EIROPAS
KOMISIJA

Briselē, 2.3.2021.
COM(2021) 92 final

KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI

par to, kā vīzas turētāji, uzturoties dalībvalstīs, izmanto ceļojuma medicīnisko apdrošināšanu saskaņā ar Regulas (EK) Nr. 810/2009 15. pantu

KOMISIJAS ZIŅOJUMS EIROPAS PARLAMENTAM UN PADOMEI

par to, kā vīzas turētāji, uzturoties dalībvalstīs, izmanto ceļojuma medicīnisko apdrošināšanu saskaņā ar Regulas (EK) Nr. 810/2009 15. pantu

I. Ievads

Kopš 2004. gada[1] īstermiņa vīzu pieteikuma iesniedzējiem jāuzrāda pierādījumi par "*pietiekamu un derīgu ceļojuma medicīnisko apdrošināšanu*", kas sedz steidzamu medicīnisko palīdzību vai repatriāciju neparedzētu veselības problēmu dēļ, viņiem uzturoties Eiropas Savienības (ES) dalībvalstīs. Padomes lēmumā par šo noteikumu piemērošanu tajā laikā nebija paredzēts ietekmes novērtējums, kā arī netika veikta šā pasākuma ietekmes cita veida padziļināta analīze. Nemainot būtību, šie noteikumi tika integrēti Vīzu kodeksa (Regula (EK) Nr. 810/2009[2]) 15. pantā.

Lai pieteiktos īstermiņa vīzai, ir nepieciešama pietiekama ceļojuma medicīniskā apdrošināšana ("apdrošināšana"), taču šāda apdrošināšana nav ieceļošanas nosacījums[3], kas jāpārbauda pie ES ārējām robežām. Tāpēc trešo valstu valstspiederīgajiem, uz kuriem neattiecas vīzas prasība, un nākamajiem *ETIAS*[4] pieteikuma iesniedzējiem, ceļojot uz ES, nav jāuzrāda pierādījumi par apdrošināšanu. Tas veicina atšķirīgu attieksmi pret tiem trešo valstu valstspiederīgajiem, kuri atbrīvoti no vīzas prasības, un tiem, uz kuriem attiecas prasība par vīzas nepieciešamību.

2014. gada priekšlikumā par Vīzu kodeksa pārstrādāšanu Komisija ierosināja atteikties no apdrošināšanas prasības. Šā priekšlikuma pamatā bija ar apdrošināšanas prasību saistītās praktiskās problēmas (sk. turpmāk), tas, ka prasība par apdrošināšanu netiek pārbaudīta pie ārējām robežām, un tas, ka ir pieejami ļoti ierobežoti pierādījumi[5] par apdrošināšanas polišu faktisko izmantošanu. Padome noraidīja šo priekšlikumu, turpretim Eiropas Parlamentā tas guva atbalstu. Galu galā 2018. gadā Komisija atsauca šo pārstrādātās redakcijas priekšlikumu.

Priekšlikumā par mērķorientētu Vīzu kodeksa pārskatīšanu 2018. gadā Komisija neierosināja nekādas izmaiņas noteikumos par apdrošināšanu. Lai pārbaudītu šā pasākuma efektivitāti, Eiropas Parlaments un Padome vienojās uzdot Komisijai sagatavot ziņojumu. Saskaņā ar 2. panta

---

[1] Padomes Lēmums (2003. gada 22. decembris) par grozījumiem V daļas 1.4. punktā Kopīgajā konsulārajā instrukcijā un I daļas 4.1.2. punktā Kopīgajā rokasgrāmatā sakarā ar tajās iekļaujamo prasību, lai starp vienotas ieceļošanas vīzas piešķiršanai vajadzīgajiem apliecinošajiem dokumentiem būtu ceļojumu medicīniskā apdrošināšana (2004/17/EK, OV L 5, 9.1.2004., 79. lpp.).

[2] Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (EK) Nr. 810/2009 (2009. gada 13. jūlijs), ar ko izveido Kopienas Vīzu kodeksu (Vīzu kodekss) (OV L 243, 15.9.2009., 1. lpp.).

[3] 6. panta 1. punkts Eiropas Parlamenta un Padomes Regulā (ES) 2016/399 (2016. gada 9. marts) par Savienības Kodeksu par noteikumiem, kas reglamentē personu pārvietošanos pār robežām (Šengenas Robežu kodekss) (OV L 77, 23.3.2016., 1. lpp.).

