

Opieka zdrowotna na terenach przygranicznych
– specyfika, wyzwania, perspektywy

Keine grenze

Wprowadzanie ram organizacyjno-prawnych transgranicznej współpracy w zakresie opieki zdrowotnej jest procesem długim i kompleksowym, gdyż obejmuje uregulowanie problemów kulturowych, językowych, administracyjnych i proceduralnych. W związku z tym wymaga zaangażowania wielu instytucji po obu stronach granicy.

Jednocześnie to właśnie trudności związane z organizacją opieki oraz dążenie do optymalizacji wydatków na służbę zdrowia i do zapewnienia mieszkańcom tych terenów dostępu do świadczeń zdrowotnych odpowiedniej jakości przyczyniają się do nawiązania tego typu współpracy na terenach przygranicznych i uregulowania jej zasad.

Swobodny przepływ

Europa, otwierając swoje granice, wspierała wolny przepływ towarów, usług i osób. Tymczasem w dziedzinie ochrony zdrowia zasady świadczenia usług i przepływu pacjentów nie były i nie są oczywiste, świadczą o tym chociażby prace nad dyrektywą o pra-

wach pacjenta w opiece transgranicznej. Nie powinno to dziwić, zważywszy, że kwestie organizacji opieki zdrowotnej należą do kompetencji państw członkowskich Unii Europejskiej, a poszczególne systemy różnią się od siebie.

Mimo to lokalne władze i instytucje opieki zdrowotnej już dawno rozwijały współpracę w zakresie organizacji opieki zdrowotnej dla mieszkańców terenów przygranicznych, widząc jej konieczność, nieuchronność i korzyści z niej płynące. Nie sposób nie zauważyć, że sprzyjało temu organizowanie euroregionów na terenach przygranicznych oraz możliwość finansowania z funduszy rozwoju regionalnego.

Nad Renem i w Pirenejach

Dobre przykłady i wzorce organizacji opieki zdrowotnej dla mieszkańców terenów przygranicznych znajdujemy w całej Europie, na przykład w obejmującym Belgię, Niemcy i Holandię euroregionie Moza-Ren, w euroregionie Sarr-Lor-Lux-Rhin, w szczególności w zakresie współpracy pomiędzy Niemcami i Francją, w euroregionie Langwedocja-Roussillon/Midi-Pyrénées/Katalonia w zakresie współpracy pomiędzy Francją i Hiszpanią.

Presja samorządów

Cieszy fakt, że na polskich terenach przygranicznych również zaczęto realizować projekty dotyczące współpracy w zakresie ratownictwa medycznego, np. w euroregionie Nysa pomiędzy Polską i Czechami, czy współpracy pomiędzy szpitalami na terenach przygranicznych na wschodzie.

Wydaje się, że władze lokalne są bardziej świadome konieczności uregulowania współpracy w zakresie ratownictwa medycznego (na razie mniej – w zakresie współpracy pomiędzy szpitalami) na tych specyficznych terenach i korzyści, które z niej wynikają, niż administracja w Warszawie.

Nie ma w tym nic dziwnego, gdyż podobnie proces ten przebiegał w innych krajach, gdzie najpierw rozpoczynano współpracę na poziomie lokalnym, aby później nadać jej ramy prawne, a tym samym ułatwić czy standaryzować współpracę lokalną dzięki rozwiązaniom przyjętym na poziomie krajowym.

Niekończące się negocjacje

Prace nad polsko-niemiecką umową ramową o współpracy w ratownictwie medycznym trwają od dwóch lat i ich końca nie widać, dlatego warto się zastanowić nad istotą współpracy transgranicznej w zakresie opieki zdrowotnej, w tym ratownictwa medycznego, i przeanalizować rozwiązania krajów, które taką współpracę od lat z sukcesem prowadzą. Wydaje się to użyteczne w celu zapewnienia mieszkańcom opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości oraz efektywnego zarządzania bazą szpitalną, zwłaszcza gdyby została przyjęta dyrektywa o prawach pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Niemcy, zwracając się do Polski z propozycją zawarcia takiej umowy, inspirowali się rozwiązaniami wypracowanymi wcześniej we współpracy z innymi krajami sąsiednimi.

