EVROPSKA
KOMISIJA

Bruselj, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

POROČILO KOMISIJE EVROPSKEMU PARLAMENTU IN SVETU

o uporabi potovalnega zdravstvenega zavarovanja v skladu s členom 15 Uredbe (ES) št. 810/2009 s strani imetnikov vizumov med njihovim bivanjem v državah članicah

POROČILO KOMISIJE EVROPSKEMU PARLAMENTU IN SVETU

o uporabi potovalnega zdravstvenega zavarovanja v skladu s členom 15 Uredbe (ES) št. 810/2009 s strani imetnikov vizumov med njihovim bivanjem v državah članicah

I. Uvod

Od leta 2004[1] morajo prosilci za vizum za kratkoročno bivanje predložiti dokazilo o „ustreznem in veljavnem potovalnem zdravstvenem zavarovanju“ za kritje nujnega zdravljenja ali repatriacije zaradi nepredvidenih zdravstvenih težav med bivanjem v državah članicah EU. Za odločbo Sveta, na podlagi katere so takrat veljala ta pravila, ni bila potrebna ocena učinka in ni bila izvedena nobena druga oblika poglobljene analize učinka ukrepa. Te določbe so bile brez vsebinskih sprememb vključene v člen 15 vizumskega zakonika (Uredba (ES) št. 810/2009)[2].

Čeprav je predložitev ustreznega potovalnega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) pogoj za vlogo za izdajo vizuma za kratkoročno bivanje, to zavarovanje ni pogoj za vstop[3], ki se preverja na zunanjih mejah EU. Zato državljanom tretjih držav, za katere ne velja vizumska obveznost, in prihodnjim prosilcem ETIAS[4] za potovanje v EU ni treba predložiti dokazila o zavarovanju. To vodi do različnega obravnavanja državljanov tretjih držav, ki so oproščeni vizumske obveznosti, in državljanov tretjih držav, ki potrebujejo vizum.

Komisija je v predlogu za prenovitev vizumskega zakonika iz leta 2014 predlagala opustitev zahteve po zavarovanju. Predlog je bil utemeljen s praktičnimi izzivi, povezanimi z zahtevo po zavarovanju (glej spodaj), dejstvom, da se zahteva po zavarovanju ne preverja na zunanjih mejah, in dejstvom, da je na voljo zelo malo dokazov[5] o dejanskem izvrševanju zavarovalnih polic. Svet je zavrnil predlog, Evropski parlament pa ga je podprl. Komisija je na koncu leta 2018 umaknila svoj predlog za prenovitev.

Komisija v svojem predlogu o ciljno usmerjeni reviziji vizumskega zakonika leta 2018 ni predlagala sprememb določb o zavarovanju. Evropski parlament in Svet sta se dogovorila, da bosta Komisiji naložila nalogo, naj pripravi poročilo, da se preveri učinkovitost tega ukrepa. V

---

1 Odločba Sveta št. 2004/17/ES z dne 22. decembra 2003 o spremembi točke 1.4 dela V Skupnih konzularnih navodil in točke 4.1.2 dela I, Skupnega konzularnega priročnika glede vključitve zahteve po potovalnem zdravstvenem zavarovanju kot enega od zahtevanih dokazil v postopku pridobitve enotnega vstopnega vizuma (UL L 5, 9.1.2004, str. 79).

2 Uredba (ES) št. 810/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 13. julija 2009 o vizumskem zakoniku Skupnosti (Vizumski zakonik) (UL L 243, 15.9.2009, str. 1).

3 Člen 6(1) Uredbe (EU) 2016/399 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2016 o Zakoniku Unije o pravilih, ki urejajo gibanje oseb prek meja (Zakonik o schengenskih mejah) (UL L 77, 23.3.2016, str. 1).