[4] Eiropas ceļošanas informācijas un atļauju sistēma.
Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2018/1240 (2018. gada 12. septembris), ar ko izveido Eiropas ceļošanas informācijas un atļauju sistēmu (*ETIAS*) un groza Regulas (ES) Nr. 1077/2011, (ES) Nr. 515/2014, (ES) 2016/399, (ES) 2016/1624 un (ES) 2017/2226 (OV L 236, 19.9.2018., 1. lpp.).

[5] SWD(2014) 101 final.

3. punktu Regulā (ES) 2019/1155, ar ko groza Regulu (EK) Nr. 810/2009[6], Komisija sagatavo ziņojumu, kas jānosūta Eiropas Parlamentam un Padomei, pamatojoties uz to, ka dalībvalstis sniedz "*pieejamos attiecīgos datus par to, kā vīzas turētāji uzturēšanās laikā dalībvalstu teritorijā izmantojuši ceļojuma medicīnisko apdrošināšanu, kā arī par izmaksām, kas saistībā ar vīzas turētājiem radušās valsts iestādēm vai medicīnisko pakalpojumu sniedzējiem*".

Atbilstīgi šim noteikumam šajā ziņojumā izklāstītas ar apdrošināšanas prasību saistītās problēmas (dažas no kurām jau iepriekš ir dokumentētas), ietverts vispārīgs kopsavilkums par ES dalībvalstu atbildēm, tostarp par Covid-19 pandēmijas iespējamo ietekmi, un ieteikti turpmākie pasākumi.

1. Vīzu izsniegšanas procedūras problēmas un izpildes nenodrošināšana uz robežas

Lai gan šķiet, ka apdrošināšanas iegāde pieteikuma iesniedzējiem problēmas nerada, iepriekšējās analīzes, biežās diskusijas Vīzu komitejā un vietējās Šengenas sadarbības ietvaros ir atklājušas, ka apdrošināšanas prasība rada problēmas vairākos citos aspektos.

– Tiesiskais pamats

Saskaņā ar Vīzu kodeksa 15. pantu pieteikuma iesniedzējiem jāuzrāda pierādījumi par "*pietiekamu un derīgu*" apdrošināšanu, kura sedz "*jebkādus izdevumus, kas varētu rasties saistībā ar repatriāciju medicīnisku iemeslu dēļ, lai saņemtu steidzamu medicīnisko palīdzību un/vai ārstēšanos slimnīcā, vai nāves gadījumā, uzturoties dalībvalstu teritorijā*". Cilvēkiem, kuri piesakās uz vairākkārtēju ieceļošanas vīzu, jāuzrāda šādi pierādījumi par pirmo plānoto uzturēšanos. Iesniedzot pieteikumu, attiecīgā persona, parakstot pieteikuma veidlapu, tiek informēta par nepieciešamību apdrošināties turpmākām uzturēšanās reizēm.

Apdrošināšanai jāsedz vīzas turētāja uzturēšanās laiks ES dalībvalstīs. Minimālais segums ir 30 000 EUR (apmērs noteikts 2004. gadā), un prasībām jābūt atlīdzināmām kādā no ES dalībvalstīm.

– Apdrošināšanas uzrādīšanas laiks

Pieteikuma iesniedzējam jāuzrāda apdrošināšana, iesniedzot pieteikumu vīzas saņemšanai. Tāpēc pieteikuma iesniedzējiem ir jāuzrāda apdrošināšana, kas sedz plānotās uzturēšanās periodu, pirms viņi zina, vai un uz cik ilgu laiku vīza tiks izsniegta. Turklāt daži konsulāti nepareizi uzstāj, ka apdrošināšanai jāsedz viss vīzas derīguma termiņš[7]. Atsevišķi konsulāti lemj par vīzas derīguma termiņu, pamatojoties uz uzrādītās apdrošināšanas derīgumu, taču tas nebija likumdevēju nodoms.

---

[6] Eiropas Parlamenta un Padomes Regula (ES) 2019/1155 (2019. gada 20. jūnijs), ar kuru groza Regulu (EK) Nr. 810/2009, ar ko izveido Kopienas Vīzu kodeksu (Vīzu kodekss) (OV L 188, 12.7.2019., 25. lpp.).

[7] Atļautās uzturēšanās termiņš: dienu skaits, kuru laikā vīzas turētājam ir atļauta uzturēšanās, piemēram, 30 dienas. Vīzas derīguma termiņš: atļautās uzturēšanās termiņam tiek pievienots 15 dienu periods, lai vīzas turētājs varētu elastīgi izmantot vīzu (plāni vai lidojumi var mainīties utt.), kas nozīmē, ka personai var būt vīza, kas derīga 45 dienas un ļauj uzturēties 30 dienas. Ceļojuma medicīniskajai apdrošināšanai jāsedz 30 dienu periods.

