitz). W Gubinie znajduje się gabinet radiologiczny w Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej.

W Guben nie ma przychodni diagnostyki radiologicznej, ponieważ nie ma radiologów prowadzących prywatną praktykę. W nagłych przypadkach ambulatoryjnych diagnostyka

radiologiczna odbywa się w SOR szpitala Naemi-Wilke-Stift. Zawarto umowę współpracy z Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH w Guben (spółka-córka Naemi-Wilke-Stift), na podstawie której wykorzystywane są urządzenia rentgenowskie szpitala. Endoskopowa i sonograficzna diagnostyka funkcjonalna oferowana jest dla pacjentów ambulatoryjnych w ramach upoważnienia w Naemi-Wilke-Stift. Takich ofert nie ma po polskiej stronie Euromiasta.

4.3 Opieka w przypadkach nagłych

Osoby chore, ranne lub wymagające pomocy, które nie są pacjentami w stanie nagłym, są transportowane karetką po ocenie medycznej. Obejmuje to przewozy w celu przyjęcia do szpitala, wypisania z leczenia stacjonarnego oraz przeniesienia między szpitalami.

Po niemieckiej stronie Dwumiastr znajduje się szpitalny oddział ratunkowy w szpitalu Naemi-Wilke-Stift. Służy on jako punkt kontaktowy dla wszystkich nagłych przypadków medycznych wymagających pilnej opieki, które są przywożone do szpitala karetką pogotowia lub które same docierają na SOR. Organem odpowiedzialnym za ratownictwo medyczne jest powiat Sprewa-Nysa (Landkreis Spree-Neiße), zgodnie z brandenburską ustawą o służbach ratowniczych. Powiat jest zatem odpowiedzialny za ogólnoregionalne, odpowiednie do potrzeb ratownictwo medyczne i transport pacjentów. W celu realizacji tych zadań powiat Sprewa-Nysa posiada siedem stacji pogotowia ratunkowego, w których zapewniany jest wykwalifikowany personel medyczny, pojazdy ratownicze i sprzęt medyczny. Stacja ratunkowa miasta Guben znajduje się na terenie miasta, w niewielkiej odległości od szpitala. (p. il. 11) Stacjonują tam karetki pogotowia i pojazdy do transportu pacjentów. Firma "Falck" obsługuje w Guben stacje pogotowia jako zewnętrzny dostawca usług z własnym personelem na podstawie odpowiedniej umowy z powiatem (Landkreis Spree-Neiße)



Ilustracja 11: Opieka zdrowotna w przypadkach nagłych w Euromieście (openstreetmap.org)

Regionalne „Centrum Powiadamiania Łużyce” (**Leitstelle Lausitz**) przez całą dobę odbiera telefonicznie wszystkie połączenia alarmowe, prośby o pomoc i alarmy przeciwpożarowe z miasta Cottbus, powiatów Spree-Neiße, Oberspreewald-Lausitz, Dahme-Spreewald i Elbe-Elster. Stamtąd powiadamiane są wymagane służby.

Aby zapewnić opiekę w nagłych wypadkach ze specjalnie wyszkolonymi lekarzami pogotowia ratunkowego, powiat Spree-Neiße zawarł umowy ze szpitalami w terenie, w tym ze szpitalem Naemi-Wilke-Stift. Jeśli potrzebny jest lekarz pogotowia, następuje wezwanie przez Centrum Powiadamiania Łużyce. Lekarz pogotowia przybywa na miejsce zdarzenia karetką pogotowia ratunkowego z ratownikiem medycznym.

Podmiotem odpowiedzialnym za ratownictwo medyczne w regionie po stronie polskiej jest **Lubuski Urząd Wojewódzki**. Na tym obszarze dostępne są 54 zespoły ratownictwa medycznego z pojazdami i odpowiednim sprzętem ratunkowym. Po polskiej stronie Euromiasta dwie karetki stacjonują na terenie byłego Szpitala Miejskiego w Gubinie. (p. ilustracja 11)

Pojazdy te to karetki kategorii P i S. Koordynacją tych pojazdów zajmuje się Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Gorzowie Wielkopolskim. Karetka S - "Karetka specjalistyczna" jest wyposażona w technologię resuscytacyjną do nagłych wypadków zagrażających życiu i jest obsługiwana przez zespół co najmniej trzech osób, z których co najmniej jedna jest lekarzem.



Ilustracja 12: karetka S

Karetka P - „Karetka podstawowa” - obsługiwana jest przez co najmniej dwóch ratowników medycznych lub pielęgniarki. Karetka P jest odpowiednia w sytuacjach takich jak wypadki, urazy i choroby, w których karetka S nie jest potrzebna.



Ilustracja 13: karetka P

Załoga karetki, składająca się z lekarzy i ratowników medycznych, jest przypisana do szpitala w Krośnie

Odrzańskim i jest koordynowana przez wyżej wymienione centrum powiadamiania. Pojazdy te i personel medyczny są dostępne do codziennej opieki w nagłych wypadkach. Ponadto w Gubinie znajduje się kolejny punkt kontaktowy dla pacjentów w nagłych wypadkach - Punkt Świątecznej i Nocnej Pomocy. Do zadań tego punktu należy w szczególności udzielanie pomocy doraźnej w dni wolne od pracy oraz w porze nocnej.

Konkretnie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 oraz w dni wolne od pracy (całodobowo). Usługa ta należy również do zadań szpitala w Krośnie Odrzańskim (filia w Gubinie). W ramach opieki nocnej i świątecznej zawsze dostępny jest lekarz i pielęgniarka, którzy udzielają pomocy w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia. Ten rodzaj opieki jest z grubsza porównywalny z dyżurami po stronie niemieckiej. (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020)

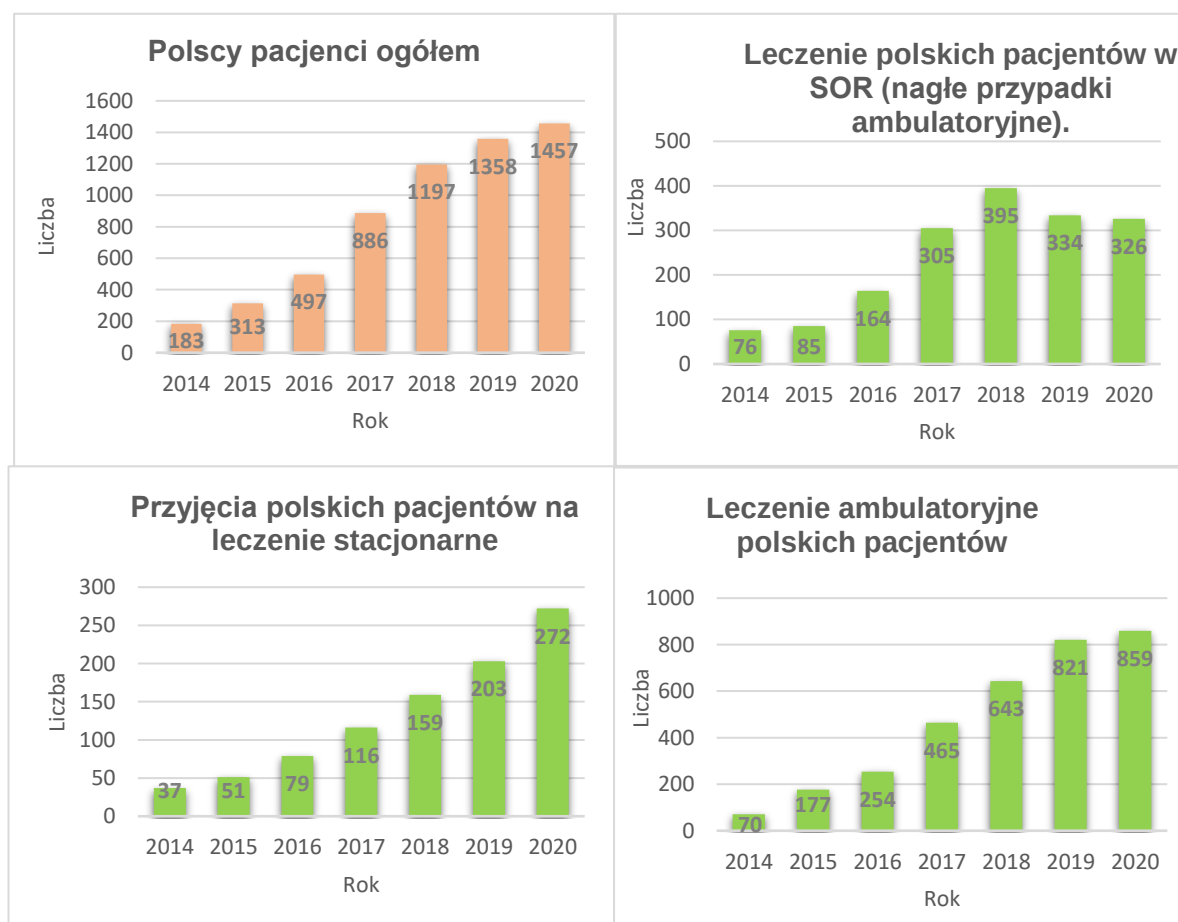
Najbliższe szpitalne oddziały ratunkowe znajdują się w dalszej odległości, jak widać na ilustracji 9 powyżej.

5. Rozwój popytu na usługi zdrowotne w regionie przygranicznym

Zwłaszcza w regionach przygranicznych zapotrzebowanie na opiekę medyczną będzie nadal rosło ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową. Szczególnie rosnąca liczba pacjentów z chorobami współistniejącymi prowadzi do zwiększonego korzystania ze świadczeń medycznych. (Hoffmann & Berg, 2013 r.)

5.1 Rosnąca mobilność pacjentów w Naemi-Wilke-Stift

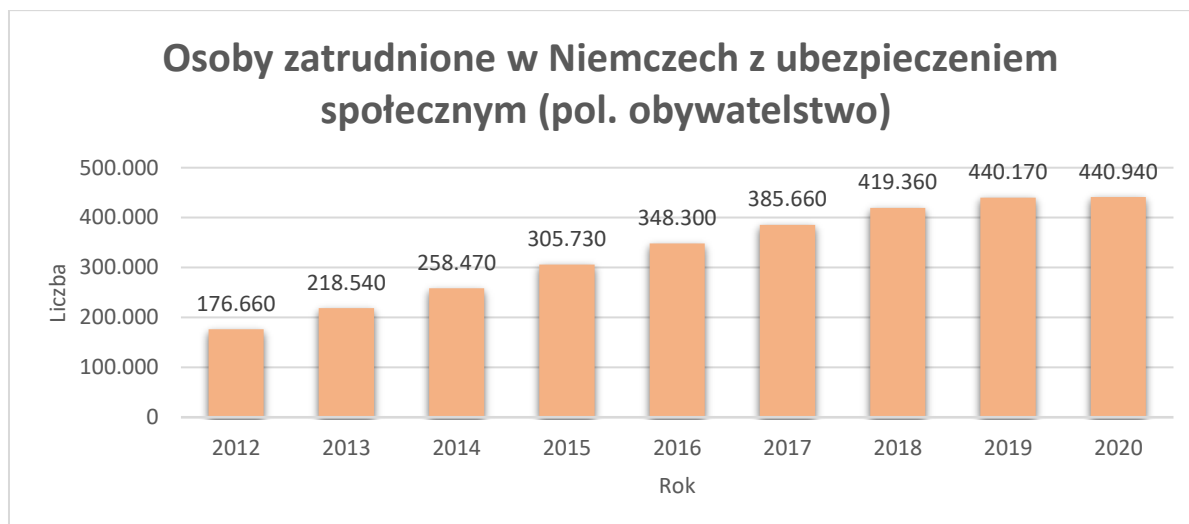
W ciągu ostatnich lat liczba polskich pacjentów w Naemi-Wilke-Stift stale rosła. W 2020 r. szpital odwiedziło około ośmiokrotnie więcej obywateli polskich (1457) niż w 2014 r. (183), a w nadchodzących latach spodziewany jest dalszy wzrost popytu. W nadchodzących latach zakres opieki oferowanej po stronie niemieckiej będzie stale poszerzany. Można zaobserwować rosnącą liczbę pacjentów, zwłaszcza w szpitalnych i ambulatoryjnych obszarach szpitala (il. 14).



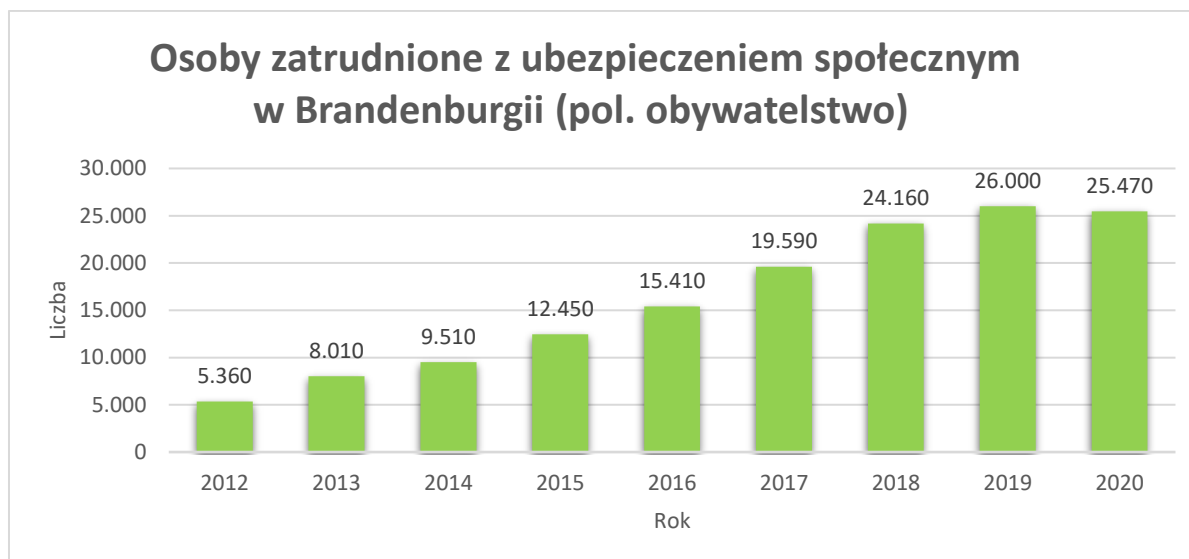
Ilustracja 14: Liczba polskich pacjentów

Czynniki przedstawione na ilustracji 14 powodują rosnące korzystanie ze świadczeń medycznych:

- zagraniczni obywatele UE z zatrudnieniem podlegającym ubezpieczeniu społecznemu w Niemczech według narodowości



Ilustracja 15: Statystyka zatrudnionych z ubezpieczeniem społecznym w Niemczech z polskim obywatelstwem (Bundesagentur für Arbeit, 2020)



Ilustracja 16: Statystyka zatrudnionych z ubezpieczeniem społecznym w Brandenburgii z polskim obywatelstwem (Bundesagentur für Arbeit, 2020)

Według badania Instytutu Badań nad Zatrudnieniem (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung), w połowie 2019 r. około 68 900 osób dojeżdżało z Polski do Niemiec. Spośród nich około 13 800 osób było zatrudnionych w samej Brandenburgii. To znacznie więcej niż przed przystąpieniem krajów Europy Wschodniej do UE, kiedy liczba osób dojeżdżających do pracy w Brandenburgii wynosiła nieco poniżej 440 osób. (IHK-Ostbrandenburg, 2020)

5.1.1 Zachęty migracyjne dla polskich pacjentów

Od momentu przystąpienia Polski do UE, polscy obywatele mogą swobodnie decydować o wyborze usług opieki zdrowotnej w sektorze ambulatoryjnym i częściowo stacjonarnym w całej Europie. Ze względu na położenie geograficzne względem Niemiec, polscy pacjenci często korzystają ze świadczeń zdrowotnych po stronie niemieckiej. (Müller, 2006)

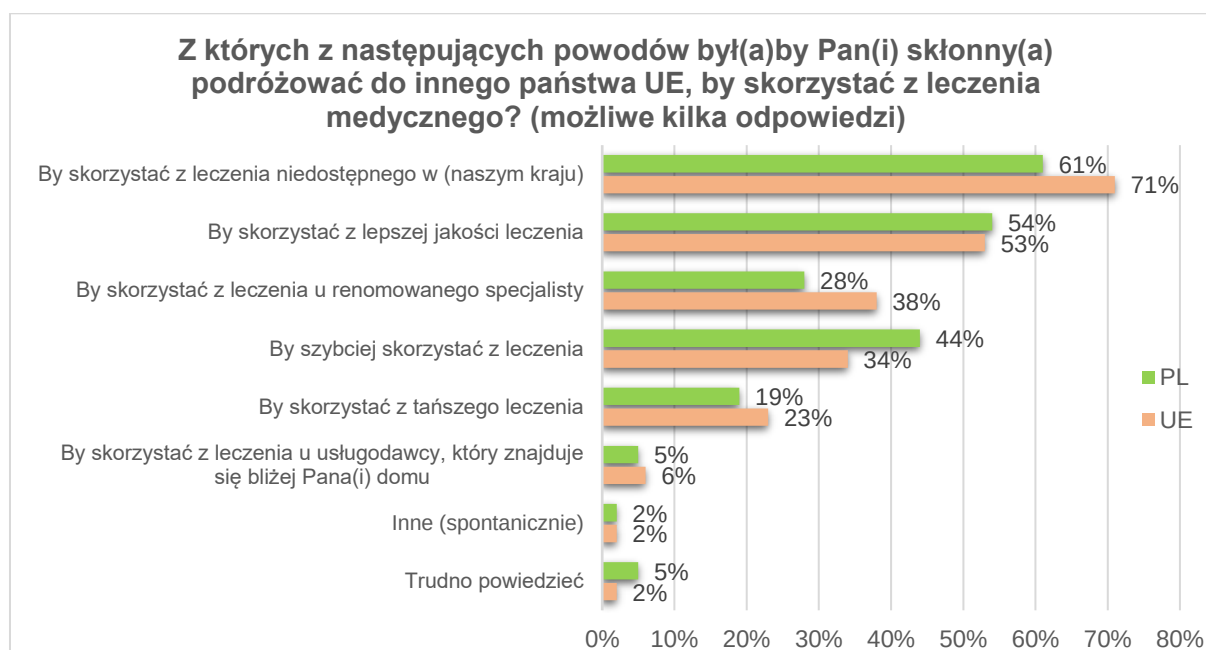
Zachęty istniejące przede wszystkim dla polskich pacjentów:

- bliskość geograficzna
- jakość opieki zdrowotnej w Niemczech
- mniejsze kolejki we wszystkich obszarach

Przeszkody w transgranicznej opiece zdrowotnej to przede wszystkim:

- problemy językowe
- koszty/refundacja (Müller, 2006)

Badanie opinii publicznej polskich pacjentów zlecone przez Komisję Europejską w ramach Eurobarometru 82.2 dotyczyło powodów poszukiwania opieki medycznej w innym kraju UE. Poniższa ilustracja przedstawia informacje na ten temat.



Ilustracja 17: Prawo pacjenta w UE, dane dot. Polski (Eurobarometr, 2014 r.) (Riedel, 2016)

5.1.2 Zachęty migracyjne dla niemieckich pacjentów

Pacjenci z Niemiec często korzystają z usług medycznych po polskiej stronie w sektorze stomatologicznym. Obywatele Niemiec korzystają również z usług uzdrowiskowych i wellness w Polsce. Polscy dentyści są popularnym celem dla niemieckich członków ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na ich niższe koszty i wysoką jakość. Dla niemieckich pacjentów bliskość polskiej granicy również działa jako pozytywna zachęta przy podejmowaniu decyzji o skorzystaniu z usług medycznych poza krajem ojczystym.

Zachęty dla niemieckich pacjentów:

- korzyści cenowe
- bliskość geograficzna
- język (wielu polskich lekarzy mówi po niemiecku)

Przeszkody:

- niska gęstość opieki po polskiej stronie (Müller, 2006)

6. Możliwości działania w ramach współpracy transgranicznej

6.1 Rozważenie możliwości współpracy

W celu przezwyciężenia przeszkód prawnych i administracyjnych można tworzyć różne formy współpracy ułatwiające transgraniczną opiekę zdrowotną.

Możliwe są następujące rodzaje współpracy:

1. "transgraniczna koordynacja/sieciowanie podmiotów opieki zdrowotnej
2. transgraniczne świadczenie usług dla pacjentów z zagranicy przez instytucje krajowe oraz
3. zinstytucjonalizowana współpraca poprzez utworzenie wspólnie wspieranej instytucji".
(Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 15)

"Projekty koordynacyjne mają głównie na celu tworzenie sieci wspólnych działań. W projektach tych współpraca kilku podmiotów jest głównie koordynowana i uzgadniana. W przeciwieństwie do tego, świadczenie usług zdrowotnych nie stoi na pierwszym planie działań projektowych. Chodzi raczej o przygotowanie warunków ramowych (także technicznych) dla wymiany między zaangażowanymi podmiotami współpracy transgranicznej." (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 15) „Projekty koordynacyjne zazwyczaj wymagają co najmniej dwóch partnerów z obu stron granicy, aby konsultować ze sobą swoje działania. Obecnie w Gubinie nie ma partnera w zakresie opieki zdrowotnej, który mógłby pełnić rolę partnera. Najbliższy sąsiedni szpital po

polskiej stronie znajduje się w Krośnie Odrzańskim, w odległości około 33 km. Ze względu na tę odległość szpital w Krośnie Odrzańskim nie jest początkowo odpowiednim partnerem do zapewnienia kompleksowych usług dla mieszkańców Euromiasta Gubin-Guben. Model koordynacji jest odpowiedni, jeśli partnerzy oferują różne usługi i chcą stworzyć spójną ofertę poprzez konsultacje. Nie ma to jednak miejsca w tym przypadku, ponieważ (...) Naemi-Wilke-Stift oferuje kompleksowe usługi i obecnie nie ma potrzeby ich uzupełniania". (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 17-18)

W przeciwieństwie do projektów koordynacyjnych, transgraniczne świadczenie usług ma na celu leczenie zagranicznych pacjentów w krajowej placówce służby zdrowia "na podstawie odpowiedniej umowy z podmiotem zagranicznego ubezpieczenia zdrowotnego. Przedmiotem projektu jest zatem korzystanie z krajowych placówek opieki zdrowotnej przez pacjentów po obu stronach granicy". (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 18)

W przypadku Euromiasta Gubin-Guben można polecić model międzypaństwowego świadczenia usług, ponieważ po stronie niemieckiej istnieje dostawca usług opieki zdrowotnej. Wdrożenie jest możliwe na dwa sposoby: z jednej strony Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) może być używana bez zawierania umowy między Naemi-Wilke-Stift a polskim ubezpieczeniem zdrowotnym. Z drugiej strony możliwe jest zawarcie umowy o świadczenie usług pomiędzy NFZ a Naemi-Wilke-Stift.

Trzecim rodzajem współpracy jest współpraca zinstytucjonalizowana. Charakteryzuje się ona utworzeniem placówki transgranicznej, która świadczy usługi zdrowotne dla ludności obszaru przygranicznego w imieniu właściwych organów z co najmniej dwóch państw członkowskich i rozlicza się bezpośrednio z zamawiającymi. Jest to zatem wspólna placówka, która leczy pacjentów z kilku państw tak, jakby byli ubezpieczeni w jednym państwie członkowskim (zwykle w państwie siedziby tej placówki)." (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 26) „Rozwiązanie to mogłoby również przyczynić się do stworzenia oferty dla całej populacji Euromiasta Gubin-Guben.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 28) Konkretnie oznaczałoby to, że szpital Naemi-Wilke-Stift utworzyłby własną placówkę w Gubinie, "która jako usługodawca zawarłaby umowę o świadczenie usług z polskim podmiotem ubezpieczenia zdrowotnego i świadczyłaby usługi dla polskich ubezpieczonych w Gubinie.“ (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 29)

Przykłady kooperacji w ramach innych projektów transgranicznych:

- umowy państwowe między państwami członkowskimi
- zakładanie stowarzyszeń
- umowy między kasami chorych.

Wartość dodana tworzona przez sieci współpracy:

- zmniejszone/wyeliminowane efekty graniczne
- możliwość opieki medycznej (zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej) po obu stronach granicy bez zgody podmiotu ubezpieczenia.

6.2 Rekomendowane działanie

Na podstawie możliwych form współpracy wymienionych w punkcie 6.1 można wyciągnąć następujące wnioski:

1. „Brak jest bezpośrednich przepisów prawa unijnego regulujących współpracę transgraniczną pomiędzy placówkami służby zdrowia z Polski i Niemiec;
2. Przepisy krajowe Polski i Niemiec dopuszczają współpracę transgraniczną jedynie w ograniczonym zakresie.
3. Z przeanalizowanych powyżej konstelacji zaleca się
 - a) zawarcie bezpośredniej umowy pomiędzy Naemi-Wilke-Stift a NFZ na świadczenie usług zdrowotnych dla polskich ubezpieczonych z Gubina lub
 - b) utworzenie przez Naemi-Wilke-Stift w Gubinie zakładu opieki zdrowotnej, który zawrze kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i będzie świadczył opiekę wyłącznie polskim ubezpieczonym w Gubinie". (Kleinböhmer und Partner, 2021, S. 30)

Pełna publikacja kancelarii Kleinböhmer und Partner stanowi załącznik nr 10 do studium.

7. Praktyczne podejście i zalecane strategie odnośnie do transgranicznej oferty usług medycznych w Euromieście Gubin-Guben

Ten punkt studium ma na celu wskazanie praktycznych założeń i działań, umożliwiających dostęp do możliwości leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego w znaczeniu usług medycznych.

Doświadczenia zdobyte podczas projektu, które zostały zebrane na podstawie opinii wyrażonych przez pacjentów podczas spotkań

informacyjnych, a także w biurach Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr i w polsko-niemieckim biurze koordynacyjnym, pokazały, że najpierw należy wyjaśnić terminologię i procedury. Dotyczy to przede wszystkim pacjentów, ale także personelu medycznego placówek służby zdrowia.



W zależności od statusu ubezpieczenia i miejsca zamieszkania pacjentów, podczas realizacji projektu w placówkach medycznych Euromiasta Gubin-Guben można było rozróżnić różne grupy odbiorców świadczeń:

1. pracownicy przygraniczni³, czyli osoby pracujące w jednym, a mieszkające w drugim kraju (zarówno Polacy jak i Niemcy)
2. Członkowie rodziny pracowników przygranicznych
3. Obywatele polscy, którzy są ubezpieczeni w Polsce z miejscem zamieszkania również w Polsce (z zaplanowanym leczeniem w Niemczech)
4. Obywatele polscy, którzy są ubezpieczeni w Polsce z miejscem zamieszkania również w Polsce (z niezaplanowanym leczeniem w Niemczech)
5. Obywatele polscy, którzy są ubezpieczeni w Polsce z miejscem zamieszkania w Niemczech
6. Obywatele niemieccy, którzy chcą leczyć się w Polsce.
7. Obywatele niemieccy, którzy mieli wypadek w Polsce, byli leczeni w polskim szpitalu i wrócili do Niemiec na dalsze leczenie
8. Obywatele polscy, którzy są ubezpieczeni w Niemczech z miejscem zamieszkania w Niemczech (podobnie jak niemieccy ubezpieczeni, ale należy ich traktować jako odrębną grupę ze względu na uwarunkowania językowe)

³ Pracownik przygraniczny to osoba wykonująca pracę najemną lub na własny rachunek w państwie członkowskim, która zamieszkuje na terytorium innego państwa członkowskiego, gdzie co do zasady powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu (rozp. (WE) nr 883/2004).

9. Pacjenci z ubezpieczeniem prywatnym

10. Pacjenci bez statusu ubezpieczenia z niejasnym miejscem zamieszkania

Analiza istniejącej dokumentacji z innych regionów przygranicznych wykazała, że istnieją jeszcze inne grupy pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, na przykład byli pracownicy przygraniczni z wieloma stosunkami pracy w kilku krajach.

W trakcie projektu obszary problemowe zostały najpierw zdefiniowane na podstawie wyżej wymienionych grup pacjentów. Po przeanalizowaniu konkretnych problemów opracowano opcje działania i rozwiązania. Są to:

Opieka ambulatoryjna

Grupy pacjentów

- Operacje ambulatoryjne - polscy pacjenci samodzielnie ponoszący koszty leczenia lub ubezpieczeni prywatnie (możliwość ubiegania się o zwrot kosztów z NFZ, wymagana uprzednia zgoda)
- Leczenie ambulatoryjne w przychodniach - polscy i niemieccy pacjenci samodzielnie ponoszący koszty leczenia lub pacjenci z prywatnym ubezpieczeniem
- Polscy pacjenci mieszkający w Niemczech po uprzednim uzyskaniu zgody NFZ (objęci ubezpieczeniem zagranicznym przez niemiecką kasę chorych)
- Polscy pacjenci zatrudnieni i ubezpieczeni w Niemczech, w tym zamieszkali w Polsce członkowie ich rodzin objęci ubezpieczeniem rodzinnym

Obszary problemowe

- Przedpłata
- Bariera językowa
- Tłumaczenie niemieckich dokumentów medycznych
- Składanie wniosków/formularze
- Komunikacja pacjenta z kasą chorych/NFZ
- Rozliczenie w Polsce poprzez ICD-9

Opieka stacjonarna

Grupy pacjentów

- Polscy pacjenci ze zgodą NFZ
- Pacjenci z prywatnym ubezpieczeniem
- Polscy pacjenci mieszkający w Niemczech (wymagana zgoda NFZ)
- Polscy pacjenci zatrudnieni i ubezpieczeni w Niemczech, w tym zamieszkali w Polsce lub też w Niemczech członkowie ich rodzin objęci ubezpieczeniem rodzinnym

Obszary problemowe

- Przedpłata
- Bariera językowa
- Tłumaczenie dotychczasowych dokumentów medycznych
- Komunikacja pacjenta z kasą chorych/NFZ

Opieka zdrowotna w nagłych wypadkach

- obywatelom niemieckim i polskim przysługuje pomoc w nagłych wypadkach zarówno w Polsce jak i w Niemczech
- Warunkiem uzyskania bezpłatnej opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach jest posiadanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

Obszary problemowe

- Bariera językowa
- EKUZ jest wydawana w Polsce tylko na określony czas
- Polscy obywatele powinni regularnie składać wnioski o wydanie EKUZ

Ilustracja 18: Formy opieki

Aby przedstawić konkretne rozwiązania i wytyczne dotyczące działań, studium w dalszych rozważaniach koncentruje się przede wszystkim na następujących głównych grupach:

- Pacjenci pracownicy przygraniczni
- Pacjenci w zaplanowanym leczeniu
- Pacjenci w niezaplanowanym leczeniu

7.1. Praktyczne wytyczne dotyczące działań dla pracowników przygranicznych

W trakcie realizacji projektu okazało się, że pracownicy przygraniczni stanowią jedną z największych grup pacjentów. Są to na przykład obywatele polscy, którzy mieszkają w Polsce i są zatrudnieni i ubezpieczeni w Niemczech lub którzy mieszkają w Niemczech i są zatrudnieni w Polsce. Dotyczy to również obywateli Niemiec. Charakterystyka tej grupy jest bardzo zróżnicowana. Począwszy od pacjentów z bardzo dobrymi umiejętnościami językowymi i wiedzą o niemieckim bądź polskim systemie opieki zdrowotnej, ponieważ przykładowo od lat są zatrudnieni w kraju sąsiednim, aż po osoby, które nie znają ani języka, ani systemu i są zależne od pomocy osób trzecich. Pacjenci ci szukają przede wszystkim lekarzy mówiących w ich języku, sami organizują tłumacza lub polegają na tym, że szpital lub gabinet zapewni im taką pomoc. Doświadczenia z projektu pokazały, że konieczne jest uwrażliwienie obu stron, tj. pacjentów, a także personelu medycznego i klinik, aby podchodzili do wszystkich procesów z cierpliwością i zrozumieniem. Praca z tłumaczem lub z pacjentem obcojęzycznym wydłuża proces kontaktu z pacjentem i wymaga otwartości na różnice mentalne i kulturowe. Praca pracowników przygranicznych jest ogromną korzyścią dla niemieckiej gospodarki i, jak

pokazuje badanie IHK, firmy każdej wielkości czerpią zyski z tej grupy pracowników. (IHK-Ostbrandenburg, 2020, S. 7)

Poniżej omówieni zostaną tylko zatrudnieni pracownicy przygraniczni, a nie osoby samozatrudnione. Ta tematyka mogłaby być przedmiotem kolejnego projektu unijnego. Za ubezpieczenie pracowników przygranicznych odpowiedzialny jest podmiot ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu pracy. Mogą oni jednak korzystać z opieki zdrowotnej zarówno w kraju, w którym są ubezpieczeni, jak i w kraju miejsca zamieszkania. Aby móc bezproblemowo korzystać z tych opcji leczenia, pracownicy przygraniczni muszą posiadać zaświadczenie S1⁴ (Portable Dokument S1, dawniej E106). Dzięki formularzowi S1 osoby posiadające ustawowe ubezpieczenie zdrowotne mogą udać się do lekarza w kraju zamieszkania, nawet jeśli posiadają ubezpieczenie zdrowotne w innym kraju UE. W związku z tym są one uprawnione do wszystkich świadczeń zdrowotnych przewidzianych w przepisach kraju zamieszkania, tak jakby były ubezpieczone w tamtejszej kasie chorych.