4 Evropski sistem za potovalne informacije in odobritve.
Uredba (EU) 2018/1240 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 12. septembra 2018 o vzpostavitvi Evropskega sistema za potovalne informacije in odobritve (ETIAS) ter spremembi uredb (EU) št. 1077/2011, (EU) št. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 in (EU) 2017/2226 (UL L 236, 19.9.2018, str. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

skladu s členom 2(3) Uredbe (EU) 2019/1155 o spremembi Uredbe (ES) št. 810/2009[6] Komisija pripravi poročilo, ki ga predloži Evropskemu parlamentu in Svetu na podlagi „ustreznih razpoložljivih podatkov o uporabi potovalnega zdravstvenega zavarovanja s strani imetnikov vizumov med njihovim bivanjem na ozemlju držav članic, ter stroških, ki jih imajo nacionalni organi ali izvajalci zdravstvenih storitev z imetniki vizumov“, ki jih zagotovijo države članice.

V skladu s to določbo to poročilo predstavlja izzive (nekateri so bili predhodno dokumentirani) v zvezi z zahtevo po zavarovanju, vsebuje splošen povzetek odzivov držav članic EU, vključno z možnimi posledicami pandemije COVID-19, in predlaga nadaljnje korake.

1. Izzivi v vizumskem postopku in pomanjkljivo izvrševanje na meji

Čeprav se zdi, da je pridobitev zavarovanja za prosilce neproblematična, so prejšnje analize, pogoste razprave v vizumskem odboru in v okviru schengenskega sodelovanja na lokalni ravni pokazale, da zahteva po zavarovanju povzroča težave z več drugih vidikov.

– Pravna podlaga

V skladu s členom 15 vizumskega zakonika morajo prosilci dokazati, da imajo „primerno in veljavno“ zavarovanje, ki krije „stroške, ki bi utegnili nastati v zvezi z repatriacijo iz zdravstvenih razlogov ali smrti, nujno medicinsko pomočjo in/ali nujnim zdravljenjem v bolnišnici med prebivanjem na ozemlju držav članic“. Prosilci za vizum za večkratni vstop morajo tako dokazilo predložiti za prvo načrtovano bivanje. Ob oddaji vloge se zadevni posameznik s podpisom obrazca za vlogo seznani s potrebo po sklenjenem zavarovanju za vsa prihodnja bivanja.

Zavarovanje mora kriti obdobje bivanja imetnika vizuma in v državah članicah EU. Minimalno kritje znaša 30 000 EUR (raven, določena leta 2004), terjatve pa morajo biti izterljive v državi članici EU.

– Časovni okvir za predložitev zavarovanja

Prosilec mora predložiti zavarovanje, ko zaprosi za vizum. Prosilci morajo torej predložiti zavarovanje za obdobje načrtovanega bivanja, preden vedo, ali in za kako dolgo bo vizum izdan. Poleg tega nekateri konzulati nepravilno vztrajajo, da mora zavarovanje kriti celotno obdobje veljavnosti[7] vizuma. Nekateri konzulati odločajo o trajanju veljavnosti vizuma na podlagi veljavnosti predloženega zavarovanja, kar ni bil namen zakonodajalcev.

Nekatere zavarovalnice dovoljujejo poznejši preklic zavarovalnih polic. Medtem ko to koristi osebam, katerih vloga je bila zavrnjena in ki bi sicer izgubili denar, porabljen za zavarovanje, je to tudi sredstvo, kako zaobiti to zahtevo, ko je vizum odobren.

---

[6] Uredba (EU) 2019/1155 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. junija 2019 o spremembi Uredbe (ES) št. 810/2009 o vizumskem zakoniku Skupnosti (Vizumski zakonik), UL L 188, 12.7.2019, str. 25.