Niemcy i Francuzi

Na pograniczu francusko-niemieckim szpitale już kilkanaście lat temu czyniły starania o współpracę. Przykładem były wysiłki centrum szpitalnego Wissembourg znajdującego się na północy regionu Bas-Rhin. Działania te nie były łatwe, nie ułatwiała ich też sytuacja lokalna. Nowym impulsem do rozwijania współpracy stało się podpisanie umowy ramowej o transgranicznej współpracy sanitarnej pomiędzy Francją i Niemcami w lipcu 2005 r. Umowa ta była wtórna w stosunku do wcześniej podjętych działań lokalnych, mimo to ważna, gdyż nadała ramy prawne wszelkim działaniom podejmowanym w tym zakresie na terenach przygranicznych.

„ Dążenie do optymalizacji wydatków na służbę zdrowia wymusza współpracę transgraniczną ”

Zasady współpracy pomiędzy Francją i Niemcami zostały określone na trzech poziomach:

- 1) **rządowym** – w formie umowy pomiędzy rządami Republiki Federalnej Niemiec i Republiki Francuskiej o transgranicznej współpracy sanitarnej z 22 lipca 2005 r.¹,
- 2) **ministerialnym** – w formie porozumienia administracyjnego pomiędzy ministrem federalnym zdrowia Republiki Federalnej Niemiec i ministrem zdrowia i solidarności Republiki Francuskiej dotyczącego sposobu realizacji umowy ramowej z 22 lipca 2005 r. o transgranicznej współpracy sanitarnej z 9 marca 2006 r.²,
- 3) **regionalnym**:
 - a) konwencja pomiędzy dyrektorem Agencji Regionalnej Szpitalnictwa Lorraine i Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Sportu Landu Sary w sprawie transgranicznego ratownictwa medycznego z 11 czerwca 2008 r.,
 - b) konwencja o transgranicznej współpracy w zakresie ratownictwa medycznego w Alzacji oraz Badenii-Wirtembergii z 10 lutego 2009 r. wraz z aneksem dotyczącym zasad rozliczeń finansowych,
 - c) konwencja o transgranicznej współpracy w zakresie ratownictwa medycznego w Alzacji oraz Nadrenii-Palatynacie z 10 lutego 2009 r.,

„ Europa, otwierając swoje granice, wspierała wolny przepływ towarów, usług i osób „

- d) konwencja o transgranicznej współpracy w zakresie poparzeń pomiędzy Alzacją i Centrum Poparzeń BG – Unfallklinik Ludwigshafen z 10 lutego 2009 r. zmieniająca konwencję z 11 kwietnia 2005 r.

Poziom rządowy

Podpisana w 2005 r. umowa francusko-niemiecka o transgranicznej współpracy sanitarnej dotyczy wszystkich dziedzin ochrony zdrowia, w tym ratownictwa medycznego. Obejmuje po stronie niemieckiej Badenię-Wirtembergię, Nadrenię-Palatynat i Sarę, a po francuskiej Alzację i Lorraine.

Podpisywaniu umowy przyświecały następujące cele: zapewnienie maksymalnie szybkich usług ratownictwa medycznego poprzez możliwość wezwania ekip ratunkowych znajdujących się najbliżej, bez uwzględniania granic narodowych; zapewnienie mieszkańcom lepszego dostępu do opieki zdrowotnej wysokiej jakości oraz stałego, nieprzerwanego dostę-

„ We wszystkich krajach UE najpierw rozpoczynano współpracę na poziomie lokalnym, a dopiero później nadawano jej określone ramy prawne „

pu do świadczeń zdrowotnych; optymalizacja wykorzystania bazy leczniczej i oferty świadczeń zdrowotnych poprzez odpowiednie rozmieszczenie i wykorzystywanie zasobów kadrowych po obu stronach granicy, zachęcanie do wymiany wiedzy i kompetencji, a także dobrych praktyk kadry medycznej. Umowa dotyczy każdego ubezpieczonego mieszkającego na stałe lub przebywającego tymczasowo w strefie nadgranicznej.


Umowa ramowa zawiera postanowienia zwalniające pracowników ratownictwa medycznego z obowiązku uzyskania zezwoleń na wykonywanie zawodu i obowiązku przynależności do izby zawodowej w kraju sąsiednim. Jednocześnie, co jest ważne w takich

sytuacjach, zwiększa zakres ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej tych osób o akty wykonywane w ramach czynności transgranicznych.