Koszty poniesione w kraju zamieszkania są następnie pokrywane przez ubezpieczenie zdrowotne w innym kraju UE. (Krankenkassen Deutschland, 2021) Formularz S1 znajduje się w załączniku (załącznik 1).

S1 Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit

Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes
Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird ihr Anspruch und der Anspruch ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (s. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in ihrem Wohnstaat bescheinigt. Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen. Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABER/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedsstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (***)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Anschrift im Wohnstaat

1.6.1 Straße, Nr. 1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort 1.6.4 Ländercode

1.7 Status

☐ 1.7.1 Versicherte/r ☐ 1.7.2 Familienangehörige/r eines/er Versicherten

☐ 1.7.3 Rentner/in ☐ 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin

☐ 1.7.5 Rentenanspruchsteller/in

2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

☐ 2.1 Der/Die Inhaber/in erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN
(auszufüllen, wenn der/Die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat, der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1 Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedsstaat

3.2 Nachname

3.3 Vorname(n)

3.4 Geburtsname (*)

3.5 Geburtsdatum

3.6 Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)

3.6.1 Straße, Nr. 3.6.3 Postleitzahl

3.6.2 Ort 3.6.4 Ländercode

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VOM/BI

4.1 Beginn 4.2 Ende

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1 Name

5.2 Straße, Nr.

5.3 Ort

5.4 Postleitzahl 5.5 Ländercode

5.6 Kenn-Nummer des Trägers

5.7 Faxnummer

5.8 Telefonnummer

5.9 E-Mail

5.10 Datum

5.11 Unterschrift

STEMPEL

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 26, 28 und 54, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.
(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Prozessaktivitäten der staatlichen Sozialversicherungseinheit (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.
(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/Die Inhaber/in diesen entsprechend.

©Europäische Kommission 1/2

2/2

Ilustracja 19: Formularz S1 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 1

⁴ Zaświadczenie S1 (Portable Dokument S1) - opieka zdrowotna w kraju zamieszkania w przypadku ubezpieczenia w innym państwie - zaświadczenie o prawie do opieki zdrowotnej, jeśli obywatele nie mieszkają w kraju, w którym są ubezpieczeni.

Aby uzyskać formularz S1, obywatele polscy muszą złożyć wniosek do NFZ. Formularz wniosku znajduje się w załączniku (załącznik 2).

Podczas gdy Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego obejmuje tylko krótkie pobyty i nagłe przypadki medyczne, formularz S1 umożliwia również pacjentom planowane leczenie i rutynowe badania podczas dłuższych pobytów w innym kraju UE. Świadczenia rzeczowe obejmują leczenie medyczne i stomatologiczne, leki i leczenie szpitalne.

Przykładowa sytuacja:

Pani Anna Kowalska pracuje w Guben (DE), ale mieszka w Gubinie (PL) i tam też regularnie chodzi do swojego lekarza rodzinnego. Aby było to możliwe, kasa chorych w Niemczech musi wystawić "formularz S1". Pani Kowalska składa wystawiony formularz podmiotowi ubezpieczenia zdrowotnego w kraju zamieszkania. W jej przypadku jest to Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ. Świadczenia wykonane w Polsce są następnie fakturowane na rzecz jej kasy chorych w Niemczech.

Pracownicy przygraniczni, którzy chcą ubiegać się o ubezpieczenie zdrowotne zarówno w kraju wykonywania pracy, jak i w kraju zamieszkania, muszą złożyć kolejno dwa kompletne wnioski o rejestrację do właściwych kas: w kraju wykonywania pracy i w kraju zamieszkania.

To samo dotyczy osoby, która decyduje się na przeprowadzkę do kraju sąsiedniego, jednocześnie kontynuując pracę w kraju pochodzenia (np. osoba, która kontynuuje pracę w Polsce i chce zamieszkać w Niemczech).

W ten sposób ubezpieczony przechodzi przez dwie pełne procedury rejestracyjne, które należy uznać za obciążenie administracyjne. W niektórych przypadkach podwójna rejestracja może **powodować większe obciążenie administracyjne**, zwłaszcza jeśli:

- osoba ubezpieczona nie mówi (lub nie mówi doskonale) w języku państwa zamieszkania i musi wypełniać formularze w tym języku;
- osoba ubezpieczona nie posiada obywatelstwa państwa zamieszkania i musi mieć przetłumaczone i uwierzytelnione niektóre dokumenty, takie jak akt urodzenia;
- osoba ubezpieczona nie posiada obywatelstwa państwa zamieszkania ani państwa, w którym pracuje i musi mieć przetłumaczone i uwierzytelnione niektóre dokumenty w dwóch różnych językach. (np. uchodźcy). (EVTZ Eurodistrikt PAMINA, 2019)

Praktyczne UWAGI dla pracowników przygranicznych mieszkających w Polsce i zatrudnionych w Niemczech, którzy udają się do lekarza w Polsce:

- Jak najszybciej złożyć wniosek o wydanie formularza S1

- Zaświadczenie o niezdolności do pracy (w języku pacjenta: Krankschreibung, AU-Schein, Krankschein/ PL: zwolnienie lekarskie, L-4) musi istnieć w formie papierowej (nie cyfrowej) i zawierać diagnozę (kod diagnozy). Niemieckie kasy chorych potrzebują ich do ewidencjonowania prawa do świadczeń. Pacjent może poprosić lekarza prowadzącego leczenie o wystawienie dwóch zaświadczeń o niezdolności do pracy: jednego z diagnozą dla kasy chorych i drugiego bez diagnozy do przedłożenia pracodawcy.

Członkowie rodziny pracowników przygranicznych

Jeśli pacjent jest zatrudniony jako pracownik przygraniczny w kraju sąsiednim, osoby uznane za członków rodziny zgodnie z ustawodawstwem kraju zamieszkania mogą dzięki formularzowi S1 korzystać z tego samego zakresu świadczeń co pracownik przygraniczny zarówno w kraju zatrudnienia, jak i w kraju zamieszkania.

Uwaga:

- Członkowie rodziny nie muszą opłacać składek;
- Dziecko, którego tylko jedno z rodziców jest pracownikiem przygranicznym, jest obowiązkowo współubezpieczone u rodzica, który pracuje w kraju zamieszkania dziecka.

Byli pracownicy przygraniczni i członkowie ich rodziny

W przypadku byłych pracowników przygranicznych należy rozróżnić dwie sytuacje. Zasady te mają również zastosowanie do członków ich rodziny.

Sytuacja 1: Pacjent nadal jest (w pierwszej kolejności) ubezpieczony w swoim byłym kraju zatrudnienia.

Przypadek ten dotyczy w szczególności byłych pracowników przygranicznych, którzy pobierają tylko emeryturę z byłego kraju zatrudnienia. Płacą oni składki w swoim byłym kraju zatrudnienia i są tam traktowani jak osoby ustawowo ubezpieczone w tym kraju. Formularz S1 (dawniej E106) wydawany przez kraj ubezpieczenia umożliwia pacjentom bezpłatną rejestrację w kasie chorych w kraju zamieszkania.

Dzięki temu pacjent w swoim kraju zamieszkania traktowany jest na równi z osobami ustawowo ubezpieczonymi tego kraju w odniesieniu do wszystkich świadczeń rzeczowych (np. leczenie lub realizacja skierowań lekarskich). Należy pamiętać, że formularz S1 nie uprawnia do świadczeń pieniężnych (np. zasiłku chorobowego lub zasiłku opiekuńczego) z kraju zamieszkania.

Sytuacja 2: Pacjent posiada ubezpieczenie zdrowotne w swoim kraju zamieszkania.

Pod pewnymi warunkami pacjenci mogą uzyskać **dokument przenośny S3/ formularz S3** od własnej kasy chorych. Formularz S3 umożliwia byłemu pracownikowi przygranicznemu korzystanie z opieki medycznej na takich samych warunkach, jakie są gwarantowane osobom ubezpieczonym w danym kraju. W zależności od kraju mogą być wymagane zaliczki na leczenie. Takie samo prawo przysługuje również członkom rodziny.

S3 Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit

Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der ehemaligen Erwerbstätigkeit
Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DE INHABERIN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer ehemaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsortes vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (**)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr. 1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort 1.6.4 Ländercode

1.7 Persönliche Versicherungsnummer im Mitgliedstaat der ehemaligen Erwerbstätigkeit

1.8 Status

☐ 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/ Ehemalige Grenzgängerin ☐ 1.8.2 Familienangehöriger/ einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf:

☐ 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der ehemaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (**)

2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

☐ 2.2 Behandlung im Staat der ehemaligen Erwerbstätigkeit (**)

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl 3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 26, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.
(***) Bitte den Mitgliedstaat der ehemaligen Erwerbstätigkeit angeben.

© Europäische Kommission 1/2

Ilustracja 20: Formularz S3 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 3a (formularz niemiecki) i 3b (polski wniosek)

Osoby ubezpieczone składają wniosek o wydanie dokumentu S3 do kasy chorych, która płaci za ich opiekę zdrowotną. Następnie mogą złożyć formularz w kasie chorych w kraju, w którym pracowali jako pracownicy przygraniczni. Mają prawo do opieki medycznej w kraju, w którym były zatrudnione, jeśli kontynuują rozpoczęte tam leczenie. Członkowie ich rodzin również mogą skorzystać z tego uprawnienia. Możliwe jest rozpoczęcie nowego leczenia w kraju poprzedniego zatrudnienia, jeśli ubezpieczony pracował tam jako pracownik przygraniczny przez co najmniej dwa lata w ciągu pięciu lat poprzedzających rozpoczęcie pobierania emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy. Ma to zastosowanie tylko wtedy, gdy ich

obecny kraj zamieszkania i poprzedni kraj zatrudnienia należą do następujących państw: Belgia, Niemcy, Hiszpania, Luksemburg, Austria i Portugalia.

Formularz S3 może być wystawiony w dwóch przypadkach:

- Kontynuacja leczenia, które zostało rozpoczęte w byłym kraju zatrudnienia, z zastrzeżeniem, że w momencie przejścia na emeryturę lub rentę z powodu niezdolności do pracy istniał stosunek pracy w charakterze pracownika przygranicznego. Kontynuacja leczenia oznacza rozpoznanie, diagnozę i leczenie choroby aż do jej zakończenia.
- Rozpoczęcie nowego leczenia w byłym kraju zatrudnienia, pod warunkiem, że pacjent był zatrudniony jako pracownik przygraniczny przez co najmniej dwa z ostatnich pięciu lat przed przejściem na emeryturę lub rentę z powodu niezdolności do pracy.

Jeżeli pacjentowi nie przysługuje formularz S3, w stosunku do leczenia w byłym kraju zatrudnienia stosuje się zasady opisane bliżej w punkcie 7.2. opracowania "Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia planowego" oraz w punkcie 7.3. opracowania „Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia nieplanowego”.

W okresie realizacji projektu ustaliliśmy, że mogą wystąpić znaczne opóźnienia w rozpatrywaniu złożonych wniosków o formularze.

Zdarza się, że czas oczekiwania na potwierdzenie złożonego w NFZ wniosku o otrzymanie formularza S1 wynosi nawet 6 miesięcy. W przypadku kobiet w ciąży, które potrzebują np. opieki położnej, dochodzi do sytuacji, w których dokument S1 często wystawiany jest dopiero po urodzeniu dziecka, kiedy opieka nie jest już konieczna.

Przykład: Polska pacjentka w ciąży, która pracuje i jest ubezpieczona w Niemczech, a mieszka w Polsce, chce skorzystać z usług polskiej położnej w Gubinie. Na jej decyzję wpływa nie tylko bariera językowa, ale przede wszystkim fakt, że po stronie niemieckiej dostęp do usług położnych jest ograniczony. Ma możliwość uczęszczania do szkoły rodzenia w Polsce i przygotowania się do narodzin dziecka. Dopóki nie zostanie oficjalnie uznana w polskim systemie opieki zdrowotnej poprzez wydanie formularza S1, musi ponosić koszty tych usług prywatnie i przedkładać rachunki własnej kasie chorych (często również w przetłumaczonej formie). (Źródło: wywiad z polską położną z Gubina)

Dostępność opieki lekarskiej jest zróżnicowana w obu przygranicznych miastach. Na przykład w Guben pracuje obecnie tylko jedna lekarz pediatra. Z kolei w Gubinie jest sześciu pediatrów. Problemem jest również ewentualna dalsza opieka lekarska, np. konieczność skierowania pacjentów do szpitala lub do lekarza specjalisty. Mimo możliwości korzystania ze świadczeń rzeczowych z obu systemów, pacjenci muszą zarejestrować się u niemieckiego lekarza

z podpisaną umową, aby ten mógł na akceptowanych przez kasy chorych formularzach wystawić np. skierowanie do szpitala, które następnie można rozliczyć. Rozwiązaliśmy ten problem poprzez "Case Management International" w Międzynarodowym Biurze Pacjenta w Naemi-Wilke-Stift, w którym koordynatorka (Case Manager) opracowuje konkretny plan leczenia z pacjentami i towarzyszy im podczas całego procesu.

Praktyczne WSKAZÓWKI dla pracowników przygranicznych:

- Pacjenci powinni złożyć wniosek o formularz S1 lub S3 jak najszybciej, czyli w momencie rozpoczęcia zatrudnienia lub przejścia na emeryturę
- Zaświadczenie o niezdolności do pracy (w języku narodowym pacjenta: Krankschreibung, AU-Schein, Krankschein/ Polska: zwolnienie lekarskie, L-4) musi istnieć w formie papierowej (nie cyfrowej) i zawierać diagnozę (kod diagnozy). Niemieckie kasy chorych potrzebują ich do ewidencjonowania prawa do świadczeń. Pacjent może poprosić lekarza prowadzącego leczenie o wystawienie dwóch zaświadczeń o niezdolności do pracy: jednego z diagnozą dla kasy chorych i drugiego bez diagnozy do przedłożenia pracodawcy.
- Zarówno w Niemczech, jak i w Polsce wskazane jest, aby pacjenci zgłaszali się do lekarza pierwszego kontaktu.
- Pacjenci powinni zasięgnąć porady w kasie chorych, w której są ubezpieczeni. Wiele kas chorych posiada infolinię dla pacjentów zagranicznych i wspiera swoich klientów zarówno w znalezieniu odpowiedniego lekarza, jak i w wyjaśnieniu wielu formalności.
- Ponadto warto korzystać z solidnych źródeł informacji: są to krajowe punkty kontaktowe odpowiedzialne za transgraniczną opiekę zdrowotną lub oficjalne międzynarodowe ośrodki doradcze i koordynacyjne placówek medycznych (np. Międzynarodowe Biuro Pacjenta w NWS).

Zalecenia dla placówek medycznych:

- Jak najszybciej poinformować pacjentów o ich prawach przy korzystaniu z obu systemów.
- Transgraniczna współpraca z lekarzami pierwszego kontaktu przy skierowaniu na dalsze leczenie (np. w szpitalu lub na leczenie ambulatoryjne u lekarzy specjalistów)
- Współpraca z kasami chorych
- Korzystanie z ofert Case Managements dla międzynarodowych pacjentów
- Wspólne organizowanie wydarzeń informacyjnych dla pacjentów

- Promowanie dwujęzyczności (zaleca się korzystanie z dwujęzycznego personelu medycznego)
- Wspierania transferu wiedzy
- Znajomość sieci właściwych organów i instytucji i informowanie o niej
- Linkowanie oficjalnych źródeł informacji na własnych stronach internetowych (aktualizowanie sieci)

7.2. Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia planowego w Polsce i w Niemczech

Planowe leczenie jest coraz częściej wykorzystywane przez pacjentów. Przyczyny tego stanu rzeczy są wymienione w punktach 5.1.1. i 5.1.2. W okresie realizacji projektu dostrzeżono również liczne osobiste powody, które są szczególnie przydatne w planowym leczeniu mieszkańców regionu przygranicznego w sąsiednim kraju. Do tych powodów należał np. fakt, iż wieloletni medyk przeniósł się do miejsca pracy w sąsiednim kraju, a pacjent chciał leczyć się właśnie u niego. Wielu pacjentów mieszkających w pobliżu granicy zauważa, że odległość do najbliższego lekarza w innym kraju UE jest znacznie krótsza niż do najbliższego lekarza we własnym kraju. Pacjenci mogą być otoczeni opieką i wsparciem podczas leczenia jedynie przez krewnych w sąsiednim kraju.

Jeżeli pacjent wyjeżdża za granicę w celu leczenia i jest to powód jego pobytu, to jest to leczenie planowe. Leczenie jest planowe również wtedy, gdy pacjent celowo łączy swój pobyt urlopowy z usługą medyczną, choć leczenie mogło być przeprowadzone przed urlopem lub mogło być przełożone na okres po urlopie. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

To, czy ubezpieczyciel pokryje koszty leczenia za granicą, zależy od określonych warunków. Należy analizować dwa aspekty. Z jednej strony punkt widzenia pacjenta z jego osobistymi uprawnieniami, a z drugiej strony sytuację prawną.

Analiza z prawnego punktu widzenia:

Wiele instytucji zajmujących się transgraniczną opieką zdrowotną informuje pacjentów o dwóch drogach uzyskania leczenia za granicą. Jest to prawnie poprawne, ale w wielu przypadkach działa odstrasza i dezorientuje pacjentów. Wygląda to następująco:

Jeśli pacjenci chcą się leczyć w sąsiednim kraju, to w zasadzie mają dwie opcje:

a) prawo do leczenia bezpośrednio na podstawie europejskich rozporządzeń w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (rozporządzenia (WE) 883/2004 i 987/2009) lub

b) na podstawie odpowiednich przepisów transponujących dyrektywę 2011/24/UE poszczególnych państw UE.

Obie opcje różnią się

- podstawami prawnymi
- warunkami dla Twoich uprawnień do leczenia
- sposobami płatności świadczeniodawcy
- możliwościami zwrotu kosztów
- udziałem własnym i kilkoma innymi kwestiami. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

W przypadku pierwszej opcji pacjent musi uzyskać wcześniejszą zgodę od swojego podmiotu ubezpieczenia zdrowotnego. Wydaje ona pacjentowi formularz S2 (dokument przenośny S2, formularz S2) dotyczący planowego leczenia. Dokumentuje to, że pacjent ma być traktowany jak osoba posiadająca ustawowe ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech lub w Polsce, a koszty będą zwracane zgodnie ze stawkami refundacji obowiązującymi w kraju, w którym był leczony. System ten dotyczy publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie pokrywa to leczenia prywatnego.

W drugiej opcji pacjent chce otrzymać w Niemczech lub w Polsce świadczenie na takich samych warunkach, jakie jego podmiot ubezpieczenia zdrowotnego pokryłby również w jego własnym kraju. Powstałe koszty ponosi sam pacjent i jest traktowany jak osoba posiadająca prywatne ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech. Następnie pacjent może ubiegać się o zwrot kosztów u swojego podmiotu ubezpieczenia zdrowotnego. Taka możliwość istnieje we wszystkich placówkach publicznych i prywatnych. Koszty są zwracane do wysokości kosztów danego leczenia w kraju ojczystym pacjenta, ale tylko wtedy, jeśli miał on tam prawo do tego leczenia.

Oba sposoby różnią się od siebie oraz mają wady i zalety. Przed podjęciem decyzji o wyborze jednej z dwóch opcji, pacjenci powinni zawsze skorzystać z indywidualnego doradztwa u swojego podmiotu ubezpieczenia zdrowotnego.

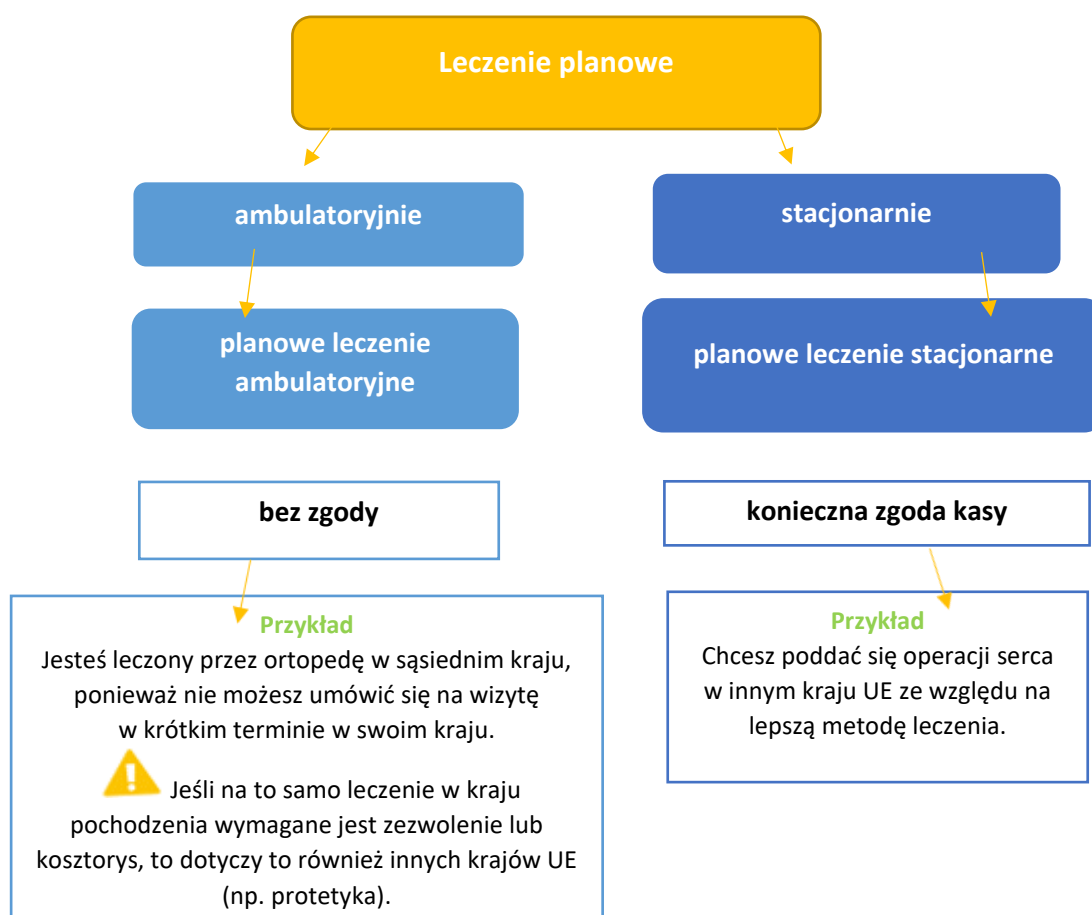
Analiza z punktu widzenia pacjentów:

Tutaj ważne jest pytanie: co trzeba zrobić, aby uzyskać wymagane leczenie na najkorzystniejszych warunkach i w jak najkrótszym czasie.

Podsumowując można stwierdzić, że do leczenia szpitalnego z co najmniej jednym noclegiem lub korzystaniem z wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego (takiego jak np.: rezonans magnetyczny czy tomograf komputerowy) konieczna jest uprzednia zgoda S2 (formularz S2, dokument przenośny S2) ubezpieczyciela (w Niemczech właściwej kasy chorych, w Polsce NFZ).

W przypadku planowego leczenia ambulatoryjnego uzyskanie zgody z reguły nie jest konieczne. Zaleca się jednak, aby pacjenci najpierw skontaktowali się z ubezpieczycielem, aby dowiedzieć się, które rodzaje leczenia stanowią wyjątek od tej reguły lub co będzie konieczne, aby zwrot kosztów był możliwy.

Poniższy schemat prezentuje w skrócie procedury:



Ilustracja 21: Planowe leczenie w innym kraju UE

7.2.1. Planowe leczenie - Praktyczne wskazówki dotyczące działań w obszarze stacjonarnym

Planowe leczenie stacjonarne w innym kraju UE jest pokrywane przez ustawowe ubezpieczenie zdrowotne, jeśli ubezpieczony uzyskał na nie wcześniejszą zgodę. Jeśli w państwie ubezpieczenia zdrowotnego nie można w odpowiednim czasie przeprowadzić koniecznego leczenia, kasa chorych musi wyrazić zgodę na leczenie za granicą. Dowodem uprawnienia jest **dokument przenośny S2** (druk S2, formularz S2).

W przypadku uzyskania zgody, przejmowane są koszty opieki stacjonarnej oraz ambulatoryjnej.

The image shows two pages of the S2 form, titled 'Anspruch auf eine geplante Behandlung' (Claim for planned treatment). The form is issued by the 'Koordination der Systeme der sozialen Sicherheit' (Coordination of the Social Security Systems).

Page 1 (Left):

- Section 1: ANLASS ZUR PERSON DES INHABER/DER INHABERIN** (Reason for the person of the holder/holder)
 - 1.1 Persönliche Versicherungsnummer (in zuständigen Mitgliedstaat)
 - 1.2 Nachname
 - 1.3 Vorname(n)
 - 1.4 Geburtsname (*)
 - 1.5 Geburtsdatum
 - 1.6 Aktuelle Anschrift
 - 1.6.1 Straße, Nr.
 - 1.6.2 Ort
 - 1.6.3 Postleitzahl
 - 1.6.4 Ländercode
- Section 2: ART UND ORT DER BEHANDLUNG** (Type and place of treatment)
 - 2.1 Behandlung
 - 2.2 Ort der Behandlung
 - 2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer
 - 2.3.1 Beginn
 - 2.3.2 Ende

Page 2 (Right):

- Section 3: AUSSTELLENDER TRÄGER** (Issuing institution)
 - 3.1 Name
 - 3.2 Straße, Nr.
 - 3.3 Ort
 - 3.4 Postleitzahl
 - 3.5 Ländercode
 - 3.6 Kenn-Nummer des Trägers
 - 3.7 Faxnummer
 - 3.8 Telefonnummer
 - 3.9 E-Mail
 - 3.10 Datum
 - 3.11 Unterschrift
- STEMPEL** (Stamp)

Ilustracja 22: Formularz S2 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 4a

Na podstawie druku S2 koszty leczenia są (co do zasady) pokrywane bezpośrednio przez ubezpieczyciela.

Jednakże w przypadkach, gdy niezbędne leczenie jest wprawdzie możliwe w kraju ubezpieczonego, ale nie można go uzyskać w określonym czasie, a byłoby ono konieczne ze względu na obecny stan zdrowia, nie można odmówić wydania zgody.

Pacjenci muszą złożyć wniosek o wydanie formularza S2 u podmiotu ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu zamieszkania i przedłożyć go odpowiedniemu podmiotowi

ubezpieczenia zdrowotnego w kraju, w którym ma być przeprowadzone planowe leczenie. Leczenie odbywa się na takich samych warunkach medycznych i finansowych jak dla obywateli danego kraju. Może to oznaczać, że część kosztów trzeba ewentualnie zapłacić z góry. (Krankenkassen Deutschland, 2021)

Przykładowo NFZ nie może finansować poza Polską leczenia w ramach badań klinicznych, leczenia eksperymentalnego oraz leczenia, które nie jest częścią świadczeń gwarantowanych w Polsce.

Istnieje również wykaz świadczeń zdrowotnych, których refundacja wymaga uprzedniej zgody dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia:

- świadczenia zdrowotne wymagające hospitalizacji co najmniej do następnego dnia, niezależnie od rodzaju udzielonych świadczeń
- leczenie w ramach programów lekowych
- terapia izotopowa
- teleradioterapia stereotaktyczna;
- radioterapia wiązką protonową hadronową;
- terapia hiperbaryczna
- wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne;
- testy genetyczne;
- pozytonowa tomografia emisyjna;
- badania z zakresu medycyny nuklearnej (Narodowego Funduszu Zdrowia , 2020)

System ten dotyczy publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Nie pokrywa to leczenia prywatnego.

Doświadczenia z okresu realizacji projektu

Polscy pacjenci często mają problemy z ubieganiem się o formularz S2, ponieważ procedura i formularz wniosku po stronie polskiej są skomplikowane. Złożenie wniosku oznacza, że pacjenci muszą zdecydować, którą ścieżkę prawną chcą wybrać (p. załącznik 4b). Ponadto istnieje wiele przeszkód do pokonania, np. konieczność uzyskania drugiej opinii i ekspertyzy od specjalisty, tłumaczenie niezbędnej dokumentacji i długi czas trwania procedury zatwierdzania.

W okresie realizacji projektu było niewielu pacjentów, którzy zdecydowali się ubiegać o zatwierdzenie S2. Niestety, wszyscy ci pacjenci otrzymali odmowę. Wiele osób, które zapoznały się z tą procedurą, zdecydowało się zrezygnować ze względu na wysoki nakład i pokryło koszty planowanego leczenia szpitalnego prywatnie.

W każdym przypadku kosztorys był przygotowywany przez szpital po wstępnym zbadaniu pacjenta. Powtarzającym się powodem było to, że pacjenci nie chcieli długo czekać lub nie chcieli podróżować do bardziej odległych klinik.

Niemieckie kasy chorych praktykują indywidualne konsultacje z ubezpieczonymi. Generalnie pacjenci potrzebują tych samych dokumentów. Bardzo często należy przedłożyć kosztorys lub dokumentację medyczną. Wniosek często składany jest w dowolnym formacie. W Polsce odbywa się to za pomocą wspomnianego formularza wniosku.