[7] Obdobje dovoljenega bivanja: število dni bivanja imetnika vizuma, npr. 30 dni.
Obdobje veljavnosti vizuma: obdobju dovoljenega bivanja se doda 15-dnevno obdobje, da se imetniku vizuma omogoči prožnost pri uporabi vizuma (načrti ali leti se lahko spremenijo itd.), kar pomeni, da ima oseba lahko vizum, veljaven 45 dni, ki omogoča 30-dnevno bivanje. Potovalno zdravstveno zavarovanje mora kriti obdobje 30 dni.

Prosilci morajo predložiti dokazilo o zavarovanju za prvo načrtovano bivanje, če zaprosijo za vizum za večkratni vstop z dolgo veljavnostjo ali so do njega upravičeni. S podpisom obrazca za vlogo se seznanijo, da morajo imeti sklenjeno zavarovanje za naslednja potovanja. To se ob vstopu ne preverja in ni dokazov, da se zahteva upošteva.

- **Preverjanja zdravstvenega zavarovanja s strani konzulatov**

S stališča konzulatov je preverjanje, ali podrobne in zelo tehnične zavarovalne police dejansko zagotavljajo potrebna jamstva za kritje, težko in zamudno. Izziv je še večji, ker zelo široka formulacija člena 15 vizumskega zakonika ne omogoča hitrih preverjanj skladnosti. Izzivi pri izvajanju temeljitih pregledov se odražajo tudi v težavah, o katerih poroča zdravstveni sektor (glej spodaj).

Na nekaterih lokacijah so države članice EU po izmenjavi informacij v skladu s členom 48(3)(d) vizumskega zakonika skupaj pripravile seznam „priporočenih zavarovalnic“, katerih produkti so bili preverjeni, da izpolnjujejo zahteve. Poleg lažjega ocenjevanja za vse je to tudi poskus, da se prosilce spodbudi, da izberejo enega od navedenih zavarovanj, in s tem omeji število različnih predloženih polic. Na nekaterih lokacijah se je oblikovanje takih seznamov izkazalo kot močno orodje, saj zavarovalnice zahtevajo, da se jih vključi nanje (tudi če taka uradna uporaba ni predvidena) in želijo ostati na seznamu. Seznam „priporočenih“ zavarovanj lahko prosilcem tudi zagotovi, da so ustrezno zavarovani. Na večini lokacij se je štelo, da je takšna skupinska ocena nemogoča zaradi števila razpoložljivih zavarovalnih polic, tudi na internetu. Vendar pravila o konkurenci preprečujejo, da bi se zavarovalne police zavrnile z utemeljitvijo, da niso na takih seznamih „priporočenih“ zavarovanj, če izpolnjujejo merila iz vizumskega zakonika.

- **Brez preverjanja na zunanjih mejah**

Kot je bilo navedeno, se na zunanjih mejah zavarovalno kritje ne preverja. Zato je odvisno od dobre vere imetnikov vizuma, ali imajo veljavno zavarovanje, ki krije obdobje njihovega bivanja ob prehodu zunanje meje, in ali to zahtevo izpolnjujejo vsakič, ko potujejo z vizumom za večkratni vstop (ki lahko velja do pet let).

2. Izzivi, o katerih poroča zdravstveni sektor

Komisija je v zvezi s tem opravila predhodno raziskavo (2019–2020), tako da se je obrnila na javnozdravstvene ustanove in agencije v državah članicah EU. Večina jih je navedla, da ne morejo zagotoviti dodatnega vpogleda v uporabo zavarovanja, ker se taki podatki ne zbirajo centralno. Kljub temu pa so bile sporočene naslednje pomanjkljivosti:

- pogosta odsotnost finančnega kritja, ker zavarovanje za čas bivanja ni bilo sklenjeno ali ker je poteklo pred koncem zdravljenja (zlasti če je bilo treba bivanje posameznikov podaljšati zaradi njihovega zdravstvenega stanja) ali ker ga je zavarovana oseba namerno prekinila pred koncem svojega bivanja;
- nezadostno zavarovalno kritje, zlasti kadar je zgornja meja povračila stroškov za nego zelo nizka. Pojavlja se tudi vprašanje kritja za načrtovano oskrbo (npr. bolnišnično zdravljenje po zdravljenju na urgenci ali če je po nujnem zdravljenju potrebno nadaljnje nepovezano zdravljenje). Tega zavarovalne police ne krijejo (v celoti);