Poziom ministerialny

Podpisane w 2006 r. porozumienie administracyjne na poziomie ministerialnym ustala sposób realizacji postanowień umowy ramowej. Wskazuje ono instytucje upoważnione do zawarcia konwencji w regionach: po stronie niemieckiej na poziomie landów – kompetentne ministerstwa, po stronie francuskiej – dyrekcje regionalne lub departamenty ds. sanitarnych i socjalnych (DRASS lub DDASS), agencje regionalne szpitalnictwa (ARH) i unie regionalne kas ubezpieczeń zdrowotnych (URCAM). Określa ono zakres tematów do uregulowania w konwencjach zawieranych na poziomie lokalnym, w szczególności:

- transgraniczne działania personelu medycznego (warunki mobilności pracowników, forma i czas pracy, warunki uczestniczenia w ostrym dyżurze szpitalnym, warunki tymczasowego wykonywania zawodu);
- organizacja ratownictwa medycznego i transportu chorych (warunki interwencji dla udzielenia pierwszej pomocy; miejsce hospitalizacji pacjentów w zależności od miejsca interwencji, patologii, zaplecza technicznego szpitala; zasady transportu pacjenta z miejsca zdarzenia do najbliższego miejsca opieki; koordynacja środków komunikacji; sposób kontaktu z centrum regulacji telefonów alarmowych; sposoby interwencji ekipy odpowiadającej na telefon alarmowy; sposoby interwencji poza ratownictwem medycznym w zależności od odległości od struktur opieki i dyspozycyjności ich ekip);
- gwarancja ciągłości opieki, w tym w szczególności przyjmowania i udzielania pacjentom informacji dotyczących koordynacji dostępu do opieki, transportu sanitarnego, warunków wyjścia z ośrodka zdrowia, warunków fakturowania kosztów udzielonych świadczeń i zasad ich refundacji, przekazywania dokumentacji medycznej, karty leczenia itd., książeczki przyjęcia w dwóch językach;
- kryteria oceny i kontroli bezpieczeństwa opieki (instrumenty polityki jakościowej dla oceny ryzyka dotyczącego w szczególności: zasad ostrożności, dystrybucji leków, transfuzji krwi, anestezji, infekcji szpitalnych, aktualizacji kompetencji personelu medycznego, leczenia bólu);
- sposoby rozliczeń finansowych (wprowadzenie zasady pokrywania kosztów przez instytucję kompetentną, udział trzeciego płatnika w wypadku uzupełniających dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych). Regulowanie płatności za świadczenia odbywa się, w zależności od sytuacji, według trzech schematów:
 - na podstawie taryf miejsca świadczenia w ramach rozporządzenia w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, gdy ubezpieczony

An illustration showing two men walking on a globe. The man on the left is wearing a brown coat and a hat, carrying two suitcases. The man on the right is wearing a blue coat and a cap, also carrying two suitcases. The globe is tilted, and the background is a warm, orange-brown color.

„ Władze lokalne polskich terenów przygranicznych są świadome konieczności uregulowania współpracy w zakresie ratownictwa medycznego i korzyści, jakie z niej wynikają „

może okazać wspólnotowy dokument potwierdzający prawo do opieki zdrowotnej,

- na podstawie taryf kraju pochodzenia w ramach pokrycia kosztów zgodnie z orzecznictwem Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich w sprawie swobody świadczenia usług i wolnego przepływu towarów w zakresie zdrowia,
- na podstawie taryf specjalnych negocjowanych pomiędzy stronami konwencji o współpracy sanitarnej, zatwierdzonych przez krajowe instytucje kompetentne.

Zawarte wcześniej umowy o współpracy musiały zostać dostosowane do wyżej omówionej umowy ramowej oraz porozumienia administracyjnego.