Z naszego punktu widzenia niemieckie kasy chorych również odmawiają leczenia w sąsiednim kraju. Pacjenci rezygnują wówczas z leczenia i szukają pomocy w Niemczech. Możliwe jest złożenie odwołania.

W przypadku trudności z urzędem lub podmiotem ubezpieczenia, gdy zainteresowane osoby uważają, że przepisy prawa UE nie są przestrzegane, pomocny może być bezpłatny serwis SOLVIT: (http://ec.europa.eu/solvit/index_de.htm). Ten unijny serwis ma pomóc zainteresowanym w egzekwowaniu praw UE wobec władz. W tym celu dostępny jest formularz online we wszystkich językach UE. SOLVIT powinien skontaktować się z zainteresowanymi w ciągu jednego tygodnia.

Przykładowa sytuacja:

Pan Jan Mustermann ma ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech, mieszka tu od ponad 10 lat i nie ma już statusu pracownika przygranicznego. Chce poddać się operacji oka u zaufanego okulisty w Polsce, który operował go po raz pierwszy kilka lat temu. Kontaktuje się ze swoją kasą chorych w Niemczech, która wystawia mu dokument przenośny S2. Przedstawia go wybranej przez siebie kasie chorych w Polsce. Leczenie zostaje przeprowadzone, a jego niemiecka kasa chorych pokrywa jego koszty. (Krankenkassen Deutschland, 2021)

Rekomendacje dla pacjentów:

Pacjenci powinni zapoznać się ze swoimi prawami w UE. Mogą skorzystać z dostępnych broszur lub uzyskać informacje w punktach kontaktowych szpitali, takich jak Międzynarodowe Biura Pacjenta (Case Management International).

Zaleca się korzystanie z poważnych źródeł informacji, takich jak:

- Nationale Kontaktstelle für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung
<http://www.eu-patienten.de>
- Krajowy Punkt Kontaktowy ds. transgranicznej opieki zdrowotnej
<http://www.kpk.nfz.gov.pl/pl>
- Zdrowie – Your Europe
https://europa.eu/youreurope/citizens/health/index_de.htm

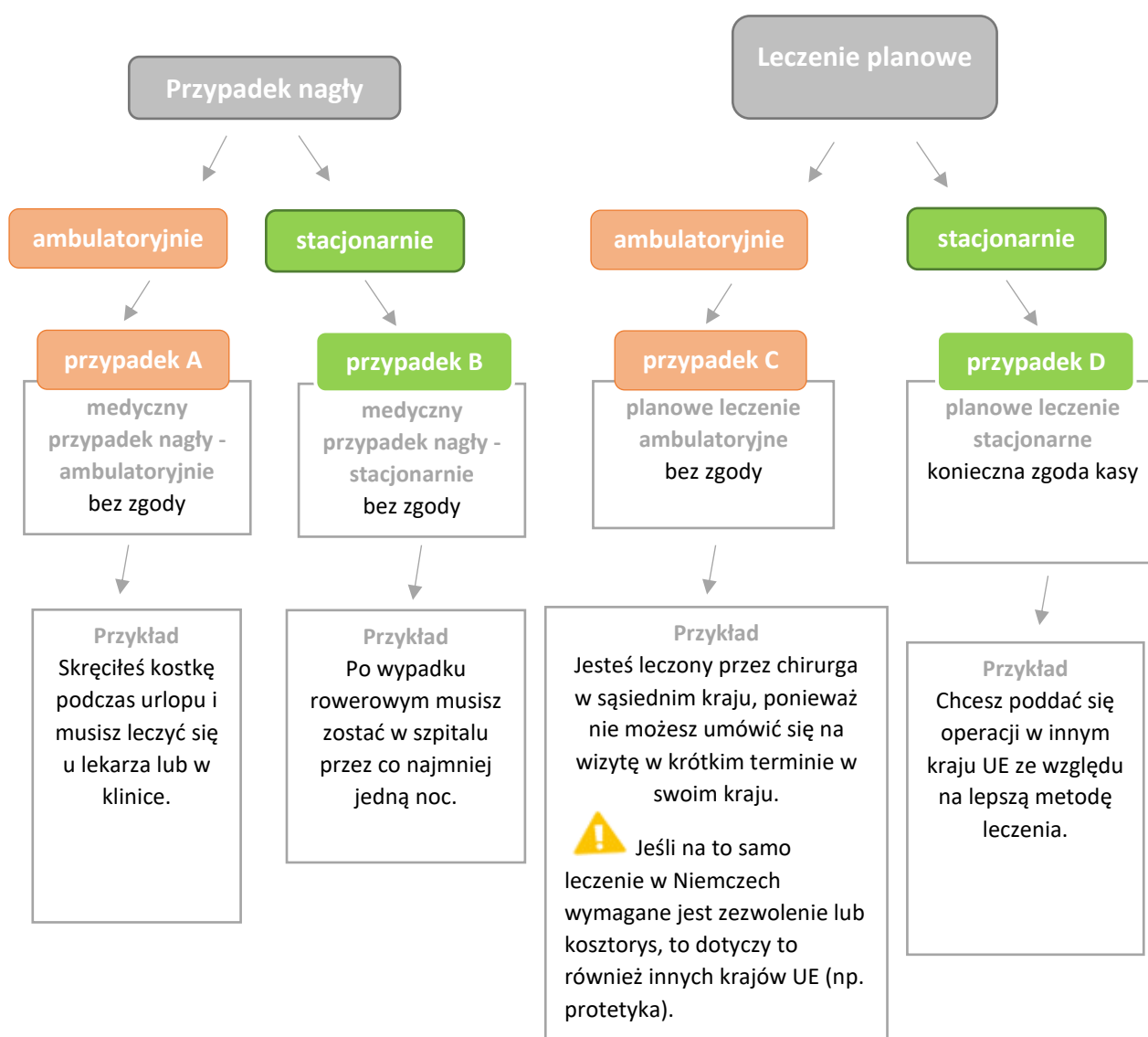
Zalecenia dla placówek medycznych:

Zaleca się wprowadzenie zarządzania przypadkami dla pacjentów międzynarodowych, tak aby dostępne były osoby kontaktowe. Również w tym przypadku zaleca się oferowanie pacjentom oficjalnych, poważnych źródeł informacji. Aktualne informacje na ten temat dla szpitali są dostępne np. w internecie pod następującym linkiem:

[https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.1. Rechtsquellen/Verguetung und Abrechnung/RS403-22 Info zur stationaeren u ambulanten KH-behandlung von Patienten die im Ausland krankenversichert sind Anlage.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.1_Rechtsquellen/Verguetung_und_Abrechnung/RS403-22_Info_zur_stationaeren_u_ambulanten_KH-behandlung_von_Patienten_die_im_Ausland_krankenversichert_sind_Anlage.pdf)

Zawsze zaleca się stosowanie wizualizacji możliwości leczenia w formie szkicu, jak pokazano poniżej.

LECZENIE W INNYM KRAJU UE



Ilustracja 23: Schemat postępowania w przypadku leczenia za granicą (Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland, 2017)

7.2.2. Planowane leczenie - Praktyczne wskazówki dotyczące działań w obszarze ambulatoryjnym

Opieką ambulatoryjną nazywa się wszystkie świadczenia, które nie są wykonywane stacjonarnie w szpitalach (szpitale opieki doraźnej, szpitale specjalistyczne, kliniki rehabilitacyjne). Największym obszarem jest ambulatoryjna opieka medyczna i stomatologiczna. Ponadto istnieją również oferty opieki ambulatoryjnej szpitali, takie jak operacje ambulatoryjne zastępujące hospitalizację lub godziny konsultacji w ramach zezwolenia lekarskiego, które są dostępne dla pacjentów.

Kasy chorych muszą pokrywać koszty leczenia ambulatoryjnego w innych krajach UE bez konieczności uzyskania uprzedniej zgody kasy chorych (wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z dnia 13.5.2003 r.; TSUE; sygn. akt: C-385/99). Istnieją wyjątki, jeśli w danym kraju wymagana jest również uprzednia zgoda na określone leczenie ambulatoryjne.

Podmiot ubezpieczenia pokrywa koszty zgodnie z wytycznymi dotyczącymi leczenia obowiązującymi w danym kraju, tj. podmioty zazwyczaj zwracają tylko kwotę, jaką kosztuje równoważne leczenie w Niemczech. Ponadto podmioty ubezpieczenia mogą pobierać opłatę administracyjną za przetwarzanie kosztów faktury zagranicznego lekarza (§ 18 SGB V).

Pacjenci mogą sami zapłacić za leczenie, a następnie ubiegać się o zwrot kosztów (w przypadku polskich pacjentów, p. załącznik 5). Taka możliwość istnieje we wszystkich publicznych i prywatnych kasach chorych.

Doświadczenia z okresu realizacji projektu:

1. Pacjenci często nie rozumieją różnicy między leczeniem ambulatoryjnym a stacjonarnym. Wymaga to szczegółowego wyjaśnienia.
2. Kolejność leczenia w formie szkicu zawsze wskazana.



Ilustracja 24: Planowe leczenie ambulatoryjne w innym kraju UE

*pacjenci z Polski potrzebują skierowania od polskiego lekarza (kontrakt z NFZ) lub lekarza pracującego w UE.

Przykłady zabiegów ambulatoryjnych wykonywanych w szpitalu NWS, po których pacjenci bez problemu otrzymują zwrot kosztów od NFZ:

- operacje przepukliny pachwinowej
- operacje żyłaków, angiografia, angioplastyka
- usuwanie metalu - operacja chirurgiczna
- artroskopie
- kolonoskopie i gastrokopie oraz inna diagnostyka

Wielu pacjentów zgłasza się również na konsultacje ambulatoryjne do specjalistów w celu uzyskania drugiej opinii.

7.3. Praktyczne wskazówki dotyczące leczenia nieplanowego – stacjonarna i ambulatoryjna opieka zdrowotna w nagłych wypadkach

Nieplanowane leczenie może być konieczne podczas tymczasowego pobytu (np. na urlopie, w podróży służbowej, podczas odwiedzin u rodziny lub podczas semestru za granicą itp.) Nieplanowane leczenie można opłacić za pomocą Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ. Pacjenci z Wielkiej Brytanii korzystają z Global Health Insurance Card (GHIC).



Ilustracja 25: Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego - wzór polskiej karty (wniosek p. załącznik 6a)

The image displays two versions of a 'CERTYFIKAT TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCY EUROPEJSKĄ KARTĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO' (Temporary replacement certificate for the European Health Insurance Card). The left version is in German, titled 'PROVISORISCHE ERSATZBESCHÜDIGUNG FÜR DIE EUROPÄISCHE KRAKENVERSICHERUNGSKARTE', and the right version is in Polish, titled 'CERTYFIKAT TYMCZASOWO ZASTĘPUJĄCY EUROPEJSKĄ KARTĘ UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO'. Both forms include fields for: 1. Issuing authority, 2. Recipient's name, 3. Recipient's first name, 4. Recipient's date of birth, 5. Recipient's personal identification number, 6. Issuing institution's identification number, 7. Card identification number, 8. Card validity date, 9. Date of issue, 10. Signature and stamp of the issuing institution. The German version also includes a section for 'Hinweise und Informationen' (Notes and information) at the bottom.

Ilustracja 26: Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ - wzór po niemiecku i polsku p. załącznik 7

Nieplanowane leczenie podczas tymczasowego pobytu w innym kraju UE może wystąpić na przykład, gdy:

- osoby tymczasowo przebywają w innym państwie członkowskim jako turyści, studenci, pracownicy delegowani lub w związku z dalszym zatrudnieniem i potrzebują leczenia z powodu ostrych dolegliwości,
- jeśli obywatele UE ulegli wypadkowi i muszą zostać hospitalizowani w trybie nagłym w innym kraju UE,
- jeśli obywatele UE cierpią na chorobę przewlekłą lub są w ciąży i potrzebują usług medycznych, w tym leków, podczas pobytu tymczasowego.

Wszystkie przypadki łączy to, że występują **niespodziewanie** lub że leczenie nie może zostać przełożone z przyczyn faktycznych lub medycznych na okres przed lub po pobycie w innym państwie UE. Dotyczy to w szczególności nagłych przypadków lub ostrego bólu. Rzeczywistym powodem pobytu nigdy nie może być samo leczenie. Tylko wtedy jest ono uznawane za nieplanowe i może zostać rozliczone za pośrednictwem Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Leczenie jest również nieplanowe, jeśli rozwiązanie ciąży ma nastąpić w innym kraju, ponieważ w trakcie i po porodzie chce się tam skorzystać z pomocy rodziny lub ojca dziecka. W takim przypadku głównym celem wjazdu do innego kraju jest powrót do kręgu rodzinnego, a nie wyłącznie poród w zagranicznym szpitalu.

Prawo UE przyznaje inne uprawnienia i procedury prawne w przypadku nieplanowanego leczenia niż w przypadku planowanego leczenia w innym państwie UE. W szczególności, w przypadku nieplanowanego leczenia w innym państwie UE, opieka może być świadczona przy użyciu Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, tak jak w tamtejszym systemie. (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

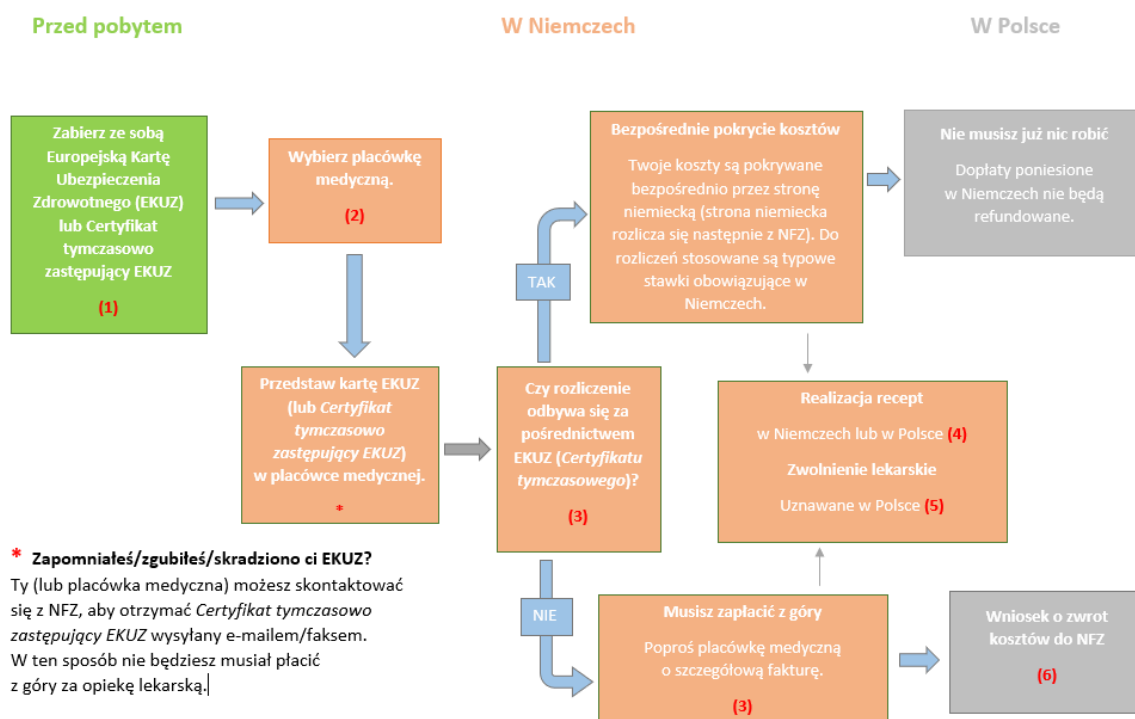
Dzięki EKUZ (lub certyfikatowi zastępczemu) osoby posiadające ustawowe ubezpieczenie zdrowotne z innego państwa członkowskiego UE mogą bezpośrednio korzystać z usług zagranicznego świadczeniodawcy podczas tymczasowego pobytu w innym kraju UE. Udziela on niezbędnych z medycznego punktu widzenia świadczeń rzeczowych i rozlicza się z wybraną przez pacjenta zagraniczną kasą chorych. W przypadku polskich pacjentów jest to niemiecka kasa chorych, a w przypadku niemieckich - polski NFZ.

W Niemczech Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego wydawana jest bezpłatnie przez kasę chorych. Znajduje się ona na odwrocie krajowej karty ubezpieczenia zdrowotnego. W niektórych krajach UE, takich jak Polska, osoby posiadające ubezpieczenie zdrowotne muszą złożyć wniosek o EKUZ w NFZ. Jest ona również wydawana bezpłatnie. Proces składania wniosku jest prosty i nieskomplikowany i można go przeprowadzić online lub pocztą.

Polski formularz wniosku o EKUZ znajduje się w załączniku (p. załącznik 6a). Okres ważności karty EKUZ zależy od kraju, w którym została wydana. Okres ważności EKUZ w Polsce wynosi od kilku miesięcy do dwudziestu lat (emeryci). Okres ważności jest zapisany na karcie EKUZ. Obywatele polscy muszą upewnić się, że złożyli wniosek o kartę na czas przed upływem daty ważności. (Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020)

W szczególnych sytuacjach (np. w przypadku zgubienia lub kradzieży EKUZ lub gdy okres do wyjazdu jest zbyt krótki, aby wydać EKUZ), właściwy podmiot ubezpieczenia zdrowotnego wydaje certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ. Kto zapomniał swej EKUZ w miejscu zamieszkania, musi szybko skontaktować się ze swoją kasą chorych i poprosić o certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ. Ten certyfikat zastępczy można również przesłać na szybko faksem lub pocztą elektroniczną (wniosek p. załącznik 6b).

Dzięki Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), certyfikatu tymczasowo zastępującemu EKUZ, osobom posiadającym ustawowe ubezpieczenie zdrowotne z kraju UE podczas tymczasowego pobytu w Niemczech przysługują **niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia rzeczowe z uwzględnieniem czasu trwania pobytu**. Usługodawca decyduje, które leczenie jest niezbędne z medycznego punktu widzenia w kontekście czasu trwania pobytu. (Leistungsumfang EHIC/PEB, 2023)



Ilustracja 27: Przewodnik dla polskich pacjentów

(Ilustracja dla polskich pacjentów została zainspirowana przewodnikiem dotyczącym mobilności pacjentów w regionie Górnego Renu, Centrum Kompetencji TRISAN www.trisan.org. Na podstawie wykorzystanych tam schematów dostosowano ilustrację do polsko-niemieckiego pogranicza.)

Następujące koszty nie są pokrywane przez EKUZ:

- Karta nie pokrywa **kosztów ratownictwa i transportu powrotnego do kraju pochodzenia**. W przypadkach, gdy pacjenci potrzebują bezpłatnego transportu powrotnego z powodu poważnej choroby lub ciężkiego wypadku podczas pobytu w innym kraju UE, muszą wykupić **prywatne ubezpieczenie zdrowotne**.
- **Leczenie przez prywatnych świadczeniodawców** nie jest objęte EKUZ. Obejmuje ona jedynie świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- Leczenie planowe w innych krajach UE, takie jak konsultacja u specjalisty lub operacja ambulatoryjna, nie jest objęte ubezpieczeniem. (europa.eu, 2022)

Doświadczenia z okresu realizacji projektu:

W trakcie realizacji projektu stwierdzono, że świadomość mieszkańców Euromiasta Gubin-Guben w zakresie korzystania z EKUZ zmieniła się pozytywnie. Przyczyniły się do tego liczne polsko-niemieckie spotkania dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej, kampanie informacyjne, artykuły w prasie i mediach oraz broszury informacyjne. Zmniejszyła się liczba polskich pacjentów w nagłych wypadkach nieposiadających EKUZ.

Rekomendacje dla pacjentów

Zaleca się, aby obywatele UE zawsze posiadali przy sobie ważną kartę EKUZ. Ma to szczególne znaczenie w regionach przygranicznych, ponieważ tutaj mieszkańcy częściej przebywają po drugiej stronie granicy. Nawet jeśli na pierwszy rzut oka wydaje się to łatwiejsze dla niemieckich pacjentów, ponieważ EKUZ znajduje się na odwrocie ich własnej karty ubezpieczenia zdrowotnego i nie muszą o nią regularnie występować, powinno się jednak jednolicie informować na ten temat obywateli regionów przygranicznych. Jest to również uzasadnione faktem, że mogą oni również udzielać informacji swoim gościom i odpowiednio ich uczulać.

Szczegółowe informacje dla polskich pacjentów dotyczące nieplanowanego leczenia można znaleźć na następujących stronach internetowych:

<https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/jak-wyrobic-karte-ekuz/>

Szczegółowe informacje dla polskich i niemieckich pacjentów w języku danego kraju można znaleźć na stronie internetowej Unii Europejskiej Your Europe: https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/index_pl.htm oraz pod linkami do źródeł wskazanych w rozdziale 7.2.1.

Zalecenia dla placówek medycznych:

Zaleca się, aby personel placówek medycznych przeszedł szkolenie na ten temat. Najistotniejsze jest dokumentowanie prawa do leczenia i oświadczenie pacjenta. W celu udokumentowania prawa do leczenia kopiowane są dane z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ. W wyjątkowych przypadkach dane mogą być zapisane odręcznie, bez konkretnego formularza. Należy zapisać kraj pochodzenia oraz imię i nazwisko ubezpieczonego, datę urodzenia, osobisty numer identyfikacyjny, numer identyfikacyjny podmiotu ubezpieczenia, numer identyfikacyjny karty oraz datę ważności.

W przypadku przedstawienia certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ należy również odnotować okres ważności certyfikatu i datę jego wydania.

Przed przeprowadzeniem leczenia osoba ubezpieczona za granicą musi wypełnić i podpisać "Oświadczenie pacjenta posiadającego ubezpieczenie w innym państwie UE, EOG lub w Szwajcarii w przypadku korzystania ze świadczeń rzeczowych podczas tymczasowego pobytu w Niemczech" (formularz "Oświadczenie Pacjenta Europejskie Ubezpieczenie Zdrowotne").

The image shows two forms side-by-side. The left form is titled 'Patientenklärung Europäische Krankenversicherung' and 'Europejskie ubezpieczenie zdrowotne – oświadczenie pacjenta'. It contains fields for patient information, insurance details, and a declaration of insurance status. The right form is titled 'Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten' and contains fields for recording the treatment claim, including dates and insurance details. Both forms have checkboxes for various options and a section for the doctor's signature and date.

Ilustracja 28: Oświadczenie Pacjenta Europejskie Ubezpieczenie Zdrowotne oraz dokumentacja prawa do leczenia (rejestracja ręczna) p. załącznik 8 i 9.

Ksera lub w wyjątkowych przypadkach ręcznie zapisane dane Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub certyfikatu zastępczego, a także oryginalną wersję oświadczenia należy niezwłocznie przesłać do obsługującej niemieckiej kasy chorych. (Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband, 2018)

Szczegółowe informacje na temat procedury w Niemczech w przypadku korzystania ze świadczenia na podstawie EKUZ lub certyfikatu zastępczego można znaleźć w następujących dokumentach:

- Porozumienie o korzystaniu z Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego

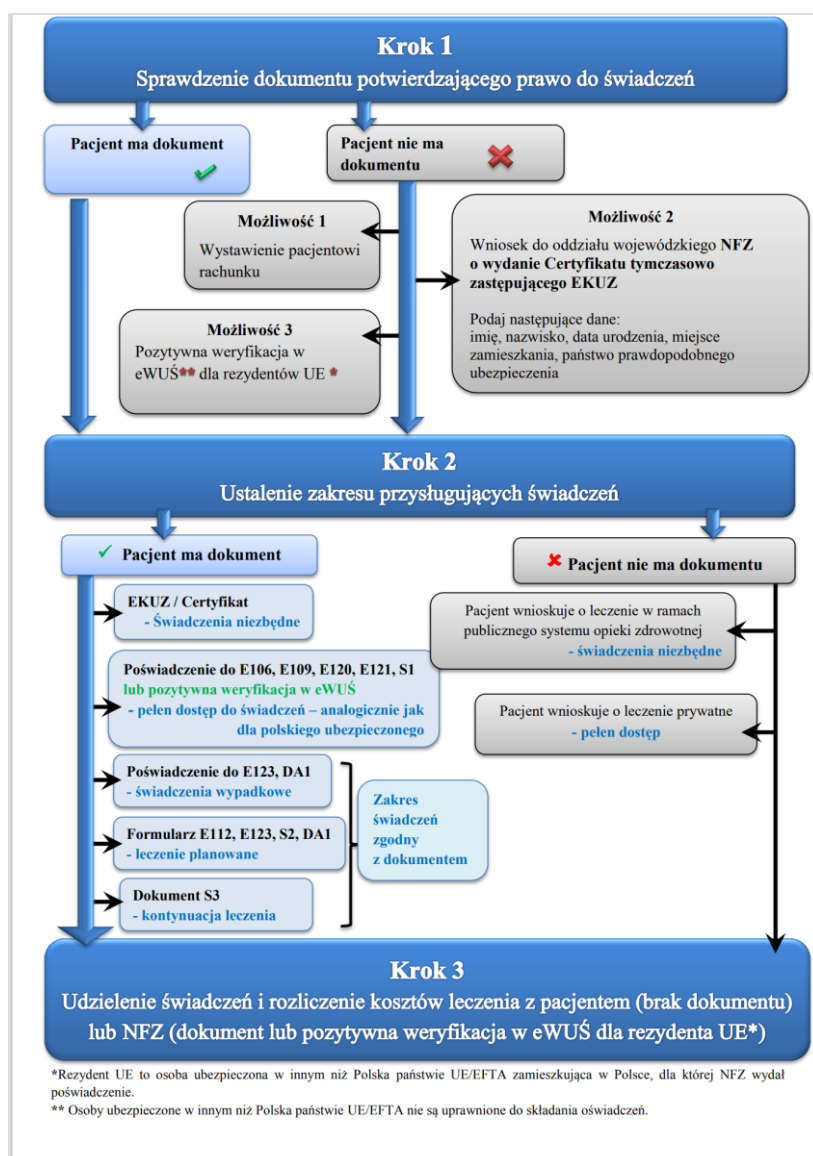
https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf

- Informacje dla świadczeniodawców o zakresie świadczeń w przypadku przedłożenia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), Global Health Insurance Card (GHIC) lub certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ dla świadczeń rzeczowych w Niemczech

https://www.dvka.de/media/dokumente/leistungserbringer/Hinweise_Leistungsumfang.pdf

Szczegółowe informacje dotyczące procedury w Polsce zapewnia NFZ:

[https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/informacje-dla-swadczeniodawcow-realizujacych-przepisy-o-koordynacji-/](https://www.nfz.gov.pl/dla-swadczeniodawcy/informacje-dla-swadczeniodawcow-realizujacych-przepisy-o-koordynacji/)



Ilustracja 29: Schemat dla polskich placówek medycznych - leczenie pacjentów ubezpieczonych za granicą

8. Przeszkody, wyzwania i rekomendacje transgranicznej opieki zdrowotnej

W odniesieniu do tego tematu istnieje już wiele opracowań naukowych i publikacji, w których przeszkody, wyzwania i rekomendacje dotyczące transgranicznej opieki zdrowotnej zostały już szczegółowo sformułowane na podstawie doświadczeń i analiz naukowych w innych regionach przygranicznych. Charakterystyczne dla wszystkich publikacji są powtarzające się zalecenia dotyczące działań. Podsumowując prezentuje się to następująco:



Przeszkody/ wyzwania

- brak świadomości
- niedobory strukturalne regionów przygranicznych
- prawne, administracyjne i polityczne warunki ramowe
- bariery językowe
- różnice ekonomiczne i kulturowe
- fizyczny dostęp do kraju sąsiedniego
- brak zaufania
- deficyty we współpracy między władzami
- brak środków finansowych
- niewystarczająca obsada kadrowa
- konkurencja z krajowymi projektami
- brak informacji dla pacjentów
- procesy administracyjne
- krajowo ukierunkowane systemy zdrowotne państw członkowskich
- skryte strategie racjonowania
- finansowanie infrastruktury medycznej z podatków
- istotne elementy dla pacjentów: systemy refundacji, stosowanie uprzedniej zgody, wymogi administracyjne, fakturowanie pacjentów przyjeżdżających

Rekomendacje

- łatwy dostęp do informacji dla pacjentów
- podnoszenie świadomości o prawach pacjentów
- zaangażowanie/motywowanie różnych podmiotów
- umożliwienie ścisłej, zaufanej współpracy
- powiązanie istniejących kontaktów
- zwiększenie widoczności
- wzmocnienie współpracy transgranicznej
- pokonywanie barier językowych
- identyfikowanie szans
- ułatwianie finansowania projektów
- utrzymanie wysokiej motywacji
- poprawa procesu legislacyjnego
- umożliwienie zarządzania transgranicznego
- ułatwienie transgranicznego dostępu
- promowanie i łączenie placówek opieki zdrowotnej
- pogłębianie współpracy i wymiany
- sformułowanie katalogów świadczeń z nakreślonym zakresem i kosztami świadczeń, które są łatwo dostępne dla pacjentów
- wsparcie dla krajowych punktów kontaktowych
- lepsze przygotowanie do transgranicznej wymiany danych zdrowotnych
- wsparcie dla kluczowych podmiotów
- promowanie języka w zakładach i szkołach
- tworzenie całościowych i sieciowych strategii

9. Rekomendowane kierunki działań dla wdrożenia transgranicznej opieki zdrowotnej w Euromieście Gubin-Guben

Udane polsko-niemieckie kooperacje pomogły zidentyfikować optymalne koncepcje rozwiązań, które stopniowo wdrażane będą w formie konkretnych dalszych działań i projektów.

Naemi-Wilke-Stift wyprowadza z projektu następujące rekomendacje działań:

9.1. Stałe promowanie dwujęzyczności w placówkach medycznych

Doświadczenia z projektu ZBG pokazały, jak ważne jest ciągłe wdrażanie dwujęzycznych działań w celu zagwarantowania i rozszerzenia transgranicznej opieki zdrowotnej. Opanowanie języka może ułatwić podstawową komunikację między pacjentami a personelem szpitala. W tym celu istotne znaczenie mają regularne kursy językowe. Ponadto należy stworzyć więcej zasobów dla tłumaczy ustnych. Z jednej strony można to zapewnić poprzez wykorzystanie systemów cyfrowych/telemedycznych. Z drugiej strony można zaoferować szkolenia dla personelu medycznego w zakresie współpracy z tłumaczami ustnymi w procesie leczenia.

Dla pacjentów konieczna jest rozbudowa systemu oznakowania oraz dalsze opracowywanie dwujęzycznych formularzy i materiałów szpitalnych w celu lepszej orientacji i lepszego porozumienia.

9.2. Rozbudowa sieci współpracy transgranicznej

Dialog polityczny między stroną polską i niemiecką jest konieczny i niezbędny do ciągłego znajdowania rozwiązań dla żywej współpracy transgranicznej. Decydenci polityczni muszą uznać i promować wartość dodaną i zalety transgranicznej opieki zdrowotnej.