- zavarovalnice pogosto ne povrnejo stroškov zaradi izključitvenih klavzul ali ker ima pacient predhodno zdravstveno stanje, tj. zdravstveno anamnezo, ki močno povečuje verjetnost, da se lahko pojavi krito tveganje;
- nesorazmerne zahteve za povračilo: nekatera povračila se povrnejo le pod pogoji, ki niso v skladu z zaupnostjo zdravstvenih podatkov (npr. zahtevki za zdravniško poročilo pred povračilom);
- bolnikom po odpustu ni mogoče slediti in težave pri navezovanju stikov z zavarovalnico v tujini. Pacient na primer bolnišnici da podatke o svojem zavarovanju, vendar izvajalci zdravstvenih dejavnosti ne prejmejo odgovorov zavarovalnic. Če ni tretje zavarovalnice, ki bi krila stroške, morajo bolnišnice stroške zaračunati neposredno bolniku brez jamstva za plačilo;
- večina bolnišnic ima politiko vnaprejšnjega označevanja cen in nato obračunavanja neposredno pacientu. Tega v nujnih primerih seveda ni mogoče storiti;
- pacienti morajo pogosto ostati dlje od veljavnosti vizuma ali biti premeščeni v drugo bolnišnico. V takih primerih zavarovalnice zavrnejo plačilo;
- težave so tudi na ravni kritja, ki je pomanjkljivo pri kritju nadaljnjih zdravljenj in nege, ki običajno nikoli niso zajeti v polico. Kljub temu se taka zdravljenja pogosto izvajajo.

II. Rezultati raziskave o zavarovanju in nastalih stroških iz leta 2020

Države članice EU so bile pozvane, naj zagotovijo „ustrezne podatke o tem, kako imetniki vizumov uporabljajo potovalno zdravstveno zavarovanje med bivanjem na ozemlju držav članic, ter o stroških, ki jih imajo nacionalni organi ali izvajalci zdravstvenih storitev v zvezi z imetniki vizumov“, in sicer na podlagi naslednjih vprašanj:

- *Kako se preveri, ali imajo imetniki vizumov, ki potrebujejo nujno zdravljenje med bivanjem, ustrezno in veljavno potovalno zdravstveno zavarovanje? Kaj se zgodi, če ga nimajo?*
- *Kateri podatki se zbirajo o zdravstvenem varstvu za imetnike vizumov za kratkoročno bivanje in zavarovanju, ki ga imajo?*
- *Katera organizacija je odgovorna za zbiranje takih podatkov?*
- *Kakšna je politika v zvezi z neplačanimi računi za zdravstvene storitve? Ali se poskuša izterjati take dolgove? Kakšna je stopnja uspešnosti pri izterjavi neplačanih računov za zdravstvene storitve od pacientov ali zavarovalnic?*
- *Kakšen je (ocenjeni) skupni znesek neplačanih računov za zdravstvene storitve imetnikov vizumov za kratkoročno bivanje (2019)? Kako je ta znesek primerljiv z neplačanimi računi za zdravstvene storitve, izdanih drugim kategorijam državljanov tretjih držav (osebe, ki ne potrebujejo vizuma, osebe z dovoljenjem za prebivanje ali vizumom za dolgoročno bivanje)?*

Države članice EU so bile pozvane, naj zberejo prispevke vseh javnih uprav in deležnikov v svoji državi, vključno z zdravstvenimi organi, zavarovalnimi organizacijami in izvajalci zdravstvene dejavnosti.