Poziom regionalny

W celu realizacji umowy instytucje systemu opieki zdrowotnej francuskie (Alzacji i Lorraine) oraz niemieckie (Badenii-Wirtembergii, Nadrenii-Palatynatu i Sary) zostały upoważnione do zawarcia konwencji o transgranicznym ratownictwie medycznym, mających uwzględniać specyfikę miejscowej sytuacji przy ustalaniu zakresu współpracy. Konwencje przewidują szczegółowe zasady organizacji ratownictwa medycznego i transportu chorych, działań granicznych kadry medycznej i procedury finansowe. Czytamy w nich, że interwencje ratownictwa medycznego mają na celu zapewnienie pierwszej pomocy potrzebującym i dowóz pacjenta do najwłaściwszego ze względu na stan jego zdrowia szpitala, w którym zostanie mu udzielona odpowiednia pomoc medyczna. Może to nastąpić w trzech wypadkach:

- gdy ekipa ratownicza odpowiada na wezwanie z terytorium, którego identyfikacja geograficzna nie jest pewna (po przyjechaniu na miejsce informuje służby kraju właściwego; odpowiedzialny ekipy przyjeżdżającej na miejsce kieruje działaniami i decyduje o najszybciej dostępnym miejscu ewakuacji, najbardziej odpowiednim dla pacjenta, ocenia także konieczność zastosowania środków dodatkowych; centra przyjmowania telefonów informują się o przebiegu interwencji aż do jej zakończenia),

- gdy ekipa niemiecka interweniuje we Francji na prośbę strony francuskiej (w zależności od szybkości interwencji i dyspozycyjności ekipy niemieckiej),
- gdy ekipa francuska interweniuje na terytorium niemieckim na prośbę strony niemieckiej.

Dyrekcje ratownictwa po obu stronach granicy połączone są odpowiednim sprzętem telekomunikacyjnym zapewniającym łączność i umożliwiającym natychmiastową interwencję. Samochody ratunkowe zachowują właściwe danemu państwu oznaczenia. Lista wyposażenia i oznaczeń samochodów jest podawana do wiadomości drugiej strony konwencji.

Ekipa ratunkowa musi przestrzegać kodeksu drogowego kraju interwencji, w tym w zakresie używanych sygnałów świetlnych i dźwiękowych, oraz dokonywać tylko tych czynności, do których jest uprawniona w swoim kraju.

O wyborze miejsca hospitalizacji – położonego najbliżej miejsca interwencji, dysponującego odpowiednim zapleczem technicznym – decyduje stan pacjenta. W wypadku zdarzenia we Francji pacjent może sugerować miejsce hospitalizacji w zależności od możliwości. W Niemczech ekipa sama podejmuje decyzje o skierowaniu do najbliższego ośrodka.

W celu ułatwienia kontaktów dyrekcje niemieckie i francuskie organizują wspólne szkolenia i wymiany personelu. W odrębnej liście ustala się strefy interwencji. Kwestie dotyczące rozliczania kosztów finansowych także regulują odrębne przepisy. Nad stosowaniem i oceną porozumienia czuwa komitet pilotażowy. Teksty wymienionych trzech konwencji w tym zakresie są praktycznie identyczne.



„ Umowa francusko-niemiecka zwalnia pracowników ratownictwa medycznego z obowiązku uzyskania zezwoleń na wykonywanie zawodu i obowiązku przynależności do izby zawodowej w kraju sąsiednim „

Warto zwrócić jeszcze uwagę na zapisy na temat fakturowania i płatności za transport pacjentów zawarte w aneksie dotyczącym zasad rozliczeń finansowych konwencji o transgranicznej współpracy w zakresie ratownictwa medycznego w Alzacji oraz Badenii-Wirtembergii z 10 lutego 2009 r. Stosuje się je w następujących wypadkach:

- interwencja francuskiej karetki czy helikoptera ratownictwa medycznego na terytorium niemieckim w celu ratowania osoby ubezpieczonej w Niemczech i ewentualny transport do najbliższego szpitala mającego odpowiednie zaplecze, ze względu na stan zdrowia pacjenta;
- interwencja służby ratownictwa medycznego niemieckiego na terytorium francuskim w celu ratowania osoby ubezpieczonej we Francji i ewentualny

transport do najbliższego szpitala mającego odpowiednie zaplecze, ze względu na stan zdrowia pacjenta.