Poniższe aspekty prowadzą do uznania wartości dodanej sieci współpracy:

- transgraniczne rozpatrzenie istniejących wyzwań (zmiany demograficzne, niedobór wykwalifikowanych pracowników, koszty w opiece zdrowotnej, innowacyjny sprzęt, doskonalenie zawodowe itp.)
- całościowa identyfikacja potrzeb (profilaktyka, opieka w nagłych wypadkach, przyznawanie terminów)
- wykorzystanie atrakcyjnych ofert transgranicznych

- wzmocnienie postrzegania Euromiasta i Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr jako innowacyjnego regionu
- wzmocnienie zaufania obywateli do regionu poprzez wspólne oferty
- obniżanie kosztów dla pacjentów (konieczność jednolitych regulacji kosztów)
- redukcja kosztów poprzez unikanie drogich procedur leczniczych
- redukcja kosztów w systemach zabezpieczenia społecznego (zmniejszenie niezdolności do pracy poprzez dokładną diagnostykę i skuteczne leczenie)
- realizacja praw obywateli do równej opieki zdrowotnej zgodnie z Kartą Unii Europejskiej

Oprócz szeroko zakrojonych działań, należy przede wszystkim forsować prawa pacjentów, aby pomyślnie realizować współpracę transgraniczną. (Zentrum für europäischen Verbraucherschutz e.V., 2013) Szczególnie w przypadku Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr konieczna jest regularna wymiana i debaty z przedstawicielami politycznymi i obywatelami regionu. Celem grupy roboczej "Zdrowie" jest omówienie wyzwań związanych z transgraniczną opieką zdrowotną i identyfikacja rozwiązań.

Należy rozważyć utworzenie sieci transgranicznej opieki zdrowotnej na granicy polsko-niemieckiej.

9.3. Międzynarodowe Biuro Pacjenta - Case Management International

Jako nieplanowany rezultat projektu ZBG, w listopadzie 2021 r. istniejące wcześniej biuro koordynacyjne zostało przekształcone w Międzynarodowe Biuro Pacjenta. Biuro jest integralną częścią struktury szpitala Naemi-Wilke-Stift w Guben. Biuro znajduje się w centrum szpitala obok biura administracji pacjentów i jest obsługiwane przez trzech dwujęzycznych wykwalifikowanych pracowników. (koordynatorka, pielęgniarka, lekarz). W przyszłości planowane jest otwarcie drugiego oddziału Biura Pacjenta po polskiej stronie Euromiasta.

Wraz z utworzeniem Międzynarodowego Biura Pacjenta powstał kompetentny punkt kontaktowy dla mieszkańców Euromiasta, aby zapewnić im lepszy dostęp do informacji o możliwościach transgranicznej opieki zdrowotnej. Biuro prowadzone jest zgodnie z koncepcją zarządzania przypadkami i będzie pierwszym punktem kontaktowym dla zagranicznych pacjentów.

Pacjenci obsługiwani są od pierwszego kontaktu, poprzez dopełnienie wszystkich formalności, aż do zakończenia leczenia i ponadto. Oprócz tej obsługi, Międzynarodowe Biuro Pacjenta zajmuje się tematem współpracy z innymi instytucjami i szpitalami, zarówno z Polski, jak i z Niemiec.

Działalność Międzynarodowego Biura Pacjenta obejmuje również następujące zadania:

- koordynacja całego procesu leczenia w szpitalu dla pacjentów zagranicznych,
- doradzanie pacjentom po leczeniu za granicą (również pacjentom niemieckim po wypadkach lub leczeniu w sąsiednim kraju),
- pośrednictwo w kontaktach z urzędami, koordynacja współpracy z kasami chorych, firmami zaopatrzenia medycznego, placówkami rehabilitacyjnymi itp.
- pomoc w przygotowaniu wniosków do NFZ o zwrot kosztów po leczeniu ambulatoryjnym (polscy pacjenci)
- tłumaczenia dokumentacji medycznej i koordynacja tłumaczeń ustnych w szpitalu itp.

W reakcji na globalną sytuację kryzysową (kontekst transgraniczny w okresie pandemii i koordynacja działań pomocowych dla ukraińskich uchodźców wojennych) zespół Biura Pacjenta można porównać do Task Force International (grupa robocza do zadań specjalnych).

9.4. Marketing i informacja

Analizy innych źródeł UE wyraźnie pokazują, że wprowadzić niektóre opcje są prawnie możliwe, jednak obywatele UE nie korzystają z tych możliwości, ponieważ nie znają swoich praw. Co więcej, przeszkody biurokratyczne we wszystkich kwestiach transgranicznych są bardzo wysokie, więc obywatele unikają biurokracji, która jest niezbędna w przypadku transgranicznej opieki zdrowotnej.

Naemi-Wilke-Stift chce ze swoimi partnerami rozszerzyć następujące działania:

- utworzenie centrów Info Best - euroregionalnych transgranicznych punktów informacyjnych, m.in. na temat opieki zdrowotnej.
- stworzenie interaktywnej mapy z lokalizacjami gabinetów po polskiej i niemieckiej stronie w regionie przygranicznym
- wymiana informacji z krajowymi punktami kontaktowymi ds. transgranicznej opieki zdrowotnej w innych krajach UE (Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA), 2021)

9.5. Dwujęzyczne kształcenie i doskonalenie zawodowe dla personelu medycznego - polsko-niemiecka akademie

Idealne wyobrażenia na przyszłość to dwujęzyczne oferty kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pracowników sektora medycznego. Obecne rozwiązania, takie jak zatrudnianie dwujęzycznych pracowników do komunikacji w kontekście tłumaczeń pisemnych i ustnych, nie są wystarczające, ponieważ dwujęzyczni pracownicy muszą podejmować więcej

zadań, co może prowadzić do przeciążenia. Ogranicza to również komunikację. Celem musi być zapewnienie wszystkim pracownikom dobrych umiejętności komunikacji interpersonalnej.

Dzięki polsko-niemieckiej akademii zdrowia można wyeliminować lub przynajmniej ograniczyć przeszkody językowe, które obecnie występują w codziennym leczeniu.

9.6. Dalsza współpraca w zakresie opieki w nagłych wypadkach

Zaangażowanie w transgraniczne projekty opieki zdrowotnej jest wysoko wykwalifikowanym wyzwaniem, aby zapewnić opiekę blisko domu. Obejmuje to nie tylko leczenie ambulatoryjne i stacjonarne, ale także opiekę w nagłych wypadkach.

W przypadkach nagłych nacisk kładzie się na diagnostykę i stabilizację pacjenta. Szybka opieka w nagłych wypadkach po stronie niemieckiej jest zapewniana przez szpital NWS.

Istnieją już niezbędne ku temu porozumienia o współpracy w zakresie transgranicznego ratownictwa medycznego. Jednak porozumienia te nie obejmują wszystkich obywateli.⁵

Perspektywicznie opieka w nagłych wypadkach powinna być możliwa niezależnie od narodowości i ubezpieczenia. Świadczenie takie opiera się na następujących kryteriach:

- aspekty czasowe (szybka pierwsza pomoc)
- niewielka odległość do najbliższego szpitala (krótki czas dojazdu)
- możliwości leczenia pod względem dopuszczenia i wyposażenia
- możliwości przyjęcia

Naszym celem jest wdrożenie tych ogólnych kryteriów w regionie i dalsze ich promowanie poprzez ukierunkowane prace projektowe, takie jak cykliczne transgraniczne ćwiczenia ratownicze i ciągłe tworzenie sieci.

9.7. Centrum Kompetencji i Koordynacji Transgranicznej Opieki Zdrowotnej - Transgraniczne Centrum Opieki Medycznej Euroregionu Sprewa-Nysa-Bóbr

Naemi-Wilke-Stift chciałby w przyszłości służyć jako centrum kompetencji i koordynacji. Z poprzednich faz pilotażowych projektu ZBG można było zrealizować i przetestować wiele

⁵ Obywatele polscy ubezpieczeni w Polsce, którzy ulegną wypadkowi w Polsce, nie mogą zostać przetransportowani do niemieckiego szpitala przez niemiecką karetkę pogotowia.

założeń. Również w przyszłości chcemy dalej rozwijać transgraniczną opiekę zdrowotną. Czy to poprzez rozszerzanie projektów telemedycznych między polskimi i niemieckimi instytucjami, aby móc wdrażać nowe i innowacyjne strategie, czy też poprzez realizację nowych działań transgranicznych. Ze względu na zmiany demograficzne po obu stronach Nysy, postrzegamy opiekę ambulatoryjną jako ważny element zabezpieczenia opieki zdrowotnej w Euromieście Gubin-Guben. Zmiany demograficzne i ich konsekwencje dla ludności dotyczą również inne regiony kraju. Międzykulturowe zrastanie się wraz z żywą wymianą doświadczeń między różnymi instytucjami może pomóc w przezwyciężeniu przeszkód i wyzwań.

NWS chciałby również wspierać zagranicznych lekarzy, którzy oczekują na licencję na wykonywanie zawodu lekarza w Niemczech. Zapotrzebowanie na personel medyczny stale rośnie. Dlatego chcielibyśmy pomóc lekarzom w jak najszybszym wejściu do zawodu. Katalog działań nie jest kompletny, ale przyczyniłby się do utworzenia regionu pilotażowego dla dobra obywateli.

10. Bibliografia

- Narodowy Fundusz Zdrowia. (13. August 2020). *Nocna i świąteczna opieka zdrowotna*. Abgerufen am 20. August 2021 von <https://pacjent.gov.pl>: <https://pacjent.gov.pl/nocna-i-swiateczna-opieka-zdrowotna>
- Brandenburg, L. (2018). *Berichte der Raumbbeobachtung. Bevölkerungsvorausschätzung 2017 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg*. Hoppegarten: Landesamt für Bauen und Verkehr.
- Bundesagentur für Arbeit. (2020). *Migration und Arbeitsmarkt*. Abgerufen am 20. August 2021 von statistik.arbeitsagentur.de:
<https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Migration-Zuwanderung-Flucht/Migration-Zuwanderung-Flucht-Nav.html;jsessionid=17ADD8BDDC3BCF36918729BF6D926DD0>
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Geplante Behandlungen im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/geplante_behandlung_1/geplante_behandlung_3.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Nationale Kontaktstellen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de:
https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/liste_nationaler_kontaktstellen_eu_ausland/nationale_kontaktstellen_eu.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Ungeplante Behandlungen im EU-Ausland*. Von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/ungeplante_behandlung_2/ungeplante_behandlung_3.jsp abgerufen
- Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland (DVKA). (2021). *Wer trägt die Kosten bei geplanten Behandlungen im EU-Ausland?* Abgerufen am 19. September 2021 von eu-patienten.de: https://www.eu-patienten.de/de/behandlung_ausland/geplante_behandlung_1/kostentraeger_eu/kostentraeger_eu_2.jsp
- europa.eu. (2022). *Gesundheitsversorgung bei vorübergehendem Aufenthalt*. Von europa.eu:
https://europa.eu/youreurope/citizens/health/unplanned-healthcare/temporary-stays/index_de.htm abgerufen
- Europäische Kommission. (2017). *Mitteilung der Kommission an den Rat und das europäische Parlament. Stärkung von Wachstum und Zusammenhalt in den EU-Grenzregionen*. Brüssel.
- Europäische-Kommission. (2018). *Vorschlag für eine Verordnung des europäischen Parlaments und des Rates über einen Mechanismus zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse in einem grenzübergreifenden Kontext*. Straßburg.
- Europäischer Rechnungshof. (2019). *EU-Maßnahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung: Zielsetzung zwar ehrgeizig, doch bessere Verwaltung erforderlich*. Luxemburg: Europäische Union.

- Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland. (August 2017). *Ihre Rechte als Patient in der EU, Informationen für gesetzlich Krankenversicherte*. Abgerufen am 10. September 2021 von www.evz.de: https://www.evz.de/fileadmin/Media/PDF/Broschueren/Ihre-Rechte-als-Patient-in-der-EU.pdf
- Europäische-Union. (2004). *Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit*.
- Europäische-Union. (2011). *Richtlinie 2011/24/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*.
- Eurostadt Guben-Gubin. (2018). *Guben-Gubin.eu/de/*. Abgerufen am Juli 2022 von Warum Guben/Gubin?: <https://www.guben-gubin.eu/de/wirtschaftsstandort-guben-gubin/warum-guben-gubin.html>
- EVTZ Eurodistrikt PAMINA. (2019). *AUSARBEITUNG EINES AKTIONSPROTOKOLLS ZUR VEREINFACHUNG DER GRENZÜBERSCHREITENDEN, administrativen Verfahrenim Bereich der Krankenversicherung*. Neulauterburg/Berg: EVTZ Eurodistrikt PAMINA.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Alterspyramide Stadt Guben Geburtsjahrgänge 1913 bis 2020. Guben.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020. Guben.
- Guben, S. (31. Dezember 2020). Zuzüge polnischer Staatsbürger 2015-2020. Guben.
- Guben, S. (11. April 2021). Einwohnerentwicklung nach Staatsangehörigkeit. Guben.
- Gubin, S. (2020). Dane demograficzne miasta Gubina. Gubin.
- IHK-Ostbrandenburg. (Dezember 2020). *Pendeln in Zeiten der Pandemie*. Abgerufen am 10. September 2021 von [ihk-ostbrandenburg: https://www.ihk-ostbrandenburg.de/zielgruppeneinstieg-unternehmer/grenzpendler/grenzpendlerstudie-4978578#:~:text=Nach%20einer%20aktuellen%20Studie%20des,13.800%20Personen%20in%20Brandenburg%20besch%C3%A4ftigt](https://www.ihk-ostbrandenburg.de/zielgruppeneinstieg-unternehmer/grenzpendler/grenzpendlerstudie-4978578#:~:text=Nach%20einer%20aktuellen%20Studie%20des,13.800%20Personen%20in%20Brandenburg%20besch%C3%A4ftigt).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung; GKV-Spitzenverband. (1. Oktober 2018). *Vereinbarung zur Anwendung der europäischen Krankenversicherungskarte vom 1. Juli 2004*. Von [kbv.de: https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf](https://www.kbv.de: https://www.kbv.de/media/sp/20_europ._Kankenversicherungskarte.pdf) abgerufen
- Kleinböhrmer und Partner. (2021). *Instrumente der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich*.
- Kochskämper, S. (2017). *Warum so wenig genutzt? Nationale Hindernisse für eine grenzüberschreitende Patientenversorgung in der EU*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Köln.
- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Informationen zum Vordruck S2 und zu seiner Verwendung*. Von [krankenkassen.de: https://www.krankenkassen.de/download/media/5185/S2_Informationen%20zum%20Vordruck%20S2%20und%20zu%20seiner%20Verwendung.pdf](https://www.krankenkassen.de: https://www.krankenkassen.de/download/media/5185/S2_Informationen%20zum%20Vordruck%20S2%20und%20zu%20seiner%20Verwendung.pdf) abgerufen

- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Portable Dokumente - S1: Gesundheitsversorgung im Wohnsitzland bei Versicherung im anderen Staat*. Abgerufen am 20. August 2021 von krankenkassen.de: <https://www.krankenkassen.de/ausland/portable/s1/>
- Krankenkassen Deutschland. (2021). *Portable Dokumente - S2: Anspruch auf eine geplante Behandlung im EU-Ausland*. Von krankenkassen.de: <https://www.krankenkassen.de/ausland/portable/s2/> abgerufen
- Landkreis Spree-Neiße, L. (kein Datum). *Rettungsdienst, Krankentransport*. Abgerufen am 28. Oktober 2021 von lkspn: <https://www.lkspn.de/buergerservice/dienstleistungen/70-rettungsdienst-krankentransport.html>
- Leistungsumfang EHIC/PEB*. (2023). Von dvka.de: https://www.dvka.de/de/leistungserbringer/leistungsumfang_1/leistungsumfang_2.html abgerufen
- Müller, M. (2006). *Der Gesundheitssektor der Grenzregion Ostbrandenburg-Lubuskie. Strukturen und Optionen in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*. Frankfurt Oder.
- Narodowego Funduszu Zdrowia . (2020). *ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających uprzedniej zgody*. Warschau.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (15. Juli 2020). *Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)*. Von pacjent.gov.pl: <https://pacjent.gov.pl/ekuz> abgerufen
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2022). Von nfz.gov.pl: <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue/leczenie-w-krajach-unii-europejskiej-i-efta/dokumenty-do-pobrania/> abgerufen
- polskawliczbach*. (27. Juli 2020). Von <https://www.polskawliczbach.pl/Gubin> abgerufen
- Riedel, R. (2016). *DYREKTYWA O TRANSGRANICZNEJ MOBILNOŚCI PACJENTÓW – UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO- -POLITYCZNE ORAZ PRAWNO-ADMINISTRACYJNE*. athenaeum.umk.pl.
- Schliffka, C. (2019). *Demografischer Wandel in Grenzregionen - Grenzüberschreitende Zusammenarbeit zur Sicherung der Daseinsvorsorge*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Stadt-Guben. (2018). *Warum Guben/Gubin?* Abgerufen am 9. September 2021 von guben-gubin.eu: <https://www.guben-gubin.eu/de/wirtschaftsstandort-guben-gubin/warum-guben-gubin.html>
- Wismar, M., Palm, W., Figueras, J., Ernst, K., & van Ginneken, E. (2011). *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. World Health Organization.
- Zentrum für europäischen Verbraucherschutz e.V. (2013). *Studie über die Schaffung einer Pilotregion für den Zugang zur grenzüberschreitenden medizinischen Leistungen im Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau*. Strasbourg-Ortenau: Eurodistrikt Strasbourg-Ortenau.

Spis ilustracji

Ilustracja 1: Projekty w zakresie promocji dwujęzyczności.....	6
Ilustracja 2: Położenie geograficzne Euromiasta Gubin-Guben (broşura nt. gospodarki Euromiasta Gubin-Guben).....	11
Ilustracja 3: Rozwój demograficzny Guben (Guben, Bewegungsstatistik Einwohner 2015-2020, 2020)	13
Ilustracja 4: Piramida wieku Gubin i Guben 2020 r. (Guben, 2020) (polskawliczbach, 2020).....	14
Ilustracja 5: Stopa wzrostu populacji 2020/21 r. wobec 2030 r. (Brandenburgia, 2018 r.) (Gubin, 2020 r.)	15
Ilustracja 6: Stopa wzrostu ludności od 2020/21 do 2030 r. (Brandenburg, 2018) (Gubin, 2020)	15
Ilustracja 7: Napływ obywateli polskich do Guben 2015-2020 r. (Guben, 2020).....	16
Ilustracja 8: Dynamika liczby mieszkańców w podziale na narodowość w Mieście Guben (Guben, 2021).....	16
Ilustracja 9: Opieka medyczna na pograniczu (odległość szpitali) (openstreetmap.org).....	18
Ilustracja 10: Wyszukiwarki gabinetów lekarskich	20
Ilustracja 11: Opieka zdrowotna w przypadkach nagłych w Euromieście (openstreetmap.org)	22
Ilustracja 12: karetka S	23
Ilustracja 13: karetka P	23
Ilustracja 14: Liczba polskich pacjentów	24
Ilustracja 15: Statystyka zatrudnionych z ubezpieczeniem społecznym w Niemczech z polskim obywatelstwem (Bundesagentur für Arbeit, 2020)	25
Ilustracja 16: Statystyka zatrudnionych z ubezpieczeniem społecznym w Brandenburgii z polskim obywatelstwem (Bundesagentur für Arbeit, 2020)	25
Ilustracja 17: Prawo pacjenta w UE, dane dot. Polski (Eurobarometr, 2014 r.) (Riedel, 2016)	26
Ilustracja 18: Formy opieki	32
Ilustracja 19: Formularz S1 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 1	33
Ilustracja 20: Formularz S3 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 3a (formularz niemiecki) i 3b (polski wniosek).....	36
Ilustracja 21: Planowe leczenie w innym kraju UE	41
Ilustracja 22: Formularz S2 (Krankenkassen Deutschland, 2021) p. załącznik 4a	42
Ilustracja 23: Schemat postępowania w przypadku leczenia za granicą (Europäisches-Verbraucherzentrum-Deutschland, 2017)	46
Ilustracja 24: Planowe leczenie ambulatoryjne w innym kraju UE	47
Ilustracja 25: Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego - wzór polskiej karty (wniosek p. załącznik 6a).....	48
Ilustracja 26: Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ - wzór po niemiecku i polsku p. załącznik 7 ..	48
Ilustracja 27: Przewodnik dla polskich pacjentów.....	50
Ilustracja 28: Oświadczenie Pacjenta Europejskie Ubezpieczenie Zdrowotne oraz dokumentacja prawa do leczenia (rejestracja ręczna) p. załącznik 8 i 9.....	52
Ilustracja 29: Schemat dla polskich placówek medycznych - leczenie pacjentów ubezpieczonych za granicą	54
Ilustracja 30: Przeszkody/wyzwania i rekomendowane działania z raportów UE i prac naukowych (Schliffka, 2019) (Europäische Kommission, 2017) (Europäischer Rechnungshof, 2019) (Kochskämper, 2017) (Europäische-Kommission, 2018).....	55

Spis tabel

Tabela 1: Liczba ambulatoryjnych lekarzy i położnych w Euromieście Gubin-Guben (stan 12/2021).. 19

Aneks

S1



Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch und der Anspruch Ihrer Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft (d. h. Gesundheitsversorgung, ärztliche Behandlung usw.) in Ihrem Wohnstaat bescheinigt.

Familienangehörige sind nur dann anspruchsberechtigt, wenn sie die in den Rechtsvorschriften des Wohnstaats festgelegten Bedingungen erfüllen.

Die Bescheinigung muss dem Krankenversicherungsträger des Wohnorts (**) so bald wie möglich übermittelt werden.

Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (***)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Anschrift im Wohnstaat

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

1.7 Status

☐ 1.7.1 Versicherte/r

☐ 1.7.2 Familienangehörige/r einer/eines Versicherten

☐ 1.7.3 Rentner/in

☐ 1.7.4 Familienangehörige/r eines Rentners/einer Rentnerin

☐ 1.7.5 Rentenantragsteller/in

2. GELDLEISTUNGEN BEI PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

☐ 2.1 Der/Die Inhaber/in erhält Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 17, 22, 24, 25, 26 und 34, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 24 und 28.

(**) In Spanien muss das entsprechende Dokument der Provinzialdirektion der staatlichen Sozialversicherungsanstalt (INSS) des Wohnorts und in Schweden sowie Portugal dem jeweiligen Sozialversicherungsträger des Wohnorts übermittelt werden.

(***) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

S1



Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes

3. ANGABEN ZUR PERSON DES/DER VERSICHERTEN

(auszufüllen, wenn der/die Inhaber/in einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat,
der auf der Versicherung einer anderen Person beruht)

3.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat	
3.2 Nachname	
3.3 Vorname(n)	
3.4 Geburtsname (*)	
3.5 Geburtsdatum	
3.6 Anschrift des/der Versicherten (wenn von der unter 1.6 angegebenen Anschrift abweichend)	
3.6.1 Straße, Nr.	3.6.3 Postleitzahl
3.6.2 Ort	3.6.4 Ländercode

4. VERSICHERUNGSSCHUTZ VON/BIS:

4.1 Beginn	4.2 Ende
------------	----------

5. AUSSTELLENDER TRÄGER

5.1 Name	
5.2 Straße, Nr.	
5.3 Ort	
5.4 Postleitzahl	5.5 Ländercode
5.6 Kenn-Nummer des Trägers	
5.7 Faxnummer	
5.8 Telefonnummer	
5.9 E-Mail	
5.10 Datum	
5.11 Unterschrift	

STEMPEL

(*) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

**Wniosek o dokument S1
o objęcie opieką zdrowotną
dla osoby zamieszkałej w innym państwie UE, EFTA
lub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej
(zwanym dalej państwem członkowskim)**

Wniosek wypełnij w języku polskim, czytelnie, drukowanymi literami, bez skreśleń i poprawek, zgodnie z opisem pól.

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek

PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																	Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia																
Data urodzenia	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Data (dd/mm/rrrr)																																	
Imię (imiona)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	
Nazwisko	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	
Telefon	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												E-mail	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

1.1 Status osoby, której dotyczy wniosek

- ☐ osoba ubezpieczona ☐ osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń¹
☐ członek rodziny osoby ubezpieczonej

1.2 Adres zamieszkania w innym państwie członkowskim osoby, której dotyczy wniosek

Ulica	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												
Nr domu	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Numer lokalu	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Kod pocztowy	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Miejscowość / poczta	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Państwo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						

1.3 Adres do korespondencji – podaj tylko, jeśli jest inny niż w punkcie 1.2

Imię / nazwisko	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												
Ulica	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												
Nr domu	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Numer lokalu	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						Kod pocztowy	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
Miejscowość / poczta	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Państwo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						

2. Dane zagranicznej instytucji ubezpieczeniowej w miejscu zamieszkania, która zarejestruje dokument S1

Kod instytucji	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										Nazwa	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																	
Miejscowość	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Państwo	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
Adres	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																												

¹ Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–6) spośród wskazanych w dodatkowych informacjach na s. 3.

3. Sposób odbioru dokumentu S1

☐ osobiście

☐ przez osobę upoważnioną

☐ pocztą

4. Oświadczenia

- W przypadku posłużenia się dokumentem S1 w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń opieki zdrowotnej (art. 410 ustawy z dnia 23.04.1964 r. Kodeks cywilny).
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa członkowskiego.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu dla mnie oddziałowi wojewódzkiemu NFZ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków mojej rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

--

Czytelny podpis Wnioskodawcy

5. Potwierdzenie odbioru osobistego

Potwierdzam odbiór: ☐ dokumentu S1

☐ zaświadczenia o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie

--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

--

Czytelny podpis Wnioskodawcy

DODATKOWE INFORMACJE

Kiedy dokument S1 zostanie wydany

Jeżeli podlegasz ustawodawstwu polskiemu i spełniasz wszystkie wymienione warunki:

- masz prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- mieszkasz w innym państwie członkowskim
- nie tracisz prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z polskim ustawodawstwem, mimo że mieszkasz w innym państwie członkowskim.

(!) Jeżeli mieszkasz w innym państwie członkowskim, masz obowiązek informowania płatnika składek albo innego właściwego organu o swoim aktualnym adresie zamieszkania w innym państwie.

Dla kogo zostanie wydany dokument S1

Jeżeli jesteś jedną z wymienionych osób:

- pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce i mieszkasz w innym państwie członkowskim; do tej grupy pracowników zaliczamy również pracownika przygranicznego, który wykonuje działalność zawodową w Polsce i powraca każdego dnia lub co najmniej raz w tygodniu do miejsca zamieszkania w innym państwie członkowskim
- pracujesz lub prowadzisz działalność gospodarczą w Polsce oraz w innym państwie członkowskim, a mieszkasz w państwie innym niż te, w których wykonujesz działalność zawodową
- wykonujesz pracę najemną dla polskiego pracodawcy w państwie członkowskim innym niż Polska, w którym mieszkasz
- masz prawo do świadczeń na koszt NFZ pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, ponieważ pobierasz zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym
- pobierasz świadczenia przedemerytalne: emeryturę pomostową, świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne
- jesteś członkiem rodziny osoby ubezpieczonej zgłoszonym do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ
- jesteś emerytem lub rencistą pobierającym polskie świadczenie emerytalne lub rentowe
- ubiegasz się o przyznanie emerytury lub renty i masz prawo do świadczeń pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, bo złożyłeś w polskim organie emerytalno-rentowym wniosek o przyznanie renty albo emerytury.

Wymagane dokumenty

Do wniosku o dokument S1 musisz dołączyć jeden z wymienionych dokumentów:

- dokument potwierdzający zgłoszenie zmiany miejsca zamieszkania na adres zagraniczny wskazany we wniosku; dokument wydaje płatnik składek i jest to m.in.: ZUS ZUA, ZUS ZZA, ZUS ZCNA
- dokument A1 – jeśli mieszkasz w innym państwie członkowskim niż Polska i prowadzisz działalność zawodową w Polsce i innym państwie albo wykonujesz pracę dla polskiego pracodawcy
- upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby, np. jako pracodawca, krewny, pełnoletni członek rodziny
- dokument potwierdzający kontynuowanie nauki lub zaświadczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności – jeżeli masz 18 lat i ubezpieczenie jako członek rodziny.

Adres zamieszkania

- Zagraniczny adres zamieszkania wskazany we wniosku musi być zgodny z adresem zgłoszonym płatnikowi składek, np. pracodawcy lub organowi emerytalnemu.
- Dla osób, które zobowiązane są do przedłożenia dokumentu A1, adres ten powinien być również zgodny z adresem zamieszkania wskazanym w dokumencie A1.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń (do punkt 1.1)

Prawo do świadczeń przysługuje Ci na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1938, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie masz 18 lat i nie masz ubezpieczenia, ale masz obywatelstwo polskie – wpisz 1
- 2) przysługuje Ci 30 dni uprawnień po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – wpisz 2
- 3) przysługuje Ci 6 miesięcy uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadgimnazjalnej – wpisz 3
- 4) przysługują Ci 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły wyższej – wpisz 4
- 5) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – wpisz 5
- 6) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – wpisz 6.

Obowiązek rejestracji dokumentu S1

- Nabędziesz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dopiero po zarejestrowaniu dokumentu S1 w instytucji ubezpieczeniowej państwa, na terenie którego zamieszkujesz. Wskazujesz ją w pkt 2 wniosku.
- Jeżeli dokument S1 wysyłany jest poprzez system EESSI, zamiast dokumentu S1 wydamy Ci zaświadczenie o przesłaniu dokumentu S1 elektronicznie. Skontaktuj się wówczas z instytucją ubezpieczeniową wskazaną w pkt 2 wniosku i potwierdź Twoje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

(!!) Wnioski niepodpisane oraz bez wpisanej daty wypełnienia nie będą rozpatrzone.

(!!!) W sytuacjach wątpliwych poprosimy Cię o przedstawienie dodatkowych dokumentów.



Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird Ihr Anspruch auf bestimmte medizinische Behandlungen im Staat Ihrer vormaligen Erwerbstätigkeit bescheinigt.

Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Aufenthaltsorts vorlegen, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (**)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit

1.8 Status

☐ 1.8.1 Ehemaliger Grenzgänger/
Ehemalige Grenzgängerin

☐ 1.8.2 Familienangehörige/r eines ehemaligen Grenzgängers/
einer ehemaligen Grenzgängerin

2. ANGABEN ZUR BEHANDLUNG

Die oben genannte Person hat Anspruch auf

☐ 2.1 Fortsetzung einer Behandlung, die im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit begonnen wurde, d. h. (**)
2.1.1 Art der Behandlung/ Krankheit

☐ 2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit (***)

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 28, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 29.

(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

(***) Bitte den Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit angeben.

S3



**Medizinische Behandlung
eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen
Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit**

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

**Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego
w państwie ostatniego miejsca pracy**

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia uprawnień do korzystania z określonych rodzajów leczenia w państwie ostatniego miejsca Pana/Pani pracy.

Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia w instytucji ubezpieczenia zdrowotnego w miejscu pobytu może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie.

Wykaz instytucji ubezpieczenia zdrowotnego znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Aktualny adres

1.6.1 Ulica, nr

1.6.3 Kod pocztowy

1.6.2 Miasto

1.6.4 Symbol państwa

1.7 Osobisty numer identyfikacyjny w państwie członkowskim ostatniego miejsca pracy

1.8 Status

☐ 1.8.1 Były pracownik przygraniczny☐ 1.8.2 Członek rodziny byłego pracownika przygranicznego**2. INFORMACJE DOTYCZĄCE LECZENIA**

Osoba wymieniona powyżej jest uprawniona do

☐ 2.1 kontynuacji leczenia, które rozpoczęła w państwie ostatniego miejsca pracy, tzn. (***)

2.1.1 charakter leczenia / choroba

☐ 2.2 leczenia w państwie ostatniego miejsca pracy (***)

(*) Art. 28 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 29 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez posiadacza, jeśli nie są one znane tej instytucji.