1. Odgovori držav članic EU

Odgovore so posredovale vse države članice EU-28 razen ene in pridružene schengenske države, čeprav so se ravni informacij v odgovorih precej razlikovale. 16 anketirancev je opravilo raziskavo prek različnih vladnih organov, vendar se njihova temeljitost razlikuje. Preostali anketiranci so svoje odgovore omejili na izjavo, da „podatki niso na voljo“.

Kar zadeva vsebino odgovorov, je zanje značilno, da se na splošno ne zbirajo uradni centralizirani podatki o zdravstvenem varstvu, ki se zagotavlja državljanom tretjih držav, in da se ne zbirajo podatki o pravni podlagi za bivanje posameznega bolnika, ki ni državljan EU (npr. imetnik vizuma za kratkoročno bivanje, potnik, ki ne potrebuje vizuma), kadar se zdravi. Nekateri odgovori vsebujejo podroben opis nacionalne organizacije zdravstvenega varstva in izterjave plačil, v drugih primerih pa so odgovori zelo splošni. Nekatere države članice EU so delile specifične podatke o neplačanih računih za zdravstvene storitve, ki jih državljani tretjih držav niso poravnali, vendar metode izračuna in zajeta obdobja ne omogočajo smiselne primerjave.

- **Splošno jamstvo za nujno zdravljenje**

Na splošno javne bolnišnice v vseh državah članicah EU zagotavljajo nujno zdravljenje vsem, ne glede na njihovo prebivališče ali vizum in obstoj zdravstvenega zavarovanja. Poleg tega so številne države članice EU z nekaterimi državami, ki niso članice EU in katerih državljani potrebujejo vizum, sklenile dvostranske sporazume o zdravljenju, kar pomeni, da se bodo stroški zdravljenja za imetnike vizumov, ki so državljani teh držav, verjetno krili, tudi če nimajo sklenjenega zavarovanja.

- **Preverjanje obstoja zavarovanja s strani zdravstvenih ustanov**

Sklenjeno zavarovanje ni predpogoj za zdravljenje. Vendar večina držav članic EU ugotavlja, da včasih zdravstvene ustanove od pacienta zahtevajo zavarovanje pred zdravljenjem, kar je odvisno od njegovega stanja ob sprejemu, vendar pristop ni enoten. V večini primerov se od pacienta zahteva, da tako dokazilo predloži po zdravljenju ali da bolnišnici plača neposredno ali pa se znesek pozneje zaračuna zavarovalnici.

Zdravstvene ustanove nekaterih držav članic EU od pacienta zahtevajo predplačilo (npr. znesek 300 EUR ali manj), zaradi česar je izterjava zavarovanja brezpredmetna. Druge od vseh oseb, ki niso rezidenti EU, ali, če je ustrezno, od osebe, ki jih je povabila / poroka zahtevajo, da zdravljenje plačajo neposredno.

- **Pomanjkanje podatkov za ugotavljanje, ali imetniki vizumov uporabljajo svoje zavarovanje**

Pri zbiranju osebnih podatkov pacientov se lahko zbirajo tudi informacije o njihovem državljanstvu. Pogoji bivanja (tj. ali ima posameznik vizum ali dovoljenje za prebivanje) oseb, ki so bile zdravljene, se ne zbirajo centralno, temveč se lahko hranijo na bolnišnični ali regionalni ravni. Nekatere države članice EU so opravile *ad hoc* raziskave o državljanih tretjih držav, ki so

bili zdravljeni, vendar pri tem niso razlikovale med pogoji bivanja ali kritjem zdravljenja na podlagi dvostranskih sporazumov o zdravljenju.

Tri države članice EU so navedle, da se na zunanjih mejah izvajajo naključne kontrole za preverjanje, ali imajo imetniki vizumov veljavno zavarovanje. Ena od treh navaja, da lahko odsotnost zavarovalne police povzroči preklic vizuma, ker eden od pogojev za izdajo vizuma ni več izpolnjen.