Na przykład koszt interwencji francuskiego alzackiego SMUR (mobilnego serwisu ratownictwa i reanimacji) nalicza się za każde rozpoczęte 30 minut interwencji – każde 30 minut to 399 euro (wg stanu na 31 grudnia 2008 r.), natomiast interwencja medycznego helikoptera francuskiego jest fakturowana od minuty: minuta kosztuje 77 euro.

Taryfy niemieckiego ratownictwa Badenii-Wirtembergii zależą od sektora interwencji, co obrazuje tabela 1.

Koszt interwencji medycznego helikoptera niemieckiego, podobnie jak francuskiego, jest fakturowany od minuty: minuta kosztuje 42,50 euro. Do tego dochodzi ryczałtowy koszt za pracę lekarza, za czas interwencji – 104,00 euro.

Umowa ramowa o transgranicznej współpracy sanitarnej umożliwiła pacjentom francusko-niemieckich terytoriów przygranicznych dostęp do opieki wysokiej jakości w pobliżu miejsca zamieszkania zarówno w zakresie ratownictwa medycznego, jak i opieki planowanej czy długoterminowej.

Współpraca między szpitalami

Oprócz ratownictwa medycznego warto się również przyjrzeć doświadczeniom krajów europejskich w zakresie transgranicznej współpracy pomiędzy szpitalami. Może przy planowaniu nowych inwestycji należałoby wziąć pod uwagę specjalizację ośrodków przygranicznych i nie dublować struktur, a tak ułożyć zasady współpracy, aby w szczególności po wdrożeniu do porządku prawnego dyrektywy o ochronie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej (co nastąpi za kilka lat, jeśli proces legislacyjny dobiegnie końca) zapobiec odpływowi mieszkańców terenów przygranicznych do ośrodków zdrowia po drugiej stronie polskiej granicy. Ze względu na specyfikę terenów przygranicznych wydaje się, że można temu zapobiec poprzez uwzględnianie istniejącego już kraj-

Tabela 1. Taryfy niemieckiego ratownictwa Badenii-Wirtembergii

Typ działań	Cena (euro)				
	Mittelbaden	Ortenaukreis	Emmendingen	Freiburg/Breisgau Hochschwarzwald	Lorrach
RTW/NAW	326,67	305,00	359,47	432,19	262,00
NEF	314,60	229,00	245,24	187,27	212,00
NA	150,00	232,58	206,38	179,62	187,23
VEL	16,30	19,94	14,93	17,41	18,35

RTW/NAW – interwencja pojazdów ratownictwa medycznego oraz lekarza

NEF – interwencja pojazdów lekarza pogotowia

NA – interwencja lekarza pogotowia

VEL – połączenie z serwisami centralnymi

obrazu szpitalnego na tych terenach, specjalizację i ewentualnie planowanie wspólnych inwestycji.

Przykład takich działań znajdujemy na granicy francusko-niemieckiej oraz na granicy francusko-hispańskiej. Do tej pory ustalano tam zasady współpracy pomiędzy szpitalami, mając na uwadze specjalizacje szpitali i uzupełnianie oferty świadczeń. Ostatnio rozpoczęła się natomiast – można zaryzykować stwierdzenie – nowa era planowania organizacji opieki zdrowotnej dla mieszkańców terenów przygranicznych.

Pierwszy wspólny szpital

Tezę tę potwierdza budowa pierwszego w Europie szpitala transgranicznego w Puigcerdá – Hôpital de Cerdagne. Wspólna inwestycja Francuzów i Hiszpanów wpisuje się w działania użyteczne, efektywne, skuteczne, a dzięki temu w lepsze zarządzanie i wydatkowanie pieniędzy. Nie można by tego osiągnąć bez prowadzenia wspólnych inwestycji szpitalnych i rozwijania współpracy w zakresie organizacji opieki zdrowotnej na terenie granicznym. Budowa szpitala wpisuje się także w reformę organizacji szpitalnictwa, o której pisałam w *Menedżerze Zdrowia* nr 5/2010, mającą na celu promowanie projektów terytorialnych, reorganizację terytorialną organizacji szpitalnictwa, aby zapewnić pacjentom jak najlepszy dostęp do świadczeń odpowiedniej jakości.