(***) Należy podać państwo członkowskie ostatniego miejsca pracy.



Leczenie dla byłego pracownika przygranicznego
w państwie ostatniego miejsca pracy

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Nazwa

3.2 Ulica, nr

3.3 Miasto

3.4 Kod pocztowy

3.5 Symbol państwa

3.6 Identyfikator instytucji

3.7 Numer faksu

3.8 Numer telefonu

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Podpis

PIECZĘĆ

**Prawo do planowanego leczenia**

Rozporządzenia UE nr 883/04 i 987/09 (*)

INFORMACJE DLA POSIADACZA

Niniejsze zaświadczenie wydaje się w celu potwierdzenia prawa do określonego rodzaju leczenia planowanego za granicą. Po przedłożeniu niniejszego zaświadczenia instytucji opieki zdrowotnej w państwie, w którym będzie prowadzone leczenie może Pan/Pani korzystać z leczenia na takich samych warunkach, jak osoba ubezpieczona w tym państwie. Może Pan/Pani mieć prawo do dodatkowego zwrotu kosztów według krajowych stawek zwrotu. Informacji udzieli Panu/Pani właściwa instytucja ubezpieczenia zdrowotnego. Wykaz instytucji opieki zdrowotnej znajduje się pod adresem: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. DANE OSOBOWE POSIADACZA

1.1 Osobisty numer identyfikacyjny we właściwym państwie członkowskim

1.2 Nazwisko

1.3 Imiona

1.4 Nazwisko rodowe (**)

1.5 Data urodzenia

1.6 Aktualny adres

1.6.1 Ulica, nr

1.6.3 Kod pocztowy

1.6.2 Miasto

1.6.4 Symbol państwa

2. RODZAJ I MIEJSCE LECZENIA

2.1 Rodzaj leczenia

2.2 Miejsce leczenia

2.3 Przewidywany okres leczenia

2.3.1 Data rozpoczęcia

2.3.2 Data zakończenia

(*) Art. 20, 27 i 36 Rozporządzenia (WE) nr 883/2004 oraz art. 26 i 33 Rozporządzenia (WE) nr 987/2009.

(**) Informacje podane instytucji przez osobę uprawnioną, jeśli nie są znane tej instytucji.



Prawo do planowanego leczenia

3. INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ

3.1 Nazwa

3.2 Ulica, nr

3.3 Miasto

3.4 Kod pocztowy

3.5 Symbol państwa

3.6 Identyfikator instytucji

3.7 Numer faksu

3.8 Numer telefonu

3.9 E-mail

3.10 Data

3.11 Podpis

PIECZĘĆ



Anspruch auf eine geplante Behandlung

Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (*)

INFORMATIONEN FÜR DEN/DIE INHABER/IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.

Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/DER INHABERIN

- | | | | |
|-------|---|-------|--------------|
| 1.1 | Persönliche Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat | | |
| 1.2 | Nachname | | |
| 1.3 | Vorname(n) | | |
| 1.4 | Geburtsname (**) | | |
| 1.5 | Geburtsdatum | | |
| 1.6 | Aktuelle Anschrift | | |
| 1.6.1 | Straße, Nr. | 1.6.3 | Postleitzahl |
| 1.6.2 | Ort | 1.6.4 | Ländercode |

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

- | | | | |
|-------|-----------------------------------|-------|------|
| 2.1 | Behandlung | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2.2 | Ort der Behandlung | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 2.3 | Voraussichtliche Behandlungsdauer | | |
| 2.3.1 | Beginn | 2.3.2 | Ende |

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.

(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.



Anspruch auf eine geplante Behandlung

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację poza granicami kraju¹⁾,
na podstawie art. 42f ust. 1 albo art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia, na podstawie
art. 42i ust. 2 pkt 1 tej ustawy

INSTRUKCJA

1. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń objętych niniejszym wnioskiem oraz osoby uprawnione do jego złożenia zostały wskazane w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Części I.A, I.C i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”.
4. Części I.B, II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.
5. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny.
6. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

UWAGA

1. Wniosek z wypełnionymi częściami I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
2. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym²⁾. Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU

(należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)

- 1.1. ☐ Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

¹⁾ Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw będących stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG” – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B – albo w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

W drugim ze wskazanych wyżej przypadków (zaznaczenie pola 2.1) przedmiotem wniosku będzie uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W przypadku wydania zgody, o której mowa w art. 42i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wnioskodawca otrzyma unijny dokument uprawniający go do uzyskania wnioskowanego świadczenia w wybranym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa na takich samych zasadach, jak osoby ubezpieczone w tym państwie.

Zgodnie z art. 42f ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli wniosek spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1 tej ustawy (tj. zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego), należy wydać taką zgodę, nawet wówczas gdy we wniosku zakreślono pole 1.1, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu, zakreślając pole 1.2.

Jeżeli wnioskodawca zakreśli pola 1.1 oraz 1.2, wyrazi tym samym jednoznaczną wolę rezygnacji z możliwości rozpatrzenia wniosku zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W tym przypadku pozytywne rozpatrzenie wniosku nie będzie dawało prawa do uzyskania wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, lecz będzie skutkowało jedynie możliwością skorzystania z takiego świadczenia na zasadach komercyjnych w jednym z państw członkowskich UE lub EOG i otrzymania następnie zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu po przedłożeniu opłaconego rachunku, przy czym należy zaznaczyć, że taki zwrot kosztów będzie ograniczony do wysokości stawek, według których Fundusz rozlicza się z polskimi świadczeniodawcami z tytułu udzielenia analogicznych świadczeń w ramach zawartych kontraktów.

²⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu we wszystkich miejscach przeznaczonych na podpis tradycyjny.

(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

1.2. ☐ Sprzeciwiam się wydaniu zgody na uzyskanie świadczenia na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

2.1. ☐ Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

2.2. ☐ Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń.

3. ☐ Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

I.C. WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ³⁾

W terminie:
(dd/mm/rr)

W:

(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy: adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej:

CZĘŚĆ II

II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

1 Imię i nazwisko:

2 Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:

³⁾ Prezes Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek.

3	Adres zamieszkania:		Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):	
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):			
II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę)				
1	Imię i nazwisko:			
2	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:			
3	Adres zamieszkania:		Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):	
4	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):			
II.C. OŚWIADCZENIE Oświadczam, że osoba, której dotyczy niniejszy wniosek, jest wpisana na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wskazanego w części III.B w pkt 4 wniosku, prowadzoną przez: (nazwa i adres świadczeniodawcy) jako zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić), ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: (dd/mm/rr) Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis osoby składającej wniosek:				

CZĘŚĆ III				
III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK				
1	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczęć, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:			
2	Pieczęć, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej			
III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM				
1	Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):			
2	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:			

3	Prognoza dotycząca prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5	Uzasadnienie leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na to świadczenie:
6	Maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek: (do dnia) (dd/mm/rr)
III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pola 2.1 oraz 2.2 w części I.B wniosku)	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	
Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:	

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego:

CZĘŚĆ V

(wypełnia Fundusz po weryfikacji wniosku)

1	Przedmiot wniosku:	1.1. ☐ Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 1.2. ☐ Uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja – w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji. 1.2.1. ☐ Pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń.
2	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu): (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1) Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą:
3	Rodzaj środka transportu oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w Zjednoczonym Królestwie (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1):	 (środek transportu) (koszty transportu)
4	Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: 	

CZĘŚĆ VI

Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty (rodzaj, liczba arkuszy):

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia⁴⁾.

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek:

⁴⁾ Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138).

WZÓR

 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, BĘDĄCYCH ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI, UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ - NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
---	---

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ POLA CZYTELNIĘ PISMEM MASZYNOWYM
LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

data wpływu wniosku, pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ i podpis osoby przyjmującej wniosek	Nr wniosku:
--	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek											
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)				
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-		1.4	PESEL				
1.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny		1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			1.9	Numer telefonu*			
1.10	Adres poczty elektronicznej*										
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)											
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)				
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-		2.4	PESEL				
2.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
2.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny		2.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**			2.9	Numer telefonu*			
2.10	Adres poczty elektronicznej*										

3. Termin i państwo udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (należy wypełnić wszystkie pola)					
3.1	Świadczenie zostało udzielone w terminie od do	3.2	Państwo		
4. Informacja dotycząca decyzji w sprawie udzielenia uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ					
4.1	Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ? ☐ TAK ☐ NIE (zaznaczyć właściwe) W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer decyzji:				
5. Dodatkowe informacje					
5.1	Za świadczenia wskazane w przedstawionych rachunkach zapłacono łącznie kwotę: w walucie				
6. Do wniosku załączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe)					
Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba	Poz.	Rodzaj dokumentu	Liczba
6.1	☐ oryginał rachunku (wraz z tłumaczeniem)		6.5	☐ kopia recepty (wraz z tłumaczeniem, jeżeli recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.2	☐ oryginał potwierdzenia zapłaty (wraz z tłumaczeniem)		6.6	☐ oryginał lub kopia zlecenia na wyroby medyczne (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.3	☐ oryginał lub kopia skierowania (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.7	☐ oryginał lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego (wraz z tłumaczeniem, jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.4	☐ oryginał lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.8	☐ zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego	
			6.9	☐ inne dokumenty medyczne (wraz z tłumaczeniem)	
7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów (zaznaczyć właściwe)					
7.1	☐ Na rachunek bankowy				
	☐ w Rzeczypospolitej Polskiej:				
	Nr rachunku:				
	☐ poza Rzeczpospolitą Polską:				
	IBAN/Numer rachunku				
	Kod BIC/SWIFT:				
	Dane posiadacza rachunku bankowego (uzupełnić w przypadku gdy są inne niż dane Wnioskodawcy):				
	Imię	Nazwisko	Adres		
7.2	☐ Przekazem pocztowym na wskazany poniżej adres:				

* Wypełnić w przypadku posiadania.

** Pola 1.7, 1.8, 2.7 i 2.8 należy wypełnić w razie braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

.....
Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR)

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej

Wniosek o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) w związku z czasowym pobytem w innym państwie UE/EFTA

Wniosek wypełnij osobno dla każdej osoby.

1. Dane osoby, której ma być wydana EKUZ

PESEL

Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)

Data urodzenia

dd / mm / rrrr

Imię (imiona)

Nazwisko

Telefon/E-mail¹

2. Status osoby, której ma być wydana EKUZ

☐ osoba ubezpieczona

☐ osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²:

☐ członek rodziny osoby ubezpieczonej

3. Adres do doręczeń – podaj, jeśli składasz wniosek pocztą tradycyjną lub elektronicznie³

Imię / nazwisko lub nazwa firmy

Ulica

Nr domu Numer lokalu Kod pocztowy

Miejscowość / poczta Państwo

4. Oświadczenia

Podstawa prawna art. 410 ustawy
z dnia 23.04.1964 r.
Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się EKUZ w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń.
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ⁴ informacje lub dokumenty konieczne do ustalenia mojej sytuacji ubezpieczenia zdrowotnego lub sytuacji zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.

5. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

6. Potwierdzenie odbioru osobistego

Data (dd/mm/rrrr)

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

¹ Nieobowiązkowe dla wniosków składanych osobiście, gdy EKUZ odbierana jest w dniu złożenia wniosku.

² Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) zamieszczone z drugiej strony wniosku.

³ W przypadku złożenia wniosku pocztą tradycyjną, elektronicznie (np. za pośrednictwem ePUAP lub IKP) możliwe jest wyłącznie odesłanie EKUZ na adres wskazany w punkcie 3.

⁴ Właściwy oddział wojewódzki NFZ – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu podlegasz ze względu na miejsce zamieszkania i który będzie prowadzić postępowanie wyjaśniające dotyczące ustalenia Twojego prawa do świadczeń zdrowotnych.

DODATKOWE INFORMACJE

Wniosek przeznaczony jest dla osób ubezpieczonych w NFZ, członków rodzin zgłoszonych przez osoby ubezpieczone, osób nieubezpieczonych z prawem do świadczeń, których wyjazd do innego niż Polska państwa UE/EFTA jest związany z pobytem czasowym. Może to być wyjazd turystyczny, wyjazd w celu nauki (szkoła/studia) lub inny wyjazd czasowy, który nie jest związany z wykonywaniem pracy, zmianą miejsca zamieszkania lub leczeniem planowanym.

Wymagane dokumenty

- Zgłoszono Cię do ubezpieczenia jako członka rodziny (w stopniu pokrewieństwa „dziecko”/„wnuk”) i masz ukończone 18 lat? Załącz dokument potwierdzający, że kontynuujesz naukę, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni/szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Masz przyznaną rentę rodzinną (w stopniu pokrewieństwa „dziecko”/„wnuk”) i ukończone 16 lat? Załącz dokument potwierdzający, że kontynuujesz naukę, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni/szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Jesteś osobą nieubezpieczoną, ale masz prawo do świadczeń? Załącz dokument, który potwierdza przysługujące Ci uprawnienie oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu w Polsce – jeśli Twoje uprawnienie do świadczeń zależy od zamieszkiwania w Polsce (przypis nr 2, pkt 3–5).
- Jesteś absolwentką lub absolwentem? Załącz dokument potwierdzający fakt zakończenia nauki.
- Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby.

Okres ważności EKUZ

Informację o okresie ważności, na jaki wydawana jest EKUZ, znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„EKUZ”](#). Okres ważności karty może być krótszy, jeśli ustalimy, że przysługuje Ci krótszy okres uprawnień.

Pamiętaj. Kartę wydamy od dnia złożenia wniosku.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń

Prawo do świadczeń przysługuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1938, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza – **wpisz 1**,
- 2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie – **wpisz 2**,
- 3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy – **wpisz 3**,
- 4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub porodu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub porodu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
- 6) przysługuje Ci 30 dni prawa do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące prawa do świadczeń jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej – **wpisz 7**,
- 8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – **wpisz 8**,
- 9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – **wpisz 9**,
- 10) posiadasz prawo do świadczeń z innego tytułu, niż wymienione w pkt.1–9 – **wpisz 10**.

Jesteś osobą wskazaną w pkt 2–5? Kartę wydamy Ci tylko wtedy, gdy:

- nie możesz zostać zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione osoby, podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu w NFZ,
- nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju UE/EFTA.

Informacja o zasadach leczenia w kraju pobytu

Informacje dotyczące opieki zdrowotnej w innych państwach UE/EFTA znajdziesz na naszej stronie (w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Zasady w poszczególnych krajach”](#)) lub w oddziale wojewódzkim NFZ.

Potwierdzenie uprawnienia na okres wsteczny

Udzielono Ci leczenia i potrzebujesz potwierdzić swoje prawo do niego za okres wsteczny? Złóż wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ (znajdziesz go na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Dokumenty do pobrania”](#))

Weryfikacja prawa do EKUZ

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, aby potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, prześlemy Twój wniosek do właściwego⁴ oddziału wojewódzkiego NFZ.

Pamiętaj. Jeśli podejmiesz pracę w innym państwie UE/EFTA bez potwierdzenia polskiego ustawodawstwa na podstawie zaświadczenia A1, utracisz prawo do korzystania z karty EKUZ. Nie pokryjemy kosztów leczenia związanego z wypadkiem przy pracy, gdy cel wyjazdu związany był z pobytem turystycznym. Jesteśmy uprawnieni do dochodzenia zwrotu poniesionych kosztów leczenia od osób, które posługiwały się kartą pomimo utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Informacja o utracie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która posługuje się EKUZ

Do czego uprawnia EKUZ

EKUZ potwierdzi Twoje prawo do leczenia w trakcie czasowego pobytu w państwie UE lub EFTA. Na jej podstawie będzie Ci przysługiwać leczenie, które:

- jest niezbędne i nieplanowane,
- zostanie udzielone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
- zostanie udzielone po to, abyś nie musiał wracać do Polski przed zakończeniem oddelegowania i mógł kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

O tym, które świadczenie jest dla Ciebie niezbędne, decyduje lekarz, który udziela pomocy. Bierze pod uwagę Twój stan zdrowia i planowany okres pobytu w danym kraju. Świadczenia zostaną udzielone na zasadach obowiązujących w państwie pobytu.

Kiedy otrzymasz EKUZ i kiedy możesz się nią posługiwać

Uzyskasz kartę, jeśli masz prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Prawo do posługiwania się EKUZ wygaśnie z chwilą utraty tego uprawnienia, nawet jeśli okres ważności karty jest dłuższy.

Jeśli pomimo utraty uprawnienia posłużysz się EKUZ, będziemy dochodzić zwrotu poniesionych kosztów leczenia.

Kiedy tracisz prawo do posługiwania się EKUZ

Nastąpi to na przykład gdy:

- zakończysz pracę (dotyczy to osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia, mianowania oraz żołnierzy i funkcjonariuszy),
- otrzymasz urlop bezpłatny,
- zakończysz lub wyrejestrujesz działalność gospodarczą,
- stracisz status osoby bezrobotnej,
- stracisz uprawnienia do świadczenia emerytalno-rentowego lub zostanie ono zawieszone,
- stracisz status rolnika,
- stracisz uprawnienia do świadczenia społecznego (innego niż zasiłek dla osób bezrobotnych czy świadczenie emerytalno-rentowe), np. zasiłku stałego z pomocy społecznej, zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego czy świadczenia pielęgnacyjnego,
- rozwiążesz umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego z NFZ.

W opisanych przypadkach Twoje prawo do posługiwania się kartą wygasa po 30 dniach. Prawo to wygasa również osobom, które zgłosiłeś do ubezpieczenia zdrowotnego jako członków rodziny.

Jeśli masz status studenta lub ucznia, Twoje prawo do posługiwania się EKUZ wygasa:

- po upływie 6 miesięcy od dnia zakończeniu nauki lub skreślenia z listy uczniów – w przypadku ucznia,
- po upływie 4 miesięcy od ukończenia studiów lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub uczestników studiów doktoranckich oraz z chwilą ukończenia 26 lat – w przypadku studenta.

Pamiętaj. Musisz skontaktować się z oddziałem wojewódzkim NFZ, jeśli wydaliśmy Ci EKUZ w związku z wyjazdem turystycznym, a np.:

- rozpoczynasz pracę w innym państwie,
- rozpoczynasz działalność gospodarczą w innym państwie,
- przyznano Ci świadczenie emerytalne lub rentowe z innego państwa.

Oddział wojewódzki NFZ musi wówczas ustalić, gdzie powinny być płacone składki i kto powinien finansować koszty Twojego leczenia. Przepisy unijne wymagają, aby być objętym ubezpieczeniem wyłącznie w jednym państwie UE/EFTA.

**Wniosek o wydanie Certyfikatu tymczasowo zastępującego
Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)**

Wypełnij wniosek, jeśli potrzebujesz potwierdzić prawo do leczenia za okres wsteczny.

1. Dane osoby, której ma być wydany Certyfikat

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

Imię (imiona)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Status osoby, której ma być wydany Certyfikat

☐ osoba ubezpieczona¹

☐ osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń²

☐ członek rodziny osoby ubezpieczonej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Cel pobytu osoby, której ma być wydany Certyfikat

☐ turystyczny

☐ studia / nauka

☐ zarobkowy

☐ uzyskanie leczenia

☐ inny (np. zmiana miejsca zamieszkania)

4. Państwo pobytu, w którym udzielono świadczeń i okres świadczeń

Kraj UE/EFTA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Okres udzielenia świadczenia OD

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 DO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Sposób odbioru Certyfikatu

☐ faksem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ e-mailem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ pocztą

☐ osobiście

6. Adres, na który ma być przesłany Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ

Ulica

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr domu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer lokalu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Miejscowość / poczta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Państwo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Dodatkowe informacje

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Oświadczenia

Podstawa prawna art. 410
ustawy z dnia 23.04.1964 r.
Kodeks cywilny

- W przypadku posłużenia się Certyfikatem tymczasowo zastępującym EKUZ w sposób nieuprawniony, zobowiązuję się do zwrotu kosztów udzielonych mi świadczeń.
- Potwierdzam, że znam zasady utraty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Nie podlegam ustawodawstwu innego niż Polska państwa UE/EFTA.
- Niezwłocznie przekażę właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ³ informacje lub dokumenty konieczne, aby ustalić moją lub zgłoszonych członków rodziny sytuację ubezpieczenia zdrowotnego.

9. Podpis osoby wnioskującej / upoważnionej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data (dd/mm/rrrr)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czytelny podpis (imię i nazwisko)

¹ Osoba objęta obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, np. pracownik, emeryt, osoba bezrobotna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, rolnik itd.

² Wybierz właściwe dla Twojej sytuacji uprawnienie, wpisując odpowiedni numer (1–10) zamieszczone z dołu strony.

³ Właściwy oddział wojewódzki NFZ – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, któremu podlegasz ze względu na miejsce zamieszkania i który będzie prowadzić postępowanie wyjaśniające dotyczące ustalenia Twojego prawa do świadczeń zdrowotnych.

DODATKOWE INFORMACJE

Wniosek przeznaczony jest dla osób uprawnionych do leczenia finansowanego ze środków publicznych, które w trakcie pobytu w jednym z państw UE/EFTA skorzystały z leczenia bez EKUZ.

Certyfikat tymczasowo zastępujący EKUZ potwierdza Twoje prawo do leczenia w trakcie pobytu w innym niż Twoje państwie UE lub EFTA.

Na jego podstawie będzie Ci przysługiwać leczenie, które:

- jest niezbędne i nieplanowane,
- zostanie udzielone w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
- zostanie udzielone po to, aby nie wracać do Polski i kontynuować pobyt w warunkach bezpiecznych dla zdrowia.

Wystawiany jest wyłącznie na okres wsteczny, czyli na okres udzielonych świadczeń.

Wymagane dokumenty

- Zgłoszono Cię do ubezpieczenia jako członka rodziny (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” / „wnuk”) i masz ukończone 18 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, np. aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Nauka w państwach UE/EFTA”](#)).
- Masz przyznaną rentę rodzinną (w stopniu pokrewieństwa „dziecko” / „wnuk”) i ukończone 16 lat? Załącz dokument potwierdzający fakt kontynuacji nauki, czyli aktualną legitymację lub zaświadczenie z uczelni / szkoły (szczegóły dotyczące dokumentów są dostępne na naszej stronie).
- Jesteś osobą nieubezpieczoną, ale masz prawo do świadczeń? Załącz odpowiedni dokument potwierdzający przysługujące Ci uprawnienie oraz oświadczenie o zamieszkiwaniu w Polsce – jeśli Twoje uprawnienie do świadczeń zależy od zamieszkiwania w Polsce.
- Jesteś absolwentem lub absolwentką? Załącz informację z potwierdzeniem zakończenia nauki.
- Wyjeżdżasz w celu zarobkowym? Załącz – odpowiednio – zaświadczenie A1 (wystawione przez ZUS lub KRUS), dokument U2 (wystawiony przez urząd pracy).
- Upoważnienie – jeśli składasz wniosek w imieniu innej osoby.

Informacja o zasadach leczenia w kraju pobytu

Informacje dotyczące opieki zdrowotnej w innych państwach UE/EFTA znajdziesz na naszej stronie w zakładce [„Dla pacjenta”](#) → [„Leczenie poza granicami kraju”](#) → [„Leczenie w krajach UE i EFTA”](#) → [„Zasady w poszczególnych krajach”](#).

Weryfikacja prawa do EKUZ

Jeśli konieczne będzie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego, aby potwierdzić Twoje prawo do świadczeń, wniosek zostanie przekazany do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń

Prawo do świadczeń przysługuje na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), jeśli

- 1) nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale spełniasz kryterium dochodowe do otrzymywania świadczeń z pomocy społecznej, co potwierdza decyzja np. wójta, burmistrza – **wpisz 1**,
- 2) nie masz 18 lat i nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu, ale masz obywatelstwo polskie – **wpisz 2**,
- 3) nie masz 18 lat, mieszkasz w Polsce i masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy – **wpisz 3**,
- 4) jesteś w ciąży, w trakcie porodu lub położu, masz obywatelstwo polskie i mieszkasz w Polsce – **wpisz 4**,
- 5) jesteś w ciąży lub w trakcie porodu lub położu, masz status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy i mieszkasz w Polsce – **wpisz 5**,
- 6) przysługuje Ci 30 dni prawa do świadczeń po ustaniu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego – **wpisz 6**,
- 7) przysługuje Ci odpowiednio 6 miesięcy lub 4 miesiące uprawnień jako absolwentowi szkoły ponadpodstawowej lub szkoły wyższej – **wpisz 7**,
- 8) przyznano Ci zasiłek na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia – **wpisz 8**,
- 9) złożyłeś wniosek o emeryturę lub rentę – **wpisz 9**,
- 10) masz prawo do świadczeń z innego tytułu niż wymienione w pkt 1–9 – **wpisz 10**.

Jesteś osobą wskazaną w pkt 2–5? Certyfikat wydamy Ci tylko wtedy, gdy:

- nie możesz zostać zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny przez uprawnione do tego osoby, które są ubezpieczone w NFZ,
- nie podlegasz ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym kraju UE/EFTA.

**PROVISORISCHE ERSATZBESCHEINIGUNG
FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

*gemäß Anhang II des Beschlusses Nr. S2
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte*

Ausgabemitgliedstaat

1.

2. ...

Angaben zum Karteninhaber

3. Name:

4. Vornamen:

5. Geburtsdatum: .../.../.....

6. Persönliche Kennnummer:

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers:

.....

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte:

9. Ablaufdatum: .../.../.....

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

Ausgabedatum der Bescheinigung

a) Von: .../.../.....

b) bis .../.../.....

c) .../.../.....

Stempel des Trägers und Unterschrift

d)

Hinweise und Informationen

Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Person, die eine Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) oder eine Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vorlegt.



D / A / CH

Bitte vollständig und leserlich ausfüllen

Ich beabsichtige, mich bis zum _____ in Deutschland aufzuhalten.

Ich bestätige, dass ich nicht zum Zwecke der Behandlung nach Deutschland eingereist bin.

Gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse:

Name des behandelnden Arztes:

Name, Vorname des Patienten:

Geschlecht:

weiblich

männlich

Anschrift im Heimatstaat: Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Land:

Vorübergehende Aufenthaltsadresse in

oder

Durchreise

Deutschland c/o (Hotel, Familie etc.):

PLZ, Ort:

Straße, Hausnummer:

Tel.-Nr./E-Mail:

Identität nachgewiesen durch

Reisepass

Personalausweis

Nr:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum

Unterschrift des Patienten

Hinweis an den Arzt

Das Original dieser Erklärung sowie eine Kopie der EHIC bzw. PEB bitte unverzüglich an die gewählte deutsche Krankenkasse senden.

Rechnungsnummer:

Nur zu verwenden von Vertragsärzten im fahrenden Notdienst bei ambulanter Behandlung vor Ort, wenn EHIC oder PEB nicht kopiert bzw. in anderer geeigneter Weise erfasst werden können.

☐ Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)

☐ Bescheinigung als provisorischer Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte (PEB)

Year	1990	1995	2000
1990	1.0	1.0	1.0
1995	1.0	1.0	1.0
2000	1.0	1.0	1.0

3. Name

4. Vorname

5. Geburtsdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

6. Persönliche Kennnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Kennnummer des ausländischen Trägers

										-															
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Kennnummer der Karte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. Ablaufdatum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung

a) vom

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

b) bis

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Ausgabedatum der Bescheinigung

c) vom

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Instrumente der grenzüberschreitenden Kooperation im Gesundheitsbereich.

Studie im Interreg VA-Projekt (BBG-PL)

„Gesundheit ohne Grenzen in der Eurostadt Guben-Gubin“



EUROPÄISCHE UNION
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung



UNIA EUROPEJSKA
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



BB-PL
INTERREG V A
2014-2020

"Barrieren reduzieren - gemeinsame Stärken nutzen" / „Redukować bariery – wspólnie wykorzystywać silne strony“

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	1
Teil 1. Rechtliche Rahmenbedingungen auf EU-Ebene.....	2
I. EU-Primärrecht	2
1. Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen nach dem EU-Primärrecht.....	2
2. Weitere primärrechtliche Regelungen mit Bedeutung für die grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge	4
a. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV)	4
b. Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 45 ff. AEUV).....	5
c. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)	5
3. Grundrechtecharta der EU	5
II. Besondere Handlungskompetenz: offene Koordinierungsmethode	6
III. Sekundärrecht.....	7
1. Koordinationsvorschriften.....	7
a. Grundfall	8
b. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat	8
c. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats	8
d. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen	9
e. Zwischenergebnis.....	10
2. Patienten(mobilitäts)richtlinie	10
a. Allgemeines.....	10
b. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen	10
c. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland	12
3. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie.	13
4. ECBM-Mechanismus	14
IV. Fazit.....	14
Teil 2. Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation in der Eurostadt Guben-Gubin.....	15
I. Koordinationsprojekte.....	15
1. Allgemeines.....	15
2. Beispiele	15
a. Trisan (DE-FR-CH).....	15
b. Telemedizin Pomerania (DE-PL).....	16
3. Eignung des Koordinationsmodells für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Eurostadt Guben-Gubin.....	17
II. Zwischenstaatliche Leistungserbringung	18
1. Allgemeines.....	18

2.	Beispiele für die grenzüberschreitende Leistungserbringung	18
a.	Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ).....	18
b.	ZOAST (FR-BE).....	20
c.	IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)	21
3.	Eignung des Modells in der Eurostadt Guben-Gubin.....	22
a)	EKVK-Modell.....	23
b)	Modell mit dem Leistungserbringungsvertrag	25
c)	Notfälle.....	26
d)	Empfehlung	26
III.	Institutionalisierte Kooperation.....	27
1.	Allgemeine Informationen	27
2.	Beispiele.....	27
a.	Krankenhaus Cerdanya (FR-ES).....	27
b.	Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT).....	28
3.	Eignung der Institutionalisierung für die Europastadt Guben-Gubin.....	28
a.	EVTZ.....	29
b.	Gründung einer Gesellschaft zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung in Gubin	29
IV.	Fazit.....	29
Teil 3.	Handlungsempfehlungen	30

Einführung

Der Auftraggeber mit Sitz in Deutschland (Brandenburg) bezweckt, eine effektive grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge für eine deutsch-polnische Doppelstadt zu etablieren. Darunter ist gemeint, die ambulanten und stationären Angebote der Gesundheitsvorsorge für die Einwohner der polnischen Grenzstadt aufzubauen, durchzuführen und mit den zuständigen Versicherungsträgern aus Deutschland und Polen abzurechnen.

Zu untersuchen ist, welche Lösungen und unter welchen Bedingungen, hier anwendbar wären.

Dementsprechend ist Gegenstand der vorliegenden Ausarbeitung der rechtliche Rahmen für die Etablierung des grenzüberschreitenden Angebotes.