– **Izterjava neplačanih računov za zdravstvene storitve**

Zdi se, da nobena država članica EU ne uporablja medsektorskih pravil ali smernic za izterjavo neplačanih bolnišničnih računov. Razlog za to je tudi decentralizirana organizacija zdravstvenega varstva v večini držav članic EU, ki posamezni instituciji prepušča, da določi svojo prakso.

Vse države članice EU potrjujejo, da je izterjava od posameznikov ali zavarovalnic v tujini izjemno zahtevna (dolgotrajna in draga).

V nekaterih državah članicah EU obstajajo nacionalni „pozavarovatelji“ v obliki javnih agencij v okviru ministrstva za zdravje, ki krijejo stroške bolnišnic zaradi neplačanih računov, vendar nimajo sredstev za izterjavo od pacienta ali zavarovalnice.

Več držav članic EU ocenjuje, da se neplačani računi za zdravstvene storitve za zdravljenje tujih državljanov (brez razlikovanja glede na državljanstvo) gibljejo od 10 % do 60 %, vendar je samo ena delila podatke o neplačanih računih za zdravstvene storitve, izdanih posebej imetnikom vizumov za kratkoročno bivanje iz ene regije v državi (65 %). Navedena država članica EU navaja tudi, da je stopnja neplačanih računov za zdravstvene storitve za državljane tretjih držav, ki lahko v EU potujejo brez vizuma (in brez zavarovanja), 62 %. Glede na navedeno je težko trditi, da zahteva prinaša resnične spremembe.

2. Trenutno stanje: ni jasne slike

Izkušnje med državami članicami EU se precej razlikujejo, predvsem zaradi razlik v sistemih zdravstvenega varstva. Nujno zdravljenje je ponujeno povsod, kritje stroškov pa je drugotnega pomena. V nekaterih državah članicah EU dvostranski sporazumi o zdravstvenem varstvu z državami, ki niso članice EU, zajemajo zdravljenje ne glede na to, ali ima zadevni posameznik sklenjeno zavarovanje ali ne. Situacije se razlikujejo tudi glede na to, ali zdravstveno varstvo poteka v okviru zasebne tržne „pogodbe“, ali ga zagotavljajo neposredno državne institucije ali mešanica obojega, kadar je država „pozavarovatelj“. Ocene držav članic o zneskih, ki jih predstavljajo neplačani računi za zdravstvene storitve, se zelo razlikujejo. Nekatere države članice EU menijo, da je težava nepomembna, pri čemer navajajo, da „imetniki vizumov krijejo svoje stroške zdravljenja“, ne da bi predložile dokaze. Druge menijo, da je to vprašanje zelo zaskrbljujoče in opozarjajo, da prag kritja v višini 30 000 EUR ne zadostuje.

Ker sklenjeno zavarovanja ni pogoj za vstop in se torej ob vstopu ne preverja, ni dokazov, da imajo imetniki vizumov ob vsakem potovanju ustrezno zavarovanje.

Poleg tega je zbiranje natančnih podatkov o neplačanih računih imetnikov vizumov za kratkoročno bivanje težko in praktično ne obstaja. Zato razlogi za neplačane račune (ki nastanejo zaradi državljanov tretjih držav) še vedno niso znani in potrebna je jasnost glede številnih vidikov, kot so:

- Kolikšen je delež imetnikov vizumov za kratkoročno bivanje, ki med bivanjem potrebujejo nujno zdravljenje in ki nimajo nobenega zavarovanja ali nimajo zadostnega zavarovanja?
- Ali je mogoče nezadostno zavarovalno kritje pojasniti z dejstvom, da sedanja pravna podlaga ne določa jasnih zahtev, kdaj se zavarovanje šteje za ustrezno?
- Ali je raven kritja (30 000 EUR) prenizka za kritje vseh stroškov?
- Kakšni so razlogi, zaradi katerih so zavarovalnice zavrnile kritje nastalih zdravstvenih stroškov?
- Zakaj zdravstvene ustanove ne poskušajo izterjati stroškov? Ali je to posledica nizke stopnje uspešnosti ali ker na koncu krijejo dolgove centralni organi?