Budowa pierwszego w Europie szpitala transgranicznego przez dwa państwa realizowana jest w ramach innowacyjnego projektu Europejskiego Zgrupowania Współpracy Terytorialnej Szpitala Cerdagne (Groupement Européen de Coopération Territoriale de l'Hôpital de Cerdagne – GECT-HC)³. Porozumienie konstytuujące podpisane zostało 26 kwietnia 2010 r. przez francuską minister zdrowia i sportu, ministra zdrowia i polityki społecznej rządu hiszpańskiego i prezydenta Katalonii. Prace nad projektem prowadzono od 2003 r. Określone są zasady finansowania, zdefiniowane ramy prawne współpracy, przepływy pacjentów i zasady udzielania im świadczeń, zasady wykonywania zawodu przez personel medyczny i jego odpowiedzialność cywilna, sposoby komunikacji przy zachowaniu wielojęzyczności.

Ujednoczenie procedur

Budowa tego szpitala jest pierwszą fazą realizacji projektu nowej jakości transgranicznej współpracy z zakresu ochrony zdrowia. Druga faza skoncentruje się na dostosowaniu oferty świadczeń zdrowotnych po francuskiej stronie granicy do trzech założeń: lepszej przejrzystości udziału francuskiego w udzielaniu następczych świadczeń z zakresu pediatrii i geriatrii, organizacji ciągłości świadczeń we Francji z udziałem ostrego dyżuru szpitalnego i domu zdrowia w Bourg Madame, współpracy z nowo powstającym szpitalem transgranicznym opieki miejskiej lekarzy różnych spe-

cialności (m.in. psychiatrii, leczenia uzależnień, nefrologii). Projekt ten zyskał uznanie europejskie i został nagrodzony w 2007 r.

Inwestycja ta, wpisując się w postęp cywilizacyjny i zmieniające się potrzeby społeczności, a także konieczność dostosowania do nich oferty usług medycznych, określi nowe ramy prawne nigdy wcześniej niestosowane w zakresie organizacji transgranicznej opieki zdrowotnej. Z 66 łóżkami szpital Cerdagne zakresem swoim obejmuje teren 1340 km², w tym 546 km² Dolnej Cerdagne (17 gmin i 15 259 mieszkańców) i 794 km² Górnej Cerdagne (53 gminy i 30 259 mieszkańców). W sezonie turystycznym, szczególnie zimowym, oprócz 30 000 mieszkańców struktura będzie mogła zagwarantować opiekę 150 000 turystów. Realizacja projektu jest wspierana pieniędzmi z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Szacunkowy koszt budowy wynosi 31 000 000 euro: z tego 60 proc. wyłoży Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (18 600 000 euro), 40 proc. to fundusze własne (12 400 000 euro): Katalonii – 60 proc. (7 440 000 euro), a Francji 40 proc. (4 960 000 euro). Otwarcie pierwszego w Europie szpitala transgranicznego zarządzanego przez dwa kraje planowane jest na 2012 r.

Rozmowy polsko-niemieckie

Analiza tematu pokazuje, jak trudne, ze względu na wielość i kompleksowość zagadnień, a jednocześnie nieuchronne i konieczne jest uregulowanie współpracy transgranicznej w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, w tym ratownictwa medycznego na terenach przygranicznych.

Pozytywnym elementem jest to, że resort zdrowia pracuje nad umową z Niemcami dotyczącą ratownictwa medycznego, a także że lokalnie podejmowane są w Polsce działania na rzecz współpracy w zakresie ratownictwa medycznego czy współpracy pomiędzy szpitalami. Wydaje się jednak, na podstawie doświadczeń i wyników innych krajów europejskich, że takich działań lokalnych powinno być znacznie więcej, w szczególności ze względu na możliwość uzyskania dofinansowania projektów z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.

Agnieszka Czupryniak

Przypisy

¹ Accord cadre entre le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne et le Gouvernement de la République française sur la coopération sanitaire transfrontalière du 22 juillet 2005.

² Arrangement administratif entre le Ministère fédéral de la Santé de la République fédérale d'Allemagne et le Ministère de la Santé et des Solidarités de la République française concernant les modalités d'application de l'Accord cadre du 22 juillet 2005 sur la coopération sanitaire transfrontalière du 9 mars 2005.

³ <http://www.hcerdanya.eu>