Gemäß dem Auftrag wird zunächst das Recht der Europäischen Union (im Folgenden auch „EU-Recht“ bzw. unionales Recht) untersucht (1. Teil der Untersuchung). Anschließend werden die Rahmenbedingungen in nationalem – deutschem und polnischem – Recht dargestellt (2. Teil der Untersuchung)

Bereits an dieser Stelle sind zwei wichtigste Konstellationen zu nennen, die im Folgenden vor dem Hintergrund der unionalen und nationalen Rahmenbedingungen näher untersucht werden:

- 1) Nutzung der bereits bestehenden Angebote des deutschen Leistungserbringers durch Patienten mit Wohnsitz in Polen und
- 2) Aufbau einer Einrichtung durch den deutschen Leistungserbringer auf polnischer Seite.

.

Teil 1. Rechtliche Rahmenbedingungen auf EU-Ebene

Auf der Ebene des sog. EU-Primärrechts ergibt sich der unionale Rechtsrahmen für eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor allem aus den Grundfreiheiten (insb. Dienstleistungsfreiheit) sowie aus den aufgrund von Art. 168 AEUV¹ eingeleiteten Maßnahmen.

Im sekundärrechtlichen Bereich sind die

- die Koordinationsverordnung (883/2004²) und
- die Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU³)

zu nennen

I. EU-Primärrecht

Das Primärrecht ist das ranghöchste Recht der EU. Es besteht aus folgenden Dokumenten ab:

1. Gründungsverträge der EU
2. Verträge (samt Protokollen) zur Änderung der Gründungsverträge der EU
3. Beitrittsverträge der neuen Mitglieder
4. Austrittsverträge für ausgeschiedene Mitglieder
5. der Charta der Grundrechte sowie aus
6. den allgemeinen Rechtsgrundsätzen des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH).⁴

Durch das Primärrecht wird die Verteilung der Befugnisse und Zuständigkeiten zwischen der EU und den EU-Ländern bestimmt. Dies ist für das Gesundheitswesen in der EU sowie für die grenzübergreifende Kooperation in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung.

1. Kompetenzen der EU im Gesundheitswesen nach dem EU-Primärrecht

Nach dem Prinzip der begrenzten Einzelermächtigung darf die EU grundsätzlich nur dann tätig werden, wenn die Mitgliedstaaten ihr entsprechende Kompetenzen übertragen haben (Art. 5 Abs. 1 S. 1 EUV⁵).

Hier ist zwischen der

¹ Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, ABl. C 326 vom 26.10.2012, S. 47–390.

² Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (ABl. L 166 vom 30.4.2004, S. 1-123).

³ Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45-65).

⁴ Das Primärrecht der Europäischen Union (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=LEGISSUM%3A114530>).

⁵ Vertrag über die Europäische Union, ABl. C 326 vom 26.20.2012, S. 15 ff.

- ausschließlichen Zuständigkeit,
- geteilten Zuständigkeit
- unterstützenden Zuständigkeit und
- besonderen Zuständigkeit zu unterscheiden.

Soweit die **ausschließliche Zuständigkeit** der EU gegeben ist, dann darf nur die EU die Rechtsvorschriften zu erlassen. Den Mitgliedsstaaten obliegt es lediglich, diese Rechtsnormen anwenden. Die **geteilte Kompetenz** in einigen Bereichen bedeutet, dass sowohl die EU als auch die Mitgliedsstaaten Rechtsvorschriften erlassen können. Die Mitgliedsstaaten können dies jedoch nur dann tun, wenn die EU noch keine Vorschriften zu den unten aufgeführten Bereichen erlassen hat oder dies nicht beabsichtigt. Für die **unterstützende Kompetenz** ist es wiederum charakteristisch, dass die EU mit ihren Maßnahmen die Mitgliedstaaten lediglich unterstützen kann bzw. ihre Maßnahmen koordinieren oder ergänzen (Art. 2 Abs. 5 AEUV). Sie darf aber hier keine Rechtsvorschriften erlassen, insbesondere keine legislativen Maßnahmen eingreifen.

Zu den Kompetenzen der EU im Bereich „Gesundheit“ gehört nach dem jetzigen Rechtsstand nur die sog. „öffentliche Gesundheit“ und dies nur als geteilte bzw. unterstützende Kompetenz. Dies ergibt sich vor allem aus Art. 6 AEUV. Danach ist die EU im Bereich des Schutzes und Verbesserung der menschlichen Gesundheit ausschließlich für die Durchführung von Maßnahmen zur Unterstützung, Koordinierung oder Ergänzung der Maßnahmen der Mitgliedstaaten zuständig.

Diese unterstützende Kompetenz wurde in Art. 168 AEUV konkretisiert. Für das grenzüberschreitende Gesundheitswesen hat Art. 168 Abs. 2 AEUV eine besondere Bedeutung. Die EU wird dort zur unverbindlichen Aufforderung von Mitgliedstaaten zu Zusammenarbeit mit dem Zweck die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten herzustellen beauftragt. Diese Vorschrift ermächtigt die EU nur zu einer unterstützenden und fördernden Wirkung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten und zwar unter dem Vorbehalt, dass diese Maßnahmen darauf abzielen, die Komplementarität ihrer Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten zu verbessern (Art. 168 Abs. 3 UAbs. 1 S. 2 AEUV). Die EU könnte daher zwei Mitgliedstaaten zum Aufbau eines gemeinsamen grenzüberschreitenden Angebotes anregen und sie dabei unterstützen. Diese hier genannte Zusammenarbeit erstreckt sich nicht nur auf den Zugang zu ärztlichen Beratungen und chirurgischen Eingriffen, sondern auch auf telemedizinische und notfallmedizinische Dienste, Krankentransport, den gemeinsamen Erwerb von Ausrüstungen, den Austausch von Personal und bewährten Verfahren im Bereich des Gesundheitsmanagements und der Qualität.⁶ Dies würde für den hier untersuchten Fall passend sein. Allerdings gingen seitens der EU, soweit bekannt, aufgrund von Art. 168 Abs. 2 S. 1 AEUV keine konkreten Handlungsmaßnahmen damit einher. Die in den Grenzregionen gelaufenen und laufenden Projekte stützen sich auf die völkerrechtlichen Verträge zwischen den interessierten Mitgliedstaaten.

Ferner bezieht sich der Begriff Gesundheit nur auf öffentliche Gesundheit und nicht auf die Gesundheit des Einzelnen.⁷

Darüber hinaus hat die EU im Bereich des Gesundheitsschutzes nur für folgende Felder der

⁶ Kowalik-Bańczyk Krystyna / Szwarc-Kuczer Monika / Wróbel Andrzej (Hrsg.), Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej. Komentarz. Tom II (art. 90-222), 2012, Anm 168.5.2.

⁷ M. Fröhlich, T. Lahann, A. Trautmann, Gesundheitsdienstleistungen in der Großregion SaarLorLux, S. 12.

Präventionspolitik ausdrückliche Kompetenzen:

- für den Gesundheitsschutz in der Arbeitsumwelt (Art. 153 Abs. 1 und 2 AEUV) und
- für den Verbraucherschutz, der neben den wirtschaftlichen Interessen auch den Gesundheitsschutz und die Sicherheit der Verbraucherinnen und Verbraucher einschließt (Art. 169 AEUV).

Diese sind aber für die vorliegende Problematik nicht relevant.

Sonst sind keine besonderen Regelungen ersichtlich, die EU ermächtigen, die Regelungen zur grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu erlassen.

Damit ist bereits an dieser Stelle festzustellen, dass die EU keine direkten Kompetenzen hat, mit denen sie die Maßnahmen begründen könnte, auf denen der deutsche Leistungserbringer einen Zugang für ausländische Patienten zu den Leistungen der Gesundheitsvorsorge verschaffen konnte. Von der Kompetenz zur Unterstützung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit zur Verbesserung der Komplementarität der Gesundheitsdienste in den Grenzgebieten hat die Kommission bisher keinen für den vorliegenden Fall relevanten Gebrauch gemacht.

2. Weitere primärrechtliche Regelungen mit Bedeutung für die grenzübergreifende Gesundheitsvorsorge

Für die weitere Untersuchung können des Weiteren die Regelungen zum Binnenmarkt relevant sein. Dazu gehört in erster Linie die Dienstleistungsfreiheit.

a. Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV)

Indirekte Wirkung für die Entwicklung der Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich hatten bisher in der Rechtsprechung insb. die Vorschriften zur Dienstleistungsfreiheit (Art. 56 ff. AEUV).

Die Dienstleistungsfreiheit könnte hier zum einen die Wahl des Patienten zwischen der Behandlung im In- oder im Ausland begründen. Hier spielt auch die Unterscheidung zwischen der passiven und aktiven Dienstleistungsfreiheit eine Rolle. Die passive Dienstleistungsfreiheit liegt dann vor, wenn der Dienstleistungsempfänger sich zur Entgegennahme einer Dienstleistung in einen anderen Mitgliedsstaat begibt. Dagegen reist im Falle der aktiven Dienstleistungsfreiheit der Dienstleistungserbringer ins EU-Ausland, um dort die Leistungen anzubieten.

Sollte diese Freiheit auch im Bereich Gesundheit (medizinische Versorgung durch Ärzte, Heilpraktiker, Physiotherapeuten, etc.) gelten, dann könnte sowohl der deutsche Dienstleistungserbringer sich nach Polen begeben, um dort die Leistungen anzubieten sowie der in Polen wohnhafte Patient könnte nach Deutschland reisen, um dort die Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Grundsätzlich erfasst die Dienstleistungsfreiheit auch die medizinischen Dienstleistungen und sonstige Gesundheitsdienstleistungen.⁸ Dementsprechend müssten Leistungserbringer aus einem Mitgliedstaat gleich den inländischen Dienstleistungserbringern die Möglichkeit haben, entsprechende Verträge mit

⁸ Ausführlich F. von Ameln, Grenzen der Dienstleistungsfreiheit im Bereich des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Patientenrichtlinie 2011/24/EU, 2015, S. 197 ff.

den inländischen Krankenkassen abzuschließen, um gegenüber den inländischen Versicherten als Sachleistungserbringer auftreten zu können.⁹ Damit sollte der deutsche Dienstleister befugt sein, mit dem polnischen Versicherungsfonds den Vertrag zur Erbringung von medizinischen Dienstleistungen für polnische Versicherte abzuschließen (vgl. § 140e SGB V, Art. 132 des polnischen Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge).

Der Anwendungsbereich der diese Grundfreiheit konkretisierenden Dienstleistungsrichtlinie wird aber dahingehend eingeschränkt, dass sie für bestimmte nichtwirtschaftliche Dienstleistungen von allgemeinem Interesse wie Gesundheitsdienstleistungen nicht gilt (Art. 2 Dienstleistungsrichtlinie).

Die Rechtsfolge der Anwendbarkeit der Dienstleistungsfreiheit auf die Gesundheitsdienstleistungen ist die grundsätzliche Freiheit des Patienten auf die Wahl des Dienstleisters. Der Patient darf daher zwischen der Behandlung im In- und im Ausland entscheiden. Die bestimmten Regeln für die Rückerstattung damit verbundenen Kosten wurden in der Patientenrechterichtlinie (2011/24/EU) kodifiziert, die anschließend in das Recht der Mitgliedstaaten umgesetzt worden ist.

Die aus der Patientenrichtlinie ergebenden Möglichkeiten werden noch weiter (III.2.) behandelt.

b. Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 45 ff. AEUV)

Art. 45 AEUV garantiert die Freizügigkeit der Arbeitnehmer innerhalb der EU.

Als notwendige Folge einer solchen Freiheit ist das Recht auf die diskriminierungsfreie Inanspruchnahme von Sozialleistungen in dem Niederlassungsstaat. Die EU wurde dementsprechend in Art. 48 AEUV ermächtigt, die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Maßnahmen zu beschließen. Diese Zuständigkeit mündete in der Koordinierungsverordnung 883/2004 und Durchführungsverordnung 987/2009. Beide Verordnungen bilden zusammen ein Grundkonstrukt für die Koordination der Sozialversicherungssysteme wegen der Freizügigkeit der Arbeitnehmer in der EU.

Die daraus resultierenden Möglichkeiten werden noch Gegenstand einer besonderen Analyse (siehe unten: III.1.).

c. Niederlassungsfreiheit (Art. 49 ff. AEUV)

Die Niederlassungsfreiheit ist dagegen für die Leistungserbringer interessant, die ihr Unternehmen ins Ausland verlegen möchten. Die Niederlassungsfreiheit spielt daher besondere Rolle bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen und Diplomen von Personen, die medizinische Leistungen erbringen wollen.

Diese Regelungen könnten eine besondere Rolle spielen, wenn z.B. bei der Etablierung einer selbständigen oder nichtselbständigen Einrichtung des deutschen Dienstleistungserbringers auf polnischer Seite die Zulässigkeit der Berufsausübung im Ausland gefragt wird. Dem wird – dem Auftrag entsprechend – nicht näher nachgegangen.

3. Grundrechtecharta der EU

Die Charta der Grundrechte¹⁰ gehört ebenfalls zu den Rechtsakten des Primärrechts.

⁹ Karl, Die Auswirkungen des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs auf die Kostenerstattung, DRdA 2002, S. 15 ff.; Felix, Gesundheitsleistungen ohne Grenzen in der Europäischen Union?, SozSi 1999, S. 31 ff. (Zitat nach S. 97)

¹⁰ Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl. C 364 vom 18.12.2000, S. 1 ff.

In Art. 35 Grundrechte-Charta wird den Unionsbürgern das Grundrecht auf den Gesundheitsschutz gewährt:

Jede Person hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten. Bei der Festlegung und Durchführung aller Politiken und Maßnahmen der Union wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Auch diese Regelung ist insbesondere für die Patienten wichtig, die ihre Behandlung im Ausland durchführen möchten. Vor dem Hintergrund dieses Grundrechts stellt sich die Frage nach der Pflicht des Mitgliedstaates zur Erleichterung des Zugangs zur effektiven Gesundheitsvorsorge, einschließlich der Leistungen der ausländischen Gesundheitseinrichtungen.

II. Besondere Handlungskompetenz: offene Koordinierungsmethode

Nach dem Entschluss der Mitgliedstaaten von 2004¹¹ bedient sich die EU in der Gesundheitspolitik der sog. offenen Koordinierungsmethode (OKM).¹²

Zweck der OKM ist es, die nationale Politik auf die Realisierung bestimmter gemeinsamer Ziele auszurichten. Diese Ziele müssen die Mitgliedstaaten in ihre Systeme implementieren und umsetzen. Die Umsetzung wird anhand gemeinsam festgelegten Messinstrumenten (Statistiken, Indikatoren, Leitlinien) untersucht. Das Ergebnis („Benchmarking“) der Umsetzung erfolgt durch die gegenseitige Bewertung durch die EU-Länder und Austausch von bewährten Vorgehensweisen.

Für die Gesundheitspolitik wurden 2004 folgende Ziele gefasst:

1. Sicherung eines Zugangs zu einer hochwertigen Versorgung auf der Grundlage von Universalität, Angemessenheit und Solidarität,
2. Verhütung des durch Krankheit, Unfall, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im hohen Alter bedingten Armuts- bzw. Ausgrenzungsrisikos sowohl für die Patienten als auch für ihre Familien,
3. Förderung einer hochwertigen Versorgung, um den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern,
4. Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit einer hochwertigen und allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung (Mitteilung der Kommission von 2004).

Als Maßstab für Fortschritte bei der Umsetzung dieser Ziele sollen solche Indikatoren wie die Sterblichkeitsrate von Kindern, die Zahl der Akutbetten, die Arztdichte oder der Anteil der

¹¹ Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch „die offene Koordinierungsmethode“ (KOM/2004/0304 endg.)

¹² Sh. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen - Die Zukunft des Gesundheitswesens und der Altenpflege: Zugänglichkeit, Qualität und langfristige Finanzierbarkeit sichern (COM/2001/0723 endg.)

Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt dienen.

In der Gesundheitspolitik wird OMK Social Protection Committee geführt, sodass es sich hier um eine institutionalisierte Form der *soft law* handelt.¹³ Allerdings hat die Anwendung der OMK auf die Gesundheitspolitik bisher nur geringe Fortschritte gebracht.

III. Sekundärrecht

Nachdem die primärrechtlichen Regelungen dargestellt worden sind, ist es auf das Sekundärrecht zurückzugreifen.

Die sekundären Rechtsvorschriften, also Verordnungen, Richtlinien, Entscheidungen und Beschlüsse, werden gemäß den in den EU-Verträgen (Primärrecht) festgelegten Grundsätzen und nach dem dort bestimmten Verfahren getroffen.

Hier sind insbesondere die Vorschriften der unmittelbar geltenden Verordnungen und der aus der Rechtsprechung der EuGH resultierenden Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung zu behandeln.

1. Koordinationsvorschriften

Die Koordinationsverordnung schafft Regeln für Nutzung der Gesundheitsdienstleistungen im EU-Ausland sowohl im geplanten als auch im ungeplanten Bereich. Die Verordnung stützt sich auf das Prinzip der Sachleistung und legt fest, welcher ist der zuständige Kostenträger für die Leistungen wegen Krankheit. Der Versicherte erhält einen Leistungsanspruch gegen den aushelfenden Träger, so als ob er nach den Vorschriften des Staates versichert wäre, in dem der aushelfende Träger seinen Sitz hat. Dieses Prinzip wird nur in dem Fall des Geldleistungsexports gem. Art. 21 VO 883/2004 durchbrochen.

Die Koordinationsverordnung (VO 883/2004) und die dazu gehörige Ausführungsverordnung (VO 987/2009) begründen aber für die Patienten keine selbständigen Anspruchsgrundlagen. Sie bestimmen jedoch, aus welchem nationalen Recht die betroffene Person (Versicherter oder seine Familienmitglieder) im Falle der Krankheit (andere Bereiche sind für die vorliegende Thematik außer Acht zu lassen) ihre Ansprüche ableiten können. Die Anspruchsvoraussetzungen sowie den Anspruchsinhalt bestimmt daher nicht mehr das unionale Recht sondern das nach der Verordnung anzuwendende nationale Recht.

Die Verordnung kommt aber erst dann zur Anwendung, wenn es sich um einen Sachverhalt mit der Auslandsberührung handelt. Dies ist dann zu bejahen, wenn:

- 1) die betroffene Person in einem anderen Mitgliedstaat erwerbstätig ist als sie wohnt (Grundfall);
- 2) sich in dem zuständigen Mitgliedstaat aufhält;
- 3) sich in einem anderen Mitgliedstaat vorübergehend (als Tourist, Reisender usw.) als dem zuständigen Mitgliedstaat und Wohnsitz aufhält oder
- 4) sich in den anderen Mitgliedstaat als der zuständige oder Wohnsitzstaat zur Behandlung

¹³ Paweł Białynicki Birula, Wykorzystanie metod nowego zarządzania publicznego w kształtowaniu polityki zdrowotnej Unii Europejskiej, Zarządzanie Publiczne 2011 nr 4 (18), S. 37-48.

begibt.

a. Grundfall

Im ersten Fall darf die betroffene Person die Gesundheitsdienstleistungen im Wohnsitzstaat auf Kosten der Versicherung aus dem Mitgliedstaat der Erwerbstätigkeit in Anspruch nehmen und zwar in dem Umfang, als ob sie in dem Wohnsitzstaat versichert wäre (Art. 17 VO 883/2004). Maßgeblich ist daher das nationale Recht des Wohnsitzstaates. Die Abrechnung für die medizinischen Behandlungsmaßnahmen erfolgt zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer des Betroffenen. Als Nachweis der Versicherung gilt hier eine S2-Bescheinigung, die vom zuständigen Träger ausgestellt wird. Für die Inanspruchnahme von Leistungen im Wohnsitzstaat muss sich der Betroffene noch vorher beim Träger des Wohnorts eintragen lassen (Art. 24 Abs. 1 VO 987/2009). Der Träger ihres Wohnorts ist die Einrichtung oder die Behörde, die nach den Rechtsvorschriften, die für diesen Träger gelten, für die Gewährung der Leistungen an dem Ort zuständig ist, an dem die betreffende Person wohnt oder sich aufhält, oder, wenn es einen solchen Träger nicht gibt, den von der zuständigen Behörde des betreffenden Mitgliedstaats bezeichneten Träger (Art. 1 lit. r) VO 883/2004). Es besteht daher kein richtiges Wahlrecht zwischen den mitgliedstaatlichen Systemen. Die Betroffenen sollen nur ein System in Anspruch nehmen und zwar dies das Wohnsitzstaates.

b. Aufenthalt im zuständigen Mitgliedstaat

Die Betroffenen können die Sachleistungen in ihrem zuständigen Mitgliedstaat (i.d.R. Versicherungsstaat) nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich dort aufhalten (Art. 18 VO 883/2004). Dies schließt den Fall der Reise zur Behandlung in den zuständigen Staat nicht mit ein. Dies bedeutet, dass die solche Praxis wie sie auf der deutsch-polnischen Grenze stattfindet (viele in Polen wohnende aber in Deutschland wegen Erwerbstätigkeit versicherte Personen reisen zur Nutzung des ärztlichen Angebotes nach Deutschland), nicht mit der VO vereinbar ist. Dies wird zum einen dadurch bedingt, dass die deutschen Arbeitgeber nur die vom in Deutschland niedergelassenen Arzt ausgestellte Arbeitsfreistellung beachten. Zum anderen gehen viele polnische Bürger davon aus, dass die Qualität der ärztlichen Dienstleistungen in Deutschland höher ist als in Polen.

c. Aufenthalt außerhalb des zuständigen Mitgliedstaats

Die Personen, die nur in einem und demselben Mitgliedstaat wohnen und versichert sind, können die Leistungen aus dem anderen Mitgliedstaat in Anspruch nehmen, wenn sie sich dort vorübergehend aufhalten (Art. 19 VO 883/2004). Es handelt sich hier um akute Behandlungsfälle (Unfälle), die auf dem Territorium des Behandlungsstaates notwendig erwiesen haben. Diese Regelung gilt in erster Linie für Touristen, Studierende, Geschäftsreisende usw. Die Formulierung von Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004 schließt daher eindeutig die Fälle aus, in denen der Patient aus dem Krankenhaus in einem Staat notfalls in das Krankenhaus in dem anderen Staat überführt wird (da z.B. die medizinische Ausstattung der ersten Einrichtung nicht ausreichend war und die Beförderung zum anderen Krankenhaus in demselben Staat wegen des Zustandes des Patienten nicht zumutbar war).

Im Behandlungsstaat kann die betroffene Person die Sachleistungen bekommen, die medizinisch notwendig sind, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Die Leistungen sind dann notwendig, wenn der Versicherte nicht vorzeitig in den zuständigen Mitgliedstaat zurückkehren muss, um die erforderlichen medizinischen Leistungen zu erhalten (Art. 25 (3) VO 987/2004). Man kann diejenigen Leistungen in Anspruch nehmen, die zum gesetzlichen Leistungsumfang im Behandlungsstaat gehören, auch wenn sie über den gesetzlichen Leistungskatalog in zuständigem Mitgliedstaat hinausgehen.

Diese Leistungen werden für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, wenn der Versicherte ein von dem zuständigen Träger ausgestelltes Dokument vor, das seinen Sachleistungsanspruch bescheinigt, vorlegt (Art. 25 A. (1) VO 987/2009). Als solches Dokument gilt u.a. die EHIC-Karte.¹⁴ Sonst hat der Patient die Kosten selbst zu tragen und erst später kann er diese von seinem zuständigen Träger fordern. Die Rückerstattung kann beantragt werden, wenn:

- die Behandlung während des Aufenthalts im Ausland notwendig war,
- es sind Leistungen erbracht worden, die die Versicherung im zuständigen Mitgliedstaat übernehmen würde,
- die Rechnung des Leistungserbringers bezahlt wurde und
- der Patient in zuständigem Mitgliedstaat tatsächlich versichert ist.

Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten rückerstattet, es sei denn, dass die Kosten der Behandlung im Ausland höher als Deutschland sind. In diesem Fall muss der Patient den Unterschied selbst tragen.

d. Reisen zur Inanspruchnahme von Sachleistungen

Die Einwohner des Grenzgebietes dürfen in einen anderen Mitgliedstaat reisen, um dort die Sachleistungen zu erhalten, wenn dies ihm vom zuständigen Träger genehmigt wurde (Art. 20 VO 883/2004). Hier kommen noch die Vorschriften der KoordinationsVO mit denen der Patientenmobilitätsrichtlinie in Konkurrenz. Der Patient darf wählen, ob er sich auf die Koordinationsverordnung oder auf die nationalen Vorschriften, die der Umsetzung der Richtlinie dienen, beruft. Nach Art. 20 Abs. 2 S. 2 VO 883/2004 darf die Genehmigung nicht versagt werden, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Somit wird das Ermessen der Behörde aufs Null geschrumpft.

(1) Deutscher Versicherter in Polen

Plant der/die deutsche Versicherte den Aufenthalt in Polen für die ambulante Behandlung (z.B. beim Zahnarzt) und will keine Kosten zunächst tragen, dann soll er/sie sich die Behandlung vorher von der zuständigen Krankenkasse genehmigen lassen. Der Versicherte erhält die S2-Bescheinigung und damit wird er in Polen wie jede in Polen gesetzlich krankenversicherte Person behandelt. Die Behandlungskosten rechnet die Krankenkasse mit dem polnischen Leistungserbringer und NFZ ab. Damit hängt zusammen, dass nur die Leistungserbringer besucht werden können, die sich an dem öffentlichen Gesundheitssystem beteiligen, d.h. die entsprechenden Verträge mit NFZ haben.

(2) Polnischer Patient in Deutschland

Wenn der Patient die Dienstleistungen direkt auf Kosten des NFZ (ohne vorherige Bezahlung der Rechnung) in Anspruch nehmen möchte, muss er ebenfalls vor der Reise nach Deutschland Genehmigung des zuständigen Direktors der regionalen Stelle des NFZ einholen (Behandlung aufgrund von Koordinierungsvorschriften). In diesem Fall kann nur die Behandlung bei den Leistungserbringern in Anspruch genommen werden, die Vereinbarungen mit Krankenkassen haben

¹⁴ Europäische Gesundheitskarte.

(Kassenärzte).

e. Zwischenergebnis

Somit geben die Koordinationsvorschriften den Einwohner des Grenzgebietes keine besonderen Rechte bezüglich der Nutzung der Gesundheitseinrichtungen in dem Nachbarstaat. Sie können dortigen Sachleistungen nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie sich gerade in diesem Nachbarstaat aufhalten oder aufgrund der Genehmigung des zuständigen Trägers dort reisen, um Sachleistungen auf dessen Kosten zu erhalten. Diese Grundsätze gelten sowohl für die Grenzgänger als auch für diejenigen Personen, die nur in einem Staat wohnen und versichert sind. Ein Wahlrecht zwischen den Systemen der Gesundheitsfürsorge ist nicht ersichtlich.

2. Patienten(mobilitäts)richtlinie

a. Allgemeines

Im Fall der geplanten Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat sind auch die Regelungen der Patientenmobilitätsrichtlinie (2011/24/EU) sowie sie umsetzende nationale Vorschriften zu beachten. Nach dem Erwägungsgrund Nr. 30 der Richtlinie ist entweder die Richtlinie oder die Verordnung der Union zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme anwendbar.

Der Unterschied besteht dahingehend, dass die VO auf die Sachleistungen ausgerichtet ist. Dagegen geht es bei der Richtlinie und ihren Umsetzungsvorschriften um die Kostenerstattung. Des Weiteren gilt die Richtlinie nur für die Fälle, wenn der Patient sich zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistungen (noch) nicht im Behandlungsstaat befindet. Damit ist der Anwendungsbereich der Richtlinie für die geplante Nutzung von Leistungen der Gesundheitsvorsorge eröffnet. Geplant ist eine Behandlung auch dann, wenn der Aufenthalt im Ausland gezielt mit einer medizinischen Dienstleistung verknüpft wird.

In dem deutsch-polnischen Kontext ist die Inanspruchnahme von den Leistungen der Gesundheitsvorsorge mit unterschiedlichem Verfahren, je nach dem Herkunftsstaat des Patienten, verbunden. In jedem Fall tritt aber der Versicherte in die Vorleistung ein. Erst im Nachhinein kann er sich bei dem zuständigen Versicherer um die Rückerstattung bewerben.

b. Bedeutung der Richtlinie für deutsche Patienten in Polen

Für die in Deutschland versicherten Personen, die Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch nehmen wollen, sind § 13 Abs. 4 und 5 SGB V maßgeblich. Hier wird zwischen der ambulanten und stationären Leistungen unterschieden. Im ersten Fall werden dem Versicherten die Kosten der medizinischen Leistung erstattet, soweit auch ein originärer Leistungsanspruch im Inland besteht. Dagegen dürfen Krankenhausleistungen nach Abs. 5 nur nach vorheriger Genehmigung durch die zuständigen Träger (Krankenkassen) in Anspruch genommen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit vertritt die Ansicht, dass deutsches Recht die Anforderungen der Richtlinie erfüllt und damit keine grundsätzlichen Rechtsänderungen notwendig waren (BMG, Nr. 2).

(1) Ambulante Dienstleistungen

Die ambulante Leistung, die die Krankenkasse auch in Deutschland übernehmen würde, kann der deutsche Versicherte in Polen auf eigene Rechnung in Anspruch nehmen. In diesem Fall darf er sich auch bei den privaten Leistungserbringern behandeln lassen. Der Patient wird wie eine privat krankenversicherte Person behandelt und damit mit den anfallenden Kosten zunächst belastet. Soweit die Rechnung des polnischen Leistungserbringers beglichen wird, kann der Patient die Rechnung und

die Rückerstattung betragen. Der Anspruch auf Erstattung besteht aber höchstens in Höhe der Vergütung, die Ihre Krankenkasse in Deutschland bezahlt hätte. Gegebenenfalls muss der Patient den Unterschied alleine tragen. Einige Krankenkassen verlangen z.B. für die Zahnersatzbehandlung in Polen zusätzlich den Heil- und Kostenplan des ausländischen Zahnarztes.

Grundsätzlich muss der in Deutschland Versicherte vor der Reise zur Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen keine Genehmigung der Krankenkasse einholen. Nur in Ausnahmefällen ist die vorherige Genehmigung der ambulanten geplanten Auslandsbehandlung durch die Krankenkasse notwendig. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Behandlung den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordert. Auch nur in den in der Richtlinie enumerativ genannten Ausnahmefällen darf die Genehmigung versagt werden.

Wenn der Patient aber keine Kosten tragen möchte, soll er sich die Behandlung im Vorfeld von der Krankenkasse genehmigen lassen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und ihr diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann. Mit der Genehmigung stellt die Krankenkasse einen S2-Vordruck aus. Damit weist der Patient im Behandlungsstaat nach, dass er wie eine dort gesetzlich krankenversicherte Person behandelt wird und dass seine Krankenkasse die Kosten übernimmt. Im diesem Fall ergeben sich Ihre Ansprüche auf Behandlung unmittelbar aus den Europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Verordnung (EG) 883/2004 und 987/2009).

(2) Stationäre Leistungen

Planen der in Deutschland Versicherte nach Polen zu reisen, um sich dort medizinisch im Krankenhaus behandeln zu lassen (geplante Behandlung), dann muss er sich die Behandlung im Vorfeld von der zuständigen Krankenkasse genehmigen lassen.