Dodatno, a pomembno vprašanje je, da ni dokazov, da državljani tretjih držav, ki potrebujejo vizum, predstavljajo drugačne težave za zdravstveno varstvo kot državljani tretjih držav, ki lahko v EU potujejo brez vizuma[8] (glej zgoraj). Zato je zelo vprašljivo, ali so različne zahteve za ti dve kategoriji potnikov upravičene.

Nekatere države članice EU v svojih odgovorih trdijo, da bi bilo treba zahtevo obravnavati tudi kot sredstvo za zaščito potnikov, če bi med bivanjem potrebovali nujno zdravljenje. Vendar bi moral ta pomislek veljati za vse državljane tretjih držav, ki potujejo v EU.

3. Posledice pandemije COVID-19

Zaradi pandemije COVID-19 in posledičnih omejitev potovanj po vsem svetu so se od konca marca 2020 vizumske dejavnosti nenadoma skoraj popolnoma ustavile, kar je povzročilo, da številni imetniki vizumov v državah članicah EU niso mogli odpotovati pred iztekom veljavnosti vizuma. Pandemija je bila poudarila tudi nujnost po oceni učinkovitosti zavarovanja, državam članicam pa so bila postavljena naslednja vprašanja:

- *Kakšne so posledice sedanje pandemije COVID-19? Ali ste v tem obdobju opazili kakršne koli spremembe pri neplačanih računih za zdravstveno varstvo? Če ti podatki še niso na voljo, navedite, kdaj bodo.*
- *Katere so določbe o zdravstvenem zavarovanju in zdravstveni oskrbi, ki se uporabljajo za imetnike vizumov za kratkoročno bivanje, ki morajo zaradi pandemije COVID-19 ostati na schengenskem območju dlje kot 90 dni?*

[8] Leta 2019 je bilo izdanih približno 15 milijonov vizumov za kratkoročno bivanje, od katerih jih je bilo več kot 50 % vizumov za večkratni vstop. Za primerjavo je bilo v poročilu o tehnični študiji o pametnih mejah ugotovljeno, da bodo podatki o pričakovanem prometu na zunanjih mejah v letu 2020 za državljane tretjih držav, znašali 104 milijone.

Odgovori držav članic EU na ta vprašanja so bili zelo podobni: prezgodaj je, da bi ugotovili, ali je pandemija imela kakršne koli posledice, vendar majhno število potnikov, ki niso državljani EU („vizum ni potreben“ ali „zahtevan vizum“), kaže na to, da ne. Večina držav članic EU ni zahtevala, da „osebe, ki so neprostovoljno prekoračile obdobje dovoljenega bivanja“, sklenejo zavarovanje za podaljšano bivanje in v tem obdobju jim je bilo zagotovljeno nujno zdravljenje. Osebe, ki potrebujejo druge vrste zdravljenja med podaljšanim bivanjem, bi morale stroške kriti same.

Države članice EU so novembra 2020 ponovno začele obravnavati nizko raven vlog za izdajo vizumov po svetu, pojavili pa so se tudi vidiki, povezani z zavarovanjem, ki so neposredno povezani s pandemijo COVID-19. Nenapovedani pregledi, opravljeni aprila 2020, kažejo, da več večjih zavarovalnic zdaj ponuja zavarovalne police s posebnimi klavzulami, ki zdravstvene stroške, povezane z epidemijo ali pandemijo, izključujejo iz kritja ali jih krijejo le delno. O podobnih trendih so poročali tudi konzulati držav članic EU.