Die Genehmigung wird durch die Krankenkasse erteilt, wenn:

- die betreffende Behandlung Teil der gesetzlich garantierten Leistungen in Deutschland ist und
- diese Behandlung nicht innerhalb eines in Anbetracht ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums gewährt werden kann.

Die Krankenkasse stellt mit der Genehmigung die S2-Bescheinigung aus. Damit weist der Patient in Polen nach, dass seine Krankenkasse die Behandlungskosten übernimmt. Der Patient wird dann mit keiner Rechnung belastet. Die Abrechnung findet nur zwischen dem Leistungserbringer und den zuständigen Versicherungsträgern aus Deutschland und Polen statt. Somit kann der Patient nur die Dienstleister im öffentlichen System nutzen, da die Abrechnung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems erfolgt.

Der Patient darf auch stationäre Leistungen, die die zuständige Krankenkasse auch in Deutschland übernehmen würde, in Polen in Anspruch nehmen und die Behandlungskosten zunächst selbst tragen.

Der deutsche Patient wird in Polen wie eine **privat** krankenversicherte Person behandelt. In diesem Fall darf der Patient auch das Leistungsangebote privater Dienstleister in Anspruch nehmen. Da der

Patient aber sich später um die Rückerstattung bewerben möchte, bedarf er ebenfalls hier einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Diese Genehmigung darf aber nur dann versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der zuständigen Krankenkasse in Deutschland erlangt werden kann. Mit der Genehmigung wird die Krankenkasse ihre Bereitschaft für die Kostentragung erklären. Die Kosten der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung werden bis zu den Höchstbeträgen erstattet, die die Krankenkasse übernommen hätte, wenn die betreffende Gesundheitsdienstleistung in Deutschland erbracht worden wäre, wobei die Erstattung die Höhe der tatsächlich durch die Gesundheitsversorgung entstandenen Kosten nicht überschreiten darf.

In dieser Konstellation ergeben sich die Ansprüche des deutschen Patienten aus § 13 Absätze 4 - 6 Sozialgesetzbuch V in Verbindung mit der Richtlinie 2011/24/EU zu den Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

c. Rechtsfolgen der Richtlinie für polnische Patienten in Deutschland

In Polen erfolgte die Umsetzung der Patientenmobilitätsrichtlinie in Art. 42a ff. des Gesetzes über die Leistungen der Gesundheitsvorsorge. Nach Art. 42b Abs. 1 ist der Leistungsempfänger berechtigt, die Kosten der Leistung im Ausland zurückerstattet zu bekommen, wenn es sich um garantierte Leistungen handelt. Eine Vorabgenehmigung wird nur in den in Art. 42 Abs. 9 genannten Fällen gefordert. Der Katalog von genehmigungspflichtigen Leistungen wurde vom Gesundheitsminister in einer Rechtsverordnung bestimmt (Art. 42e Abs. 1).

(1) Ambulante Dienstleistungen

Wenn polnischer Patient nach Deutschland reist, um ambulante medizinische Leistungen zu erhalten (Besuch bei einem Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologen, etc.), muss er sich, wenn er Dienstleistungen direkt auf Kosten des NFZ (d.h. ohne vorherige Bezahlung der Rechnung) in Anspruch nehmen möchte, vor der Reise nach Deutschland mit dem Formular S2 die Zustimmung des zuständigen Direktors der regionalen Stelle des NFZ einholen. In diesem Fall kann die Behandlung nur von den Kassenärzten durchgeführt werden.

Der Patient darf auch zu einem Arzt in Deutschland gehen (mit Überweisung) und sich auf eigene Kosten medizinisch versorgen lassen. In diesem Fall darf er dann auch private Anbieter besuchen. In diesem Fall wird der Patient wie ein Privatpatient behandelt und bezahlt somit die Rechnung für die erhaltenen Leistungen. Anschließend kann der Patient beim NFZ die Rückerstattung dieser Kosten beantragen. Das NFZ erstattet dem Patienten die Behandlungskosten, wenn die Leistung zum Katalog der gesetzlich garantierten Leistungen gehört, auf die der Versicherte in Polen Anspruch hat. Die Erstattung erfolgt jedoch in der Höhe, die den Sätzen für eine bestimmte Behandlung in Polen entspricht. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und Deutschland wird vom Patienten selbst getragen.

Diese Vorschriften der Richtlinie wurden in Polen und in Deutschland in nationales Recht umgesetzt. Somit sind nur die nationalen Vorschriften des jeweiligen Mitgliedstaates anwendbar.

(2) Stationäre Behandlung

Diese Krankenhausbehandlung kann auf Kosten des NFZ nur nach vorheriger Zustimmung des Direktors der regionalen Stelle des NFZ erfolgen. Die Zustimmung darf nur dann verweigert werden, wenn die Leistung;

- in Polen keine garantierte Leistung ist oder
- in Polen von einem Anbieter mit einer Vereinbarung mit dem Nationalen Gesundheitsfonds innerhalb einer akzeptablen Wartezeit für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen bereitgestellt werden kann, oder
- stellt ein erhebliches Risiko für die Gesundheit des Patienten dar,
- ein erhebliches Gesundheitsrisiko für die Gesellschaft darstellt oder
- es bestehen ernsthafte Zweifel, ob der deutsche Anbieter (Arzt, Krankenhaus, etc.) die in Deutschland geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards einhält.

Der Direktor kann die Genehmigung auf der Grundlage der KoordinationsVO (EU-Verordnung 883/2004) erteilen. Der Patient erhält die S2-Bescheinigung, mit der er sich in Deutschland kostenlos (ohne Rechnung bezahlen zu müssen) behandelt. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem deutschen Krankenhaus (über die deutsche Krankenkasse) und dem NFZ. Das NFZ übernimmt auch die Kosten für den Transport zum Behandlungsort. Der Patient muss jedoch eine Pauschale von 10 EUR pro Tag für den Krankenhausaufenthalt zahlen.

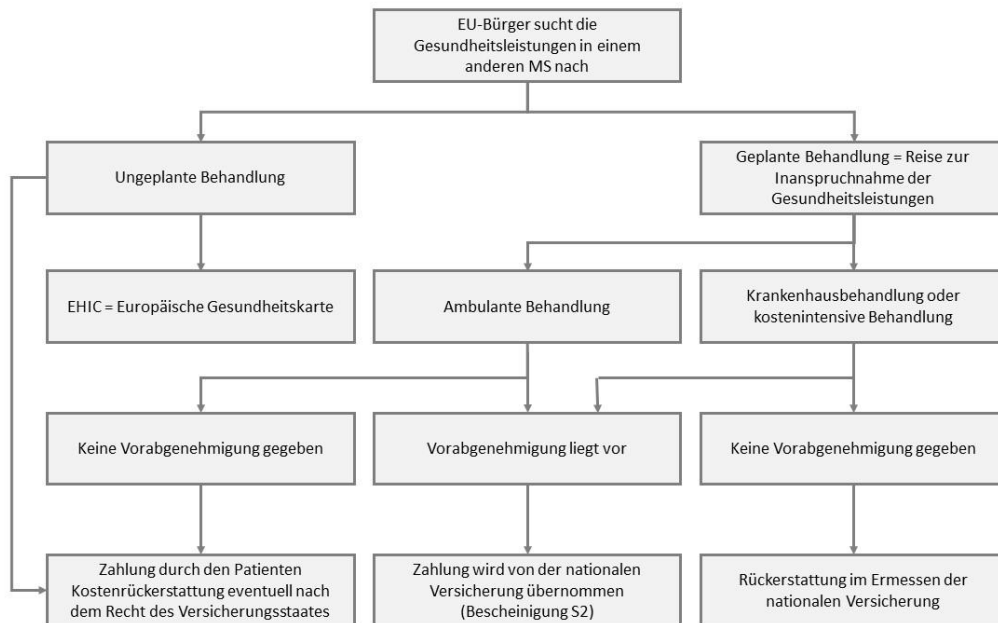
Der Direktor der regionalen Stelle des NFZ kann die Behandlung in Deutschland auf der Grundlage der Richtlinie über Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Richtlinie 2011/24/EU) genehmigen. Der Patient erhält dann einen schriftlichen Bescheid. Die Kosten der Krankenhausbehandlung in Deutschland muss er zunächst alleine tragen. Nach der Rückkehr nach Polen darf der Patient sich um die Rückerstattung von in Deutschland getragenen Kosten bewerben. Hat der Patient zuvor die Genehmigung zur Behandlung in Deutschland eingeholt, erstattet ihm das NFZ die Behandlungskosten in Höhe des Betrages, der der Finanzierung der Behandlung in Polen entspricht. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und Deutschland wird vom Patienten selbst getragen. Außerdem muss sich der Patient eine Krankenhauspauschale von 10 Euro pro Tag zahlen.

3. Verhältnis zwischen der Koordinationsverordnung und der Patientenmobilitätsrichtlinie

Die VO ist sowohl auf planmäßige als auch ungeplante Behandlungen anzuwenden. Nach herrschender Ansicht erfasst auch die Richtlinie Notfallbehandlungen und geplante Behandlungen.

Die VO ist sowohl auf die Krankenversicherung als auch auf Unfallversicherung anwendbar (vgl. Art. 36 KoordinationsVO). Die Richtlinie dagegen bezieht sich auf die Gesundheitsdienstleistungen, die aber nach allgemeinem Verständnis (vgl. Art. 3 Buchst. a) der RL - "Gesundheitszustand (...) zu erhalten oder wiederherzustellen") auch die Rehabilitation nach einen Unfall erfasst.

Grenzüberschreitend ist nach der RL die Gesundheitsversorgung dann, wenn sie in einem anderen Mitgliedstaat als dem Versicherungsmitgliedstaat erbracht oder verschrieben wird. Für die VO ist dagegen entscheidend, ob der zuständige Staat und der Staat der Sachleistungsaushilfe auseinanderfallen (in der Regel - manchmal reicht der ausländische Wohnsitz aus).



(Wismar, 2011)

Die Unterschiede zwischen der RL und VO wurden in der folgenden Tabelle nochmal abgebildet:

4. ECBM-Mechanismus

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung auf dem Gebiet des Rechts der grenzüberschreitenden Kooperation soll noch die geplante Verordnung¹⁵ angesprochen werden. Diese soll den Mitgliedstaaten erleichtern, u.a. die Einigung hinsichtlich des anzuwendenden Rechts für ein grenzüberschreitendes Projekt zu erzielen.

IV. Fazit

Für Grenzregionen bieten die geltenden unionalen und nationalen Vorschriften wenige Erleichterungen. Die Union hat diesbezüglich auch keine besonderen Befugnisse. Sie ruft nur die Mitgliedstaaten unverbindlich zur Kooperation auf (Art. 6 S. 2 a) AEUV; Art. 10 Abs. 3 RL 2011/24/EU). Dem folgen aber nur wenige tatsächliche Initiativen.

¹⁵ Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über einen Mechanismus zur Überwindung rechtlicher und administrativer Hindernisse in einem grenzübergreifenden Kontext (COM/2018/373 final - 2018/0198 (COD))

Teil 2. Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation in der Eurostadt Guben-Gubin

Das Ziel dieses Abschnitts ist es, die Möglichkeiten der grenzüberschreitenden Kooperation im Grenzgebiet *in concreto* aufzuzeigen.

Je nach dem Grad der Institutionalisierung können wurden Arten der Kooperation festgestellt:



1. grenzüberschreitende Koordination/Vernetzung von Akteuren des Gesundheitswesens,
2. grenzüberschreitende Leistungserbringung für Patienten aus dem Ausland durch inländische Einrichtungen und
3. institutionalisierte Zusammenarbeit durch Errichtung einer gemeinsam getragenen Einrichtung.

Begonnen wird daher mit den Maßnahmen, die die grenzübergreifende Tätigkeit von Akteuren der Gesundheitsvorsorge nur gegenseitig synchronisieren. Anschließend werden die Möglichkeiten dargestellt, für die gemeinsam ist, dass ein nationaler Versicherer im Gesundheitswesen eine entsprechende Vereinbarung mit dem ausländischen Leistungserbringer zur Versorgung der Bevölkerung mit den Leistungen des Gesundheitswesens abschließt. Abgeschlossen wird dieser Teil der Analyse mit den Projekten, in deren Rahmen gemeinsame Einrichtungen zur Wahrnehmung der grenzübergreifenden Gesundheitsvorsorge durch Akteure der Gesundheitsvorsorge gegründet wird.

I. Koordinationsprojekte

1. Allgemeines

Die Koordinationsprojekte zielen hauptsächlich auf die Vernetzung von gemeinsamen Aktivitäten. In diesen Projekten wird die Kooperation von mehreren Akteuren vor allem koordiniert und abgestimmt. Dagegen steht hier die Versorgung mit den Gesundheitsdienstleistungen nicht im Vordergrund der Projektaktivitäten. Es geht mehr um die Vorbereitung von Rahmenbedingungen (auch technisch) für den Austausch zwischen den beteiligten Akteuren der grenzüberschreitenden Kooperation.

Auch hier sind aber unterschiedliche Grade der Kooperationsintensität zu sehen. Einige Projekte bauen auf einer Vereinbarung auf, ohne dass es zu einer Verstetigung der Zusammenarbeit kommt. In anderen Projekten werden (z.B. nach gewisser Phase der Kooperation) gemeinsame Netzwerke und anschließend gemeinsame juristische Einrichtungen – insb. Vereine – gegründet, die Träger der Zusammenarbeit in organisatorischer Hinsicht sind aber keine Träger der grenzübergreifenden Gesundheitsvorsorge sind.

2. Beispiele

a. Trisan (DE-FR-CH)

Dieses Projekt unterstützt die Gesundheitsakteure aus dem gesamten Mandatsgebiet der Oberrheinkonferenz (Frankreich-Deutschland-Schweiz).

TRISAN ist ein multisektorales Projekt, das eine Reihe von Kompetenzen und Lösungen aus unterschiedlichen Bereichen (Medizin, Management, Politik, Versicherung, Recht, etc.) verbindet. Im Bereich Gesundheit behandelt es solche Themen wie z.B.



- Mobilität von Angehörigen des Gesundheitswesens,

- ambulante und stationäre Pflege,
- Notfalldienste und Pflege,
- Epidemiologie, Sucht und Prävention sowie
- die Berichterstattung zur Gesundheitsförderung.¹⁶

Das Projekt stellt den Partnern praktische Werkzeuge zur erfolgreichen Umsetzung von grenzüberschreitenden Projekten. Zu diesen Werkzeugen gehören insbesondere Checklisten zu den einzelnen Projektphasen, die Projektdefinition, Planung, Realisierung und Evaluation umfassen.

Ferner bietet das Projekt die Beratung zu den Problemstellungen, die typischerweise in grenzüberschreitenden Gesundheitsprojekten auftreten. Die Gesundheitsakteure können hiermit Informationen zur Bewältigung von interkulturellen Herausforderungen und zur Öffentlichkeitsarbeit erhalten.

Weiterführende Informationen:
<https://www.trisan.org>

b. Telemedizin Pomerania (DE-PL)

Von der deutsch-polnischen Grenze ist das Projekt „Telemedizin Pomerania“ zu nennen. In diesem Projekt wurden die Fragestellungen der grenzüberschreitenden Telemedizin behandelt. Das Projekt umfasste insgesamt ein Netzwerk 20 Krankenhäuser in Deutschland und 15 in Polen. Es wurde 2002 gestartet. 2007 wurde die Kooperation durch die Gründung eines Vereins (Telemedizin in der Euroregion POMERANIA e. V.) verstetigt.¹⁷

TELEMEDIZIN IN DER EUROREGION POMERANIA

Lasst Daten wandern,
nicht Patienten und Ärzte.

Ziel des Projektes war es, einerseits kleine Krankenhäuser auf dem Land mit den größeren Krankenhäusern in Städten wie Greifswald, Neubrandenburg und Eberswalde zu vernetzen. Mit der Nutzung der telemedizinischen Möglichkeiten sollte die Versorgungsqualität im ländlichen Raum und auf den dünn besiedelten Gebieten verbessert werden. Die Ärzte auf dem Land erhielten die Gelegenheit, die Fälle mit den Ärzten an Kliniken und Universitäten zu besprechen. Darüber hinaus sollte eine bessere Ausnutzung von Arztkapazitäten und Geräten durch grenzüberschreitende Kooperationen mit Polen unterstützt werden. Geplant war die Schaffung von effizienten und nachhaltigen Kommunikationsstrukturen für die Prävention und Diagnose von Erkrankungen.

Ferner strebte das Projekt die Weiterbildung an: es wurden Tele- und Videokonferenzen veranstaltet, z.B. Lehrkonferenzen in der Teleradiologie zwischen dem Knochentumorzentrum in Szczecin und der Greifswalder Universitätsklinik bzw. Konferenzen zwischen Internisten, Strahlentherapeuten und Urologen aus den Kliniken in Szczecin, Greifswald und Schwedt.¹⁸ Mit dem Projekt wurden

Weiterführende Informationen:
https://www.kooperation-ohne-grenzen.de/wp-content/uploads/2016/04/Projekt_1-49.pdf

¹⁶ Eric Delecasse, Fabienne Leloup, Henri Lewalle: European Cross-Border Cooperation on Health: Theory and Practice, European Union, 2017, S. 41.

¹⁷ Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 7 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

¹⁸ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

schnelle und effiziente Datentransfersysteme eingeführt, welche es den Spezialisten aus Deutschland und Polen ermöglichen, medizinische Daten zu analysieren und zweite Meinungen zu den gestellten Diagnosen via Internet einzuholen.

Aus dem Projekt sind auch „inhaltliche“ Netzwerke entstanden. Das erste Netzwerk: „Telemedizinisches Netzwerk zur Unterstützung der Tumorversorgung in der Euroregion POMERANIA“ haben zehn Krankenhäuser in Vorpommern, sechs Krankenhäuser aus Nordbrandenburg, die Pommersche Medizinische Universität in Szczecin, das Wojewodschaftskrankenhaus Koszalin und die Universität Poznań gegründet.¹⁹ Darüber hinaus wurde ein Videokonferenznetzwerk eingerichtet. Hier besteht die Möglichkeit die Befunde der Patienten im Rahmen von Video-Gesprächen in deutschen und polnischen Kliniken zu besprechen.²⁰ Insgesamt gibt es acht Netzwerke zu den bestimmten Medizingebieten, die über die Grenzen hinaus über Internet kooperieren.²¹ Für eine effektive Kooperation wurde ein System für Videokonferenzen errichtet.²²

Die Partner betonen solche Mehrwerte des Projektes wie:

Zu den wichtigsten Vorteilen dieses Projekts gehören im Bereich Soziales und Gesundheit:

- bessere Möglichkeiten für die praktische Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Fachärzte in den am Projekt beteiligten Krankenhäusern,
- bessere Qualität der medizinischen Dienstleistungen infolge der Einführung von telemedizinischen Lösungen,
- größerer Anteil von korrekten Diagnosen und damit die bessere Effizienz der Patientenbehandlung.

Des Weiteren weisen die Partner auf wirtschaftliche Vorteile des Projektes. Hier werden vor allem

- kürzere Behandlung und geringere Behandlungskosten sowie
- zügige Rückkehr der Patienten an ihren Arbeitsplatz.

genannt.

Durch die Verringerung der Verkehrsintensität im Krankentransport trägt das Projekt auch zum Umweltschutz bei.

3. Eignung des Koordinationsmodells für die grenzüberschreitende Kooperation im Gesundheitswesen in der Eurostadt Guben-Gubin

Für die Koordinationsprojekte werden in der Regel mindestens zwei Partner von beiden Seiten der Grenze notwendig, die ihre Handlungen miteinander abstimmen. Zurzeit gibt es in Gubin keinen Partner in der Gesundheitsvorsorge, der als Partner fungieren könnte.

¹⁹ Von Zanthier, Broschüre Grenzüberschreitende Telemedizin zwischen Polen und Deutschland, 2013, S. 26.

²⁰ Europäische Kommission, Telemedizin Pomerania verbessert die medizinische Versorgung in dünn besiedelten Regionen, 4.1.2016 (https://ec.europa.eu/regional_policy/de/projects/germany/telemedicine-pomerania-improves-healthcare-in-sparsely-populated-regions).

²¹ Tele-Pathologie, Tele-Stroke, Tele-Radiologie, Tele-HNO, Tele-Ophthalmologie, Tele-Tumorboard, Tele-Kardiologie.

²² Netzwerk Pomerania Telemedizin, S. 11 (<https://www.dfcsystems.de/wp-content/uploads/2016/10/pomerania-broschuere-dfc-systems.pdf>).

Das nächste benachbarte Krankenhaus auf polnischer Seite befindet sich in Krosno Odrzańskie um 33 km entfernt. Wegen dieser Entfernung ist das Krankenhaus in Krosno Odrzańskie zunächst kein geeigneter Partner für die Sicherstellung von flächendeckenden Angeboten für die Bewohner der Eurostadt Guben-Gubin.

Das Koordinationsmodell ist geeignet, wenn die Partner unterschiedliche Leistungen anbieten und mit der Abstimmung ein lückenloses Angebot schaffen wollen. Dies ist hier aber nicht der Fall, da die Naemi-Wilke-Stift komplexe Leistungen anbietet und zurzeit kein Ergänzungsbedarf besteht.

Des Weiteren könnte das Koordinationsmodell angewandt werden, wenn Bedarf für den Austausch der Fachkräfte, Informationen, Verfahren etc. bestünde. Aktuell wird dieser Bedarf nicht angemeldet, was aber nicht die Entwicklung solcher Koordinationsprojekte in absehbarer Zukunft hindern sollte.

II. Zwischenstaatliche Leistungserbringung

1. Allgemeines

Im vorliegenden Unterkapitel werden Projekte dargestellt, in denen die grenzüberschreitende Erbringung von medizinischen Leistungen im Vordergrund steht. Anders als im Falle institutionalisierter Kooperation²³ geht es hier nicht um die Errichtung einer gemeinsamen Gesundheitseinrichtung sondern um die Behandlung von Patienten aus dem Ausland in einer inländischen Gesundheitseinrichtung auf Grundlage eines entsprechenden Vertrages mit Träger der ausländischen Krankenversicherung. Gegenstand des Projektes ist daher die Nutzung der inländischen Gesundheitseinrichtungen durch Patienten beiderseits der Grenze.

2. Beispiele für die grenzüberschreitende Leistungserbringung

Zunächst werden die Beispiele einer solchen Kooperation aus anderen Grenzregionen dargestellt.

a. Kooperationsprojekte „healthacross“ (AT-CZ)

Als einer der interessantesten Projekte der grenzübergreifenden Patientenversorgung sind die Projekte im dem „healthacross“-Projektpaket zwischen Gmünd (AT) und České Velenice (CZ).

Auch im Grenzgebiet Niederösterreich – Südböhmen haben die Kooperation die tatsächlichen Bedingungen erzwungen. Auf der tschechischen Seite ist der nächste Notarzwagen 18 km von České Velenice entfernt; das nächste Krankenhaus in Tschechien ist 60 km weit von České Velenice. Dagegen gibt es in der unmittelbaren Nähe zur Grenze auf der österreichischen Seite hundert ein Landeskrankenhaus Gmünd.²⁴

Das healthacross Projekt hatte bisher drei Phasen:

- 1) „healthacross“ [2008-2011],
- 2) „healthacross in practice“ [2012-2014] und
- 3) „healthacross for future“ [01.05.2017 - 30.09.2020].

Ferner wurden noch weitere Projekte durchgeführt:

²³ sh. unten III. (S. - 23 -).

²⁴ Projektbeschreibung: <https://keep.eu/projects/18350/Healthacross-for-future-EN/>.

- 1) „Gemeinsam Grenzenlos Gesund“ für eine langfristige und tragfähige Zusammenarbeit zwischen Niederösterreich und Südmähren im Gesundheitswesen;
- 2) „Bridges for Birth (B4B)“ für die neonatologischen Notfälle (LK Hainburg und Kinderuniversitätsklinikum Bratislava).

Für die vorliegende Problematik der gemeinsamen Gesundheitsvorsorge sind die drei „healthacross“-Projekte relevant.

(1) "healthacross"[2008-2011]

Das Ziel der ersten Etappe des Projektes war es, die Gesundheitsdienstleistungen in der Grenzregion für die Bevölkerung optimal nutzbar zu machen. Das Hauptaugenmerk dieses Projekts lag auf der Erarbeitung von Handlungsleitfäden und einer Machbarkeitsstudie für eine grenzüberschreitende Gesundheitseinrichtung.



Das erste Projekt mündete in zwei Berichten:

- 1) „Report I: Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung“ und
- 2) „Report II: Machbarkeitsstudie zur grenzüberschreitenden stationären und ambulanten Zusammenarbeit im Raum Gmünd und České Velenice“

Ferner wurden großangelegte grenzüberschreitende Rettungsübungen mit Beteiligung des Landeskrankenhauses Gmünd und Sprachkurse für das Personal durchgeführt. Ein Wörterbuch für den Rettungsdienst wurde ebenfalls vorbereitet.

Weiterführende Informationen:
<https://www.healthacross.at>

Partner des Projektes waren NÖ Landeskliniken-Holding (AT) als Leadpartner und die Südböhmische Krankenhaus AG (CZ).

(2) „healthacross in practice“ [2012 - 2014]

Von 01.01.2012 bis 31.03.2014 führte Niederösterreich mit Südböhmen das Nachfolgeprojekt – bezeichnet als „healthacross in practice“ – durch. Hier wurde der Schwerpunkt auf die praktische Umsetzung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung gelegt.

Dementsprechend erhielt von Februar bis Juni 2013 eine definierte Anzahl von tschechischen Patienten (insg. 133) ambulante medizinische Behandlung im Landeskrankenhaus Gmünd. Bei Notfällen war auch stationärer Aufenthalt möglich. Für die ambulante Behandlung wurde in der Kooperation mit den Hausärzten aus Tschechien ein Leistungskatalog erarbeitet, in dem alle Leistungen enthalten worden sind, die das Landeskrankenhaus für tschechische Patienten durchführen konnte.²⁵ Den Patienten

²⁵ Health across in practice, Landeskrankenhaus Gmünd öffnet für tschechische Patienten, 2013, S. 7: Krampfaderverödung, Infiltrationen (lokale Schmerztherapie am Bewegungsapparat), Entfernung kleiner Tumore, Diagnostik von Venenerkrankungen, Diagnostik von peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten, Spirometrie = Lungenfunktion, Abklärung von Magenbeschwerden mittels Gastroskopie, Abklärung von Darmbeschwerden mittels Koloskopie, Versorgung kleiner Wunden, Verdacht einer Schilddrüsenunter- oder -überfunktion – Bestimmung der Schilddrüsenparameter, Chirurgische Versorgung eines eingewachsenen Zehennagels bzw. Fingernagels, Untersuchung von Rhythmusstörungen mittels Langzeit-EKG (Holter), Untersuchung des Blutdrucks mittels Langzeitblutdruckmessung, Weitere Abklärung bei Herzbeschwerden mittels Ergometrie = Belastungs-EKG, Diagnostik der Halsgefäße – Ausschluss einer Stenose, Versorgung von Frakturen mittels Gipsverband.

mit den Krankheiten aus dem Leistungsbereich wurde die ambulante Behandlung im Landesklinikum Gmünd automatisch ermöglicht. Diese wurde nach entsprechender Überweisung von einem tschechischen Arzt geleistet.

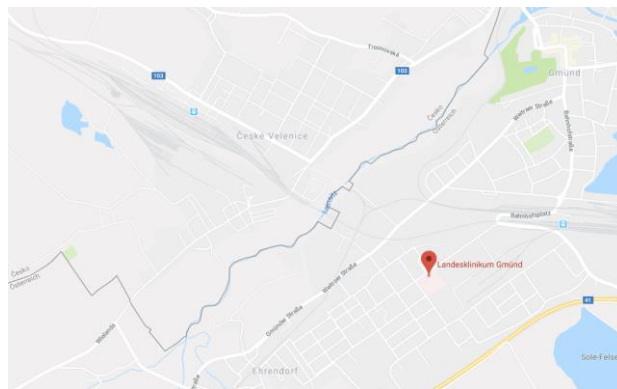
Wegen der großen Nachfrage wurden nach der Einrichtung des Regelbetriebes bis Ende 2015 noch 2400 Patienten aus dem tschechischen Projektgebiet ambulant und stationär versorgt.

Von den tschechischen Patienten wurde kein finanzieller Selbstbehalt gefordert. Sämtliche im Landesklinikum Gmünd an tschechischen Patienten geleisteten Behandlungen wurden von den Projektpartnern getragen.

(3) „healthacross for future“ [2017 - 2021]

Im Rahmen des laufenden (1.5.2017 – 31.12.2021)²⁶ Projektes bezeichnet als „healthacross for future“ wird die grenzüberschreitende Patientenversorgung mit Südböhmen im Landesklinikum Gmünd weitergeführt und um die stationäre Behandlung erweitert. Im Rahmen des Projektes sollen vor allem die Möglichkeiten der Planung und des Baus eines grenzüberschreitenden Gesundheits-/Erstversorgungszentrums („Cross-border Health Cube“) untersucht werden. Die Inbetriebnahme des Zentrums ist für das Jahr 2021 geplant.²⁷

Das grenzüberschreitende Gesundheitszentrum soll zehn Fachbereiche abdecken: Allgemeinmedizin, Chirurgie, interne Medizin, Orthopädie, Pädiatrie, Gynäkologie, HNO, Dermatologie, Geriatrie und Komplementärmedizin. Dazu kommen ferner noch Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Von den Hilfsdienstleistungen werden noch Röntgen und Ultraschall sowie ein Labor zur Verfügung gestellt. Mit dem Zentrum werden die Leistungen im Einklang mit den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung erbracht. Damit werden ein kohärenter Zugang zu medizinischer Versorgung beiderseits der Grenze und die Versorgungsqualität in der Grenzregion sichergestellt.



Projektpartner sind NÖGUS (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds) und tschechischer Kreis Südböhmen.

b. ZOAST (FR-BE)

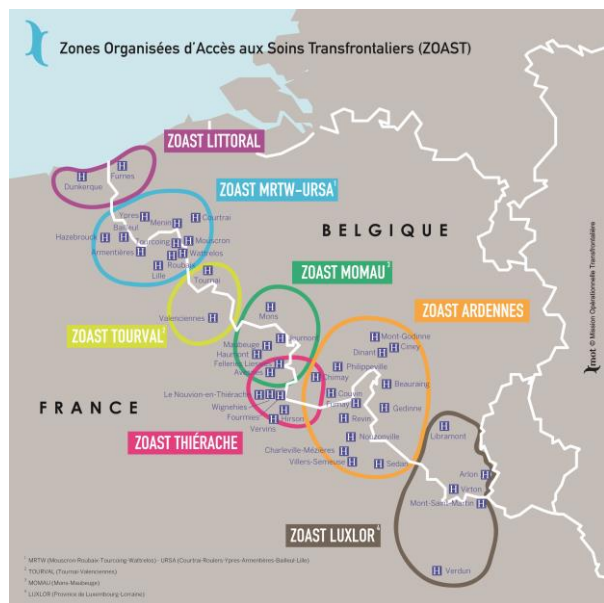
Die Kooperation „ZOAST“ (Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers) erfasst sieben Zonen entlang der französisch-belgischen Grenze, die in den Jahren 2008-2015 errichtet worden sind. Die Grundlage für die Kooperation zwischen den wurde mit einem Staatsvertrag vom 01.06.2005 zwischen Belgien und Frankreich geschaffen. Mit dem Staatsvertrag wurden die lokalen

²⁶ Das Projekt läuft noch bis 31.12.2021 (<https://keep.eu/projects/18350/Healthacross-for-future-EN/>).

²⁷ Robert Salzer, Baustart für einzigartiges Gesundheitszentrum (<https://noe.orf.at/news/stories/2982361/>).

Gebietskörperschaften zum Abschluss von Kooperationsverträgen auf dem Gebiet der Planung, Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems.

Die Einwohner aus dem Grenzgebiet zwischen Frankreich und Belgien dürfen Gesundheitsdienstleistungen auf beiden Seiten der Grenze ohne zusätzlichen oder finanziellen Aufwand in Anspruch nehmen. Die Kosten der erbrachten Gesundheitsdienstleistungen werden nach nationalen Rechtsvorschriften des aushelfenden Mitgliedstaats berechnet. Der Zahlung an den Leistungserbringer erfolgt durch die Versicherung des Staates, in dem die Leistungen tatsächlich erbracht werden. Die Ausgaben werden von der Krankenkasse des Patienten erstattet.



Im Jahr 2015 haben insg. 20.000 Einwohner aus beiden Ländern die Leistungen im jeweils anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen.

Zusätzlich zu den sieben ZOASTs wurde eine Vereinbarung getroffen, die es den französischen und belgischen Rettungsdiensten ermöglicht, die Grenze bei dringenden Fällen, die eine schnelle Reaktion erfordern, zu überschreiten (z.B. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).²⁸ Ferner wurde durch die Kooperation der Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung in der Nähe des Wohnortes des Patienten im Grenzgebiet ohne (zusätzliche) Investitionen in Infrastruktur, einfach durch die Organisation komplementärer Gesundheitsvorsorge in den Nachbarländern verbessert.²⁹

Weiterführende Informationen:
<http://ofbs.dims.fr/accueil.html>

Der Mehrwert dieses Vorhabens besteht vor allem darin, dass der sog. Grenzeffekt vollständig beseitigt wurde. Die Patienten können sich auf beiden Seiten der Grenze medizinisch versorgen lassen, ohne dass hierfür die Zustimmung der Sozialversicherung notwendig ist.

c. IZOM (NL-BE-DE), eIZOM (DE-BE) und eGCI (DE-NL)

In dem IZOM-Projekt („Integratie zorg op maat“ = „integrierte ärztliche Versorgung nach Maß“) arbeiten die AOK Rheinland, die niederländische CZ-Gruppe und die Christliche Krankenkasse zusammen. Auf Grund dieser Kooperation wird es den Bewohnern der Euregio Maas Rhein ermöglicht, auf beiden Seiten der Grenze medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Es erfasst insb. den Zugang sowohl zur allgemeinen fachärztlichen Behandlung als auch zur stationären

²⁸ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.

²⁹ European Commission, Enhancing healthcare cooperation in cross-border regions, European Union, 2018, S. 5.



<http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

Behandlungen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. allgemeine fachärztliche Behandlung in Diagnostik (Labor, Röntgen, Ultraschall) und in Therapie, Arzneimittelversorgung, die zu dieser Behandlung erforderlich sind sowie eventuell erforderliche anschließende Krankenhausbehandlungen.

Die Grundlage für das Projekt ist sog. **IZOM**-Abkommen. Mit dem Abkommen haben die Parteien ein vereinfachtes Verwaltungsverfahren für den Zugang zur Gesundheitsdienstleistungen im Ausland eingeführt. Danach beantragt der Versicherte bei der für ihn zuständigen Krankenkasse die Bescheinigung E112+ (verwendet nur in diesem Projekt). Die Bescheinigung wird für einen Zeitraum von drei bis zwölf Monaten gewährt. Sie wird der aushelfenden Krankenkasse im Behandlungsland vorgelegt. Diese aushelfende Krankenkasse stellt dem Patienten dann

einen Behandlungsschein zur Vorlage beim Facharzt aus. Der Patient aus dem Ausland wird daher behandelt, als ob er in dem Behandlungsstaat versichert wäre. Die Behandlungskosten fallen dem Patienten nicht an; sie werden von der Krankenkasse des Patienten der aushelfenden Leistungserbringer erstattet.

Weiterführende Informationen:
<http://www.grenzgaengerinfos.org/soziales4.5.html>

Das IZOM-Projekt ist mit Ende 2017 ausgelaufen. Geplant wird die Nutzung des ZOAST-Instruments für die Wiederherstellung der grenzüberschreitenden Gesundheitsvorsorge.³⁰



<https://brf.be/regional/563716/>

Im Jahr 2013 haben die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg und die Mutualité Chrétienne in Verviers (Belgien) das **eIZOM**-Projekt gestartet, in dem die belgischen Patienten eine elektronische Karte erhalten können, mit der sie von den deutschen Spezialisten direkt behandelt werden können.

Parallel hat die AOK Rheinland/Hamburg mit der niederländischen CZ Kooperation aufgenommen (eGCI). Danach haben auch Versicherte der CZ die Möglichkeit mit der eGCI-Karte medizinische Leistungen in Deutschland in Anspruch zu nehmen. Die Karte eGCI gilt in der Grenzregion Maas-Rhein, Rhein-Maas-Nord und Rhein-Waal.³¹

3. Eignung des Modells in der Eurostadt Guben-Gubin

Dieses Modell soll für die Eurostadt Guben-Gubin empfohlen und weiterverfolgt werden. Dafür

³⁰ <https://www.csp-dg.be/single-post/2018/06/29/Ein-Jahr-ohne-IZOM-Abkommen---Lösung-„ZOAST“---CSP-kämpft-weiter-für-ostbelgische-Patienten>

³¹ Thorsten Krings, Stefanie Fischer, eIZOM, eGCI und EHIC – Tipps und Hinweise für die richtige Abrechnung bei Patienten aus der Grenzregion und dem Ausland, Präsentation vom 24.10.2015 (https://www.ukaachen.de/fileadmin/files/global/dokumente/eGCI_eIZOM_UKA_Vortrag_241015_.pdf).

spricht vor allem, dass es auf deutscher Seite einen Leistungserbringer gibt, der imstande ist komplexe Gesundheitsdienstleistungen für die Gubener und Gubiner Einwohner*innen zu erbringen.

Die Umsetzung dieses Modells ist auf zwei Art und Weise denkbar: zum einen kann auf die Nutzung der Europäischen Gesundheitskarte (EKVK) zurückgegriffen werden, ohne das ein Vertrag zwischen der Naemi-Wilke-Stift und der polnischen Krankenversicherung abgeschlossen wird. Zweite Möglichkeit setzt dagegen den Abschluss des Leistungserbringungsvertrages durch polnische Krankenversicherung (NFZ) mit dem ausländischen Leistungserbringer (Naemi-Wilke-Stift) voraus.

a) **EKVK-Modell**

Dieses Modell setzt voraus, dass die Gubiner Einwohner*innen mit den Europäischen Gesundheitskarten ausgestattet werden.

Die Europäische Krankenversicherungskarte wird kostenlos für bis zu drei Jahre ausgestellt. Personen, die bei der NFZ versichert sind, haben Anspruch auf die EHIC. Jede versicherte Person, auch Kinder, kann über eine eigene Karte verfügen. Um eine EKVK zu erhalten, müssen für jede Person einzeln ein Antrag gestellt. Dem Antrag sind die Unterlagen beizufügen, die die Versicherung in der NFZ bestätigen (eigene, Familien- und andere Versicherung).

Der Antrag ist zu richten an eine von den beiden Stellen:

Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ ul. Podgórna 9b 65-057 Zielona Góra	Delegatura Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ul. Pionierów 8 66-400 Gorzów Wielkopolski
--	--

oder per E-Mail (die Dokumente müssen unterschrieben und eingescannt sein)

infoeuro@nfz-zielonagora.pl	delegatura-gorzow@nfz-zielonagora.pl
-----------------------------	--------------------------------------

Ferner ist zwischen den geplanten und ungeplanten Leistungen zu unterscheiden.

Im Falle der **ungeplanten** (ambulanten oder stationären) Leistungen erhält jede Person, die, die sich vorübergehend in Deutschland aufhält (z. B. zum Urlaub, zum Einkaufen, zum Studium oder auf der Durchreise in ein anderes Land usw.) medizinisch notwendige Behandlung. Notwendig sind die Leistungen, die aus der Sicht des behandelnden Arztes zur Gesundheitswiederherstellung oder Verhinderung der Gesundheitsverschlechterung unentbehrlich sind. Diese Personen erhalten von den deutschen Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken) die medizinischen Leistungen, die durch das öffentliche Gesundheitssystem in Deutschland erfasst werden (sog. gesetzlich gesicherte Leistungen).

Vorteil dieser Lösung ist, dass die Umsetzung ab sofort erfolgen kann und nur die Versorgung der Bevölkerung mit den EVKV voraussetzt. Der wesentliche Nachteil besteht aber darin, dass es nur für die Personen gilt, die sich vorübergehend in Deutschland aufhalten. Eine gezielte Reise nach Guben, um medizinische Leistungen zu erhalten, ist dann als geplante Leistung zu qualifizieren, die einer besonderen Behandlung unterliegt.

Eine Reise nach Deutschland für **ambulante** medizinische Leistungen (Zahnarzt, Augenarzt, Gynäkologe usw.) bedarf zwar in der Regel keiner vorherigen Genehmigung der polnischen Krankenversicherung (NFZ), aber bedarf einer ärztlichen Überweisung. Nach der Behandlung in Deutschland und der Bezahlung der Rechnung kann der Patient die Erstattung der Kosten für die Behandlung in Deutschland beantragen. Der NFZ erstattet die Behandlungskosten nach den in Polen geltenden Sätzen. Die Differenz zwischen den Kosten für die Behandlung in Deutschland und in Polen wird vom Patienten selbst getragen.

Eine geplante **Krankenhausbehandlung** im Ausland kann in der Regel nur nach vorheriger Zustimmung des Leiters der zuständigen Woiwodschaftsagentur des NFZ erfolgen. Für Personen mit Wohnsitz in der Woiwodschaft Lubuskie ist der Direktor der Woiwodschaftsagentur Lubuskie der NFZ zuständig.

Der Patient hat zunächst zu prüfen, ob die geplante Behandlung auf der Liste der Leistungen steht, die der vorherigen Zustimmung bedürfen (Verordnung des Gesundheitsministers über die Liste der Gesundheitsdienstleistungen, die der vorherigen Zustimmung des Direktors der regionalen Niederlassung des NFZ bedürfen).

Ist für die Leistung eine vorherige Genehmigung erforderlich, muss beim Direktor der Woiwodschaftsagentur Lubuskie der NFZ ein Antrag auf Genehmigung der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland gestellt werden.

Die Entscheidung über die Genehmigung der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland eine gebundene Entscheidung. Sie kann nur dann verweigern, wenn

- die medizinische Leistung keine garantierte Leistung in Polen ist oder
- die medizinische Leistung in Polen innerhalb einer wegen des Gesundheitszustandes zumutbaren Frist von einem Gesundheitsdienstleister erbracht werden kann, der einen Leistungserbringungsvertrag mit dem NFZ abgeschlossen hat, oder
- die medizinische Leistung ein erhebliches Risiko für die Gesundheit des Patienten darstellt, oder
- die medizinische Leistung ein nicht unerhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellt, oder
- ernsthafte Zweifel daran bestehen, dass ein deutscher Gesundheitsdienstleister (Arzt, Krankenhaus usw.) die in Deutschland geltenden Qualitäts- und Sicherheitsstandards einhält.

Die Kostenerstattung hängt hier davon ab, ob der Antrag auf Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen im Ausland auf Grundlage der Koordinationsverordnung 883/2004 oder der Patientenrechterichtlinie 2011/24/UE erteilt wird.

Im ersten Fall bekommt der polnische Patient die Behandlung im Krankenhaus im Ausland kostenlos. Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen dem deutschen Krankenhaus (über die deutsche Krankenkasse) und dem nationalen Gesundheitsfonds. Das NFZ übernimmt auch die Kosten für den Transport zum Behandlungsort.

Wird die Genehmigung auf Grundlage der Patientenrechterichtlinie erteilt, ist der Patient verpflichtet, die Krankenhausbehandlung in Deutschland selbst und direkt im Krankenhaus zu bezahlen. Nach der Rückkehr nach Polen kann der Patient einen Antrag auf Erstattung der Kosten für die Gesundheitsdienstleistungen, die als garantierte Leistungen im Hoheitsgebiet eines anderen EU-

Mitgliedstaats erbracht werden. Wurde dem Patienten eine Vorabgenehmigung für eine Behandlung in Deutschland erteilt, erstattet das NFZ die Behandlungskosten in der gleichen Höhe wie dies bei einer Behandlung in Polen der Fall wäre. Die Differenz zwischen den Behandlungskosten in Polen und in Deutschland wird vom Patienten selbst getragen.

In beiden Fällen trägt der Patient die Krankenhauspauschale in Höhe von 10 EUR pro Tag, die keiner Rückerstattung unterliegt.

b) Modell mit dem Leistungserbringungsvertrag

In diesem Modell werden die Gesundheitsdienstleistungen für polnische Versicherte durch Naemi-Wilke-Stift aufgrund eines entsprechenden Vertrages mit der polnischen Krankenversicherung erbracht. Dieser Lösung liegt daher zugrunde, dass Naemi-Wilke-Stift wie andere polnische Leistungserbringer behandelt wird, obwohl der Sitz des Leistungserbringers und der Ort der Leistungserbringung in Deutschland liegen.

Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die vom NFZ aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, erfolgt auf der Grundlage eines zwischen dem Gesundheitsdienstleister und dem NFZ geschlossenen Vertrags über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen (Art. 132 Gesetz über Leistungen der medizinischen Vorsorge³²).

Die Vertragsparteien sind NFZ und Einrichtungen, die medizinische Tätigkeiten ausüben (*podmioty wykonujące działalność leczniczą*). Nach Art. 2 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes vom 15.4.2011 über die medizinische Tätigkeit³³ können die medizinischen Einrichtungen auch Stiftungen und Vereinigungen sein, deren satzungsmäßiger Zweck die Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich des Gesundheitsschutzes ist und deren Satzung ihnen die Ausübung medizinischer Tätigkeiten gestattet. Naemi-Wilke-Stift ist Stiftung nach deutschem Recht, deren satzungsmäßiger Zweck der Unterhalt von einem Krankenhaus und anderer verschiedenen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge ist.³⁴

Problematisch ist nur, ob der ausländische Sitz der Naemi-Wilke-Stift dem Abschluss des Vertrages nach Art. 132 des Gesetzes über Leistungen der medizinischen Vorsorge entgegensteht. Zunächst ist zu betonen, dass das Gesetz vom 15.4.2011 über die medizinische Tätigkeit keine ausdrückliche Regelung zum Sitz der Einrichtungen, die die medizinischen Tätigkeiten erbringen enthält. Der Vorgänger des Gesetzes über die medizinische Tätigkeit bestimmte in Art. 8 ausdrücklich, dass medizinische Einrichtung „auch von einer Gewerkschaft, einer beruflichen Selbstverwaltung, einem Arbeitgeber, einer Gesellschaft ohne Rechtspersönlichkeit und einer anderen in- oder ausländischen juristischen oder natürlichen Person gegründet werden“ konnte.³⁵ Vor dem Hintergrund der Dienstleistungsfreiheit³⁶ ist davon auszugehen, dass auch ausländische Unternehmen, Stiftungen und Vereinigungen die Dienstleistungsverträge nach Art. 132 des Gesetzes über Leistungen der

³² Vom 27.08.2004 (in der Fassung der Bekanntmachung vom 14.7.2021 GBl. 2021 Nr. 1285).

³³ In der Fassung der Bekanntmachung vom 16.4.2021 (GBl. 2021 Nr. 711).

³⁴ <https://www.naemi-wilke-stift.de>

³⁵ Gesetz vom 30. August 1991 über die Einrichtungen des Gesundheitswesens (außer Kraft).

³⁶ Siehe oben Teil 1. I. 2. a) (S. 5).

Gesundheitsvorsorge erbringen können.

Der Vertrag ist erst nach der Durchführung des gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrens abzuschließen. In der Rechtsprechung des Obersten Verwaltungsgerichts und der Verwaltungsgerichte wird davon ausgegangen, dass alle Verfahrensschritte, die dem Abschluss von Verträgen über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit dem NFZ vorausgehen, nach zivilrechtlichen Grundsätzen gestaltet sind und nicht den Vorschriften des Verwaltungsverfahrens unterliegen.³⁷ Auch diese zivilrechtliche Ausgestaltung des Verfahrens spricht für die Möglichkeit der Beteiligung ausländischer Einrichtungen am Verfahren, da das Zivilrecht im Gegensatz zum Verwaltungsrecht in der Regel abdingbare Regelungen (ius dispositivum) enthält. Die daraus resultierende Vertragsfreiheit bedarf einer ausdrücklichen Einschränkung in Bezug auf die Vertragspartner, die sich hier weder aus dem Gesetz über Leistungen der Gesundheitsvorsorge noch aus dem Gesetz über die medizinische Tätigkeit ergibt.

Dieser Auslegung stehen nicht die Vorschriften über die Erbringung von Leistungen der Gesundheitsfürsorge außerhalb des Landes entgegen (Art. 42a ff. des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge). Diese Vorschriften gelten für Patienten, die die Leistungen von den Dienstleistungserbringer erhalten, die keinen Vertrag mit der polnischen Krankenversicherung abgeschlossen haben.

Zu beachten ist aber, dass der Vertrag zu den Kostensätzen geschlossen wird, die in Polen für die Leistungen gelten.

c) Notfälle

Werden medizinische Notleistungen von einem Leistungserbringer erbracht, der keinen Vertrag über die Gesundheitsversorgung abgeschlossen hat, hat der Patient Anspruch auf diese Leistungen im erforderlichen Umfang (Art. 19 Abs. 2 des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge). Der Leistungserbringer, der keinen Vertrag über die Gesundheitsversorgung abgeschlossen hat, hat Anspruch auf eine Vergütung für Gesundheitsdienstleistungen, die einem Patienten in einem Notfall erbracht werden (Art. 19 Abs. 4 des Gesetzes über Leistungen der Gesundheitsvorsorge).

Damit kann die Naemi-Wilke-Stift die Rückerstattungsansprüche gegen die polnische Krankenversicherung wegen der erbrachten Leistungen in Notfällen geltend machen.

Voraussetzung für die Rückerstattung ist, dass der Patient aufgrund medizinischer Lage nicht zu dem Gesundheitsdienstleister, der einen solchen Vertrag hat, gefördert werden kann.

Die Höhe der Kosten beschränkt sich auf die Höhe von Kosten, die der BFZ an die Leistungserbringer zahlt, mit denen er die Dienstleistungsverträge abgeschlossen hat.

d) Empfehlung

Diese Lösung sollte auch weiterverfolgt werden, weil sie den Zweck der Sicherstellung des Angebotes für die Eurostadt Gubin-Guben verfolgt. Darüber hinaus werden die besten Synergieeffekte erreicht, da bei einem Dienstleistungserbringer alle Leistungen angedockt werden. Ferner können damit die Kosten erspart werden, da nur ein Krankenhaus für die Eurostadt unterhalten werden muss.

³⁷ A. Pietraszewska-Macheta [in:] E. Fryźlewicz-Chrapisińska, I. Kowalska-Mańkowska, A. Sidorko, K. Urban, A. Pietraszewska-Macheta (Hrsg.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, Warszawa 2018, art. 132.

III. Institutionalisierte Kooperation

1. Allgemeine Informationen

Institutionalisierte Kooperation zeichnet sich durch die Errichtung einer grenzüberschreitenden Einrichtung aus, die im Auftrag von zuständigen Stellen aus mindestens zwei Mitgliedstaaten die Gesundheitsdienstleistungen für die Bevölkerung des Grenzgebietes erbringt und sich direkt mit den Auftraggebern abrechnet. Es handelt sich daher um eine gemeinsame Einrichtung, die Patienten aus mehreren Staaten behandelt, als ob sie in einem Mitgliedstaat (in der Regel im Sitzstaat der Einrichtung) versichert wären.

2. Beispiele

a. Krankenhaus Cerdanya (FR-ES)

Zu den bekanntesten Beispielen für eine verstetigte Zusammenarbeit gehört das Krankenhaus in Cerdanya in Spanien (Katalonien), an der Grenze zu Frankreich.



Das Krankenhaus behandelt Patienten aus drei Provinzen in Pyrenäen mit insgesamt 1.340 km² und 33.000 Einwohnern an der spanisch-französischen Grenze (Karte: Google maps).

Das Leistungsspektrum umfasst Leistungen im Bereich der Notfallmedizin, Anästhesiologie, der allgemeinen Chirurgie, Orthopädie- und Traumatologie-Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie und

Neonatalogie, der inneren Medizin und psychischer Gesundheit an. Das Krankenhaus verfügt über 64 Betten, 32 Zimmer, 3 Operationssäle und einen Geburtsraum und zusätzliche Mehrzweckanlagen.³⁸



Träger des Krankenhauses Cerdanya ist der Europäische Verbund für territoriale Zusammenarbeit (EVTZ) Cerdanya. Die Mitglieder des Verbundes sind Ministerium für Gesundheit und Solidarität und Regionale Krankenhausagentur Languedoc Roussillon (F) sowie Rat von Puigcerdà, Kreisrat von Cerdanya, Gesundheitsministerium von Katalonien, Katalanische Gesundheitsvorsorge Service und Spanisches Gesundheitsministerium (ES). Die rechtlichen Grundlagen sind im Vertrag vom 26.4.2010 über die Errichtung des EVTZ Krankenhaus Cerdanya sowie in der EVTZ-Übereinkunft und EVTZ-Satzung enthalten.

³⁸ <https://ec.europa.eu/futurium/en/blog/cerdanya-hospital>

Die Baukosten (31 Mio. EUR) stammten zu 60% aus den EFRE-Mitteln des ETZ-Programmes Spain-France-Andorra (POCTEFA) 2007-2013 und zu 40% aus den nationalen Haushalten, wobei hier die Aufteilung gilt, dass 60% von Katalonien und 40% von Frankreich getragen werden. Der EVTZ verfügt über den jährlichen Haushalt in Höhe von 20 Mio. EUR und hat ca. 200 Eingestellte. Das Krankenhaus hat den Betrieb 2014 aufgenommen.



Grundsätzlich gilt im Krankenhaus das Recht des Sitzstaates also das spanische/katalonische Recht. Es gilt insbesondere für solche Fragestellungen wie Behandlungsverfahren, Dokumentationserstellung und -aufbewahrung, Datenschutz etc. Im Fall von EVTZ Cerdanya haben aber die Mitglieder für einige Fälle das "strengere" Recht vereinbart.³⁹

https://fr.wikipedia.org/wiki/GECT_Hôpital_de_Cerdagne#/media/File:Hôpital_transfrontier_de_la_Cerdanya.jpg

Die Grundlage für die Rechtswahl bietet hier Art.

8 Abs. 2 lit. j) EVTZ-VO. Danach können die Mitglieder u.a. die anzuwendenden nationalen Rechtsvorschriften bestimmen, die direkten Bezug zu den Tätigkeiten des EVTZ haben, welche im Rahmen der in der Übereinkunft festgelegten Aufgaben ausgeführt werden. Nach der hier vertretenen Auffassung erlaubt die genannte Regelung die Rechtswahl in Bezug auf die dort genannten Aspekte.

Der unmittelbare Mehrwert des Krankenhauses besteht darin, dass es der französischen Bevölkerung den Zugang zu spezialisierter Gesundheitsversorgung bietet. Vor der Errichtung des Krankenhauses war eine Reise nach Perpignan (105 km) notwendig, um Zugang zu spezialisierter Versorgung erhalten zu können. Die Existenz des grenzüberschreitenden Krankenhauses fördert ferner die Kooperation in den Bereichen Forschung und Innovation, Beschäftigung und Mobilität sowie soziale Integration. Des Weiteren hat das Krankenhaus wesentlich zur Beschäftigungsentwicklung in der Grenzregion beigetragen, indem es junge Fachkräfte, insbesondere in den Bereichen Pflege und Gesundheitswesen, in der Grenzregion anhielt bzw. anzog.

b. Europaklinik Braunau-Simbach (DE-AT)

Im deutschsprachigen Raum war auch die Errichtung einer gemeinsamen Klinik für das deutsch-österreichische Grenzgebiet Braunau-Simbach.⁴⁰ Das Projekt wurde aber eingestellt und wird aktuell nicht mehr verfolgt.⁴¹

3. Eignung der Institutionalisierung für die Europastadt Guben-Gubin

Diese Lösung könnte auch zur Herstellung eines Angebotes für die gesamte Bevölkerung der Eurostadt Guben-Gubin beitragen. Es sind hier folgende Alternativen denkbar:

³⁹ José Miguel Sanjuán, Joan Gil in: Irene A. Glinos, Matthias Wismar (Hrsg.), Hospital and Borders. Seven case studies on cross-border collaboration and health system interactions, 2013, S. 155-179 (S. 171).

⁴⁰ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 85-95.

⁴¹ <https://www.uns-in-simbach.de/news/grenzenlose-gesundheitsversorgung/>

- 1) Gründung eines EVTZ als gemeinsamer Träger für eine Gesundheitseinrichtung für die Eurostadt Guben-Gubin oder
- 2) Gründung durch Naemi-Wilke-Stift einer GmbH/AG in Polen zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung auf polnischer Seite.

a. EVTZ

Mitglied des EVTZ dürfen nur die Einrichtungen sein, welche in Art. 3 EVTZ-VO abschließend genannt worden sind. Daraus folgt, dass die Gründung eines EVTZ durch private Einrichtungen nicht zulässig ist. Als Mitglieder einer gemeinsamen Gesundheitseinrichtung in Form des EVTZ kommen daher die Stellen, die nach nationalem Recht für die Angelegenheiten der (stationären) Gesundheitsfürsorge zuständig sind. Nach polnischem Recht sind dies: der Fiskus, lokale und regionale Gebietskörperschaften (Wojewodschaften, Landkreise und Gemeinden) sowie medizinische Hochschulen (vgl. Art. 6).

In Brandenburg ist die Sicherstellung der Krankenversorgung in Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe des Landes, der Landkreise und der kreisfreien Städte (§ 1 Abs. 2 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz). Diese Aufgaben erfüllen die Landkreise und kreisfreien Städte als Aufgabe der Selbstverwaltung, indem sie eigene Krankenhäuser errichten und betreiben (§ 1 Abs. 3 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz).

Das Krankenhaus in Guben befindet sich aber in der Trägerschaft der Kirchlichen Stiftung in der Selbstständigen Ev.-Luth. Kirche. Damit kann sie kein Mitglied eines EVTZ sein.

Somit scheidet der EVTZ als Träger der gemeinsamen Einrichtung für die Gesundheitsvorsorge in der Eurostadt Guben-Gubin aus.

b. Gründung einer Gesellschaft zum Betrieb einer Gesundheitseinrichtung in Gubin

Eine alternative Lösung könnte darin bestehen, dass die Naemi-Wilke-Stift in Gubin eine eigene Einrichtung gründet, die als Dienstleistungserbringer den Vertrag zur Dienstleistungserbringung mit der polnischen Krankenversicherung abschließt und die Dienstleistungen für polnische Versicherte in Gubin leistet.

Nach den bereits oben Gesagten steht es nichts dem entgegen, dass eine ausländische Stiftung in Polen eine Gesundheitseinrichtung gründet, die anschließend in Polen die Leistungen der Gesundheitsvorsorge erbringt.⁴²

Zu prüfen wäre, inwieweit die Naemi-Wilke-Stift als Kirchliche Stiftung in der Selbstständigen Ev.-Luth. Kirche nach ihren internen Vorschriften sowie nach deutschem Recht berechtigt ist, im Ausland die Einrichtungen (wie Gesellschaften, Stiftungen etc.) zu gründen.

IV. Fazit

Insgesamt ist festzustellen, dass es in der EU zahlreiche Beispiele für die erfolgreiche grenzüberschreitende Gesundheitsprojekte gibt. Es gibt aber auch Versuche, die an den nicht überwindbaren Hindernissen gescheitert sind.

Die Intensivität der Kooperation erreicht unterschiedlichen Grad: von der Koordination der

⁴² Siehe oben Teil 2. II. 3. b) (S. 25).

Zusammenarbeit, über die Leistungserbringung für Patienten aus dem Ausland bis zur Errichtung von gemeinsam getragenen Gesundheitseinrichtungen.

Die Projekte haben das Ziel der Sicherstellung eines bedarfsgerechten und gleichwertigen Zugangs zu Gesundheitseinrichtungen für die Bevölkerung von jenseits der Grenze. Sie schließen damit die Lücken, die für die Bevölkerung in den Grenzgebieten als peripheren Regionen des jeweiligen Staates bestehen. Da die Gesundheitseinrichtungen in der Regel nur auf einer Seite der Grenze verfügbar sind, kann ein verbesserter Zugang für die Bevölkerung aus dem Nachbarland sowohl die Erreichbarkeit der Gesundheitsvorsorge nur durch Kooperation über die Grenzen hinaus gesichert werden.

Aus der gemeinsamen Nutzung von Angeboten der Gesundheitsvorsorge ergeben sich auch die win-win-Situationen für die Einrichtungen selbst, indem entsprechende Auslastung einer Einrichtung und damit die Finanzierung gesichert werden.

Im Allgemeinen bieten die Kooperationen für die beteiligten Partner und damit für die Grenzgebiete viele wirtschaftliche, politische, soziale und kulturelle Entwicklungsmöglichkeiten an.⁴³

Ferner rücken solche Vorteile in den Vordergrund wie:

- a. optimaler Einsatz vorhandener Ressourcen,
- b. bessere Auslastung von Einrichtungen durch koordinierte, abgestimmte und komplementäre Gesundheitsdienstleistungen,
- c. die Nutzung von Synergien zur optimalen Gesundheitsversorgung in der Eurostadt Guben-Gubin,
- d. Modernisierung und Ausbau der vorhandenen Infrastruktur der Gesundheitsvorsorge.

Teil 3. Handlungsempfehlungen

Aus den zwei Teilen der vorliegenden Expertise ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

1. Aus dem Unionsrecht ergeben sich keine direkten Regelungen, die die grenzüberschreitende Zusammenarbeit von Gesundheitseinrichtungen aus Deutschland und Polen regeln;
2. Die nationalen Regelungen aus Deutschland und Polen erlauben die grenzüberschreitende Kooperation nur beschränktem Maß.
3. Aus den oben untersuchten Konstellationen zu empfehlen sind
 - a. der Abschluss eines direkten Vertrages zwischen der Naemi-Wilke-Stift und polnischer Krankenversicherung (NFZ) über die Erbringung von Gesundheitsleistungen für polnische Versicherte aus Gubin oder
 - b. Gründung durch die Naemi-Wilke-Stift in Gubin einer Gesundheitseinrichtung, die mit dem NFZ einen Vertrag über die Erbringung von Gesundheitsleistungen abschließt und ausschließlich polnische Versicherte in Gubin versorgt.

⁴³ R. Burger, M. Wieland (Hrsg.), Healthacross Report I. Handlungsleitfäden für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung, 2010, S. 84.