III. **Naslednji** koraki

Slika glede učinkovitosti sedanje zahteve po zavarovanju ni dokončna. To poročilo kaže, da manjkajo ustrezni in zanesljivi podatki, ki bi Komisiji omogočili, da v celoti oceni učinkovitost veljavnih pravil. Vendar obstajajo številni dokazi o izzivih, s katerimi se različni akterji soočajo pri izvajanju ukrepov, zato je že mogoče izpeljati naslednje sklepe:

1) Ni dokazov, ki bi kazali, da sedanja zahteva po zavarovanju bistveno razbremenjuje sisteme zdravstvenega varstva z zagotavljanjem plačila zdravljenja, saj ostaja težava v zvezi z neplačanimi računi. Poleg tega se zdi, da je izterjava neplačanih bolnišničnih računov velika težava, tudi v primerih, ko ima pacient v času zdravljenja sklenjeno zavarovanje.

2) Ugotovimo lahko naslednje pomanjkljivosti v zasnovi sedanje zahteve:

   – čas predložitve dokazila (ob oddaji vloge za izdajo vizuma),

   – široka, nejasna in morda zastarela pravila o zavarovalnem kritju, ki konzularnemu osebju otežujejo preverjanje skladnosti zavarovanja,

   – dejansko imetništvo zavarovanja se ne preverja, ko imetnik vizuma prečka mejo EU.

3) Informacije, ki so jih predložile države članice EU, kažejo, da bi lahko bila odsotnost enakovrednih zahtev za potnike, ki ne potrebujejo vizuma, del problema neplačanih bolnišničnih računov, saj ni dokazov, da državljani tretjih držav, ki potrebujejo vizum, predstavljajo drugačne težave za zdravstveno varstvo v primerjavi z državljani tretjih držav, ki lahko v EU potujejo brez vizuma.

Predvideti bi bilo mogoče več možnosti za nadaljnje ukrepanje:

– sprejeti sedanje stanje brez pravih dokazov o prednostih za zdravstvene sisteme kljub znanim težavam prosilcev za vizum, izzivom za konzulate, vgrajenim strukturnim

težavam in pomanjkanju razpoložljivih podatkov, na podlagi katerih bi bilo mogoče oceniti, ali se zahteva po zavarovanju dejansko uporablja, kot je bilo predvideno;

– priznati, da je pravna podlaga zastarela (izpred 17 let) in jo je treba izboljšati, da se zagotovi, da služi predvidenemu namenu, tj. da imajo imetniki vizumov med svojim bivanjem ustrezno zavarovanje, na primer z določitvijo natančnih zahtev za police, na katere se morajo zavarovatelji izrecno sklicevati v svoji polici („najmanjši standard za potovalno zdravstveno zavarovanje v EU“). Določbe bi lahko vključevale standardne postopke plačila za zagotovitev povračila stroškov, možnost razširjenega kritja v primeru bivanja po izteku vizuma zaradi daljšega zdravljenja in možnost neprekinjenega kritja za imetnike vizumov za večkratni vstop („sprotno plačevanje“). „Oznaka jamstva“ bi lahko tudi omogočila konzulatom, da preverijo, ali so zavarovalne police, ki jih predložijo prosilci za vizum, v skladu s pravno zahtevo, zlasti če postane vizumski postopek v celoti digitaliziran;

– priznati, da se državljani tretjih držav, ki potrebujejo vizum, in državljani tretjih držav, ki so oproščeni vizumske obveznosti, med bivanjem v EU ne bi smeli obravnavati različno, in razmisliti o razširitvi obveznosti zavarovanja na potnike, ki so oproščeni vizumske obveznosti, obenem pa zagotoviti, da se izpolnjevanje zahteve preveri v ustreznem trenutku (tj. ob potovanju).

Da bi Komisija dosegla jasnost glede učinkovitosti zahteve po zavarovanju in morebitne potrebe po reviziji pravne podlage, namerava na podlagi tega poročila začeti študijo za zbiranje dodatnih podatkov.