Dažas apdrošināšanas sabiedrības vēlāk ļauj atcelt apdrošināšanas polises. Lai gan tas palīdz cilvēkiem, kuru pieteikums ir noraidīts un kuri citādi būtu zaudējuši apdrošināšanai iztērēto naudu, tas ir arī līdzeklis, kā apiet prasību pēc vīzas piešķiršanas.

Pieteikuma iesniedzējiem jāuzrāda apdrošināšanas seguma pierādījums par pirmo plānoto uzturēšanās reizi, ja viņi piesakās vai ir tiesīgi saņemt vairākkārtēju ieceļošanas vīzu ar ilgu derīguma termiņu. Parakstot pieteikuma veidlapu, pieteikuma iesniedzēji tiek informēti, ka turpmākajos braucienos viņiem jābūt apdrošinātiem. Personai ieceļojot, to nepārbauda, un nav pierādījumu, ka šī prasība tiek izpildīta.

– **Konsulātu veiktās medicīniskās apdrošināšanas pārbaudes**

No konsulātu viedokļa ir sarežģīti un laikietilpīgi pārbaudīt, vai detalizētās un ļoti tehniskās apdrošināšanas polises patiešām nodrošina nepieciešamās seguma garantijas. Problēmu padziļina tas, ka ļoti plašais Vīzu kodeksa 15. panta formulējums neļauj veikt ātras atbilstības pārbaudes. Grūtības veikt rūpīgas pārbaudes atspoguļojas arī problēmās, par kurām ziņoja veselības nozare (sk. turpmāk).

Dažās vietās pēc informācijas apmaiņas, kā paredzēts Vīzu kodeksa 48. panta 3. punkta d) apakšpunktā, ES dalībvalstis ir kopīgi izveidojušas to "ieteicamo apdrošināšanas sabiedrību" sarakstu, kuru produkti ir pārbaudīti, lai tie atbilstu prasībām. Tas ne tikai visiem atvieglo vērtēšanas uzdevumu, bet arī mēģina pamudināt pieteikuma iesniedzējus izvēlēties vienu no uzskaitītajām apdrošināšanām un tādējādi ierobežot iesniegto atšķirīgo polišu skaitu. Dažās vietās šādu sarakstu izmantošana ir izrādījusies efektīvs rīks, jo apdrošināšanas sabiedrības pieprasa, lai tās iekļautu sarakstā (pat ja šāda oficiāla pieteikšanās nav paredzēta), un vēlas tajā palikt. "Ieteicamo" apdrošinātāju saraksts var arī būt apliecinājums pieteikuma iesniedzējiem par to, ka viņi ir pienācīgi apdrošināti. Vairumā vietu šāds kolektīvs novērtējums tiek uzskatīts par neiespējamu, jo ir pieejamas daudzas apdrošināšanas polises, tostarp internetā. Tas nozīmē, ka konkurences noteikumi nepieļauj apdrošināšanas polišu noraidīšanu, pamatojoties uz to, ka tās nav iekļautas šādos "ieteicamo" apdrošināšanu sarakstos, ja tās atbilst Vīzu kodeksā noteiktajiem kritērijiem.

– **Pārbaudes neveikšana pie ārējām robežām**

Kā minēts, pie ārējām robežām apdrošināšanas seguma esība netiek pārbaudīta. Tāpēc tas, vai vīzas turētājiem, šķērsojot ārējo robežu, ir derīga apdrošināšana, kas sedz viņu uzturēšanās laiku, un vai viņi ievēro šo prasību katru reizi, kad ceļo ar vairākkārtēju ieceļošanas vīzu (kas var būt derīga līdz pieciem gadiem), ir atkarīgs no viņu godprātības.

2. Veselības nozares ziņotās problēmas

Komisija, ES dalībvalstīs sazinoties ar sabiedrības veselības iestādēm un aģentūrām, par šo jautājumu veica priekšizpēti (2019.–2020.). Vairums šo iestāžu un aģentūru paziņoja, ka nespēj sniegt dziļāku ieskatu apdrošināšanas izmantošanā, jo šādi dati netiek vākti centralizēti. Ņemot vērā iepriekš minēto, tika ziņots par šādām nepilnībām:

- bieži trūkst finansiālā seguma, vai nu tāpēc, ka apdrošināšana netika noformēta uz uzturēšanās laiku, vai arī tāpēc, ka tās termiņš beidzās pirms ārstēšanas beigām (jo īpaši, ja personu uzturēšanās bija jāpagarina viņu veselības dēļ), vai arī apdrošinātā persona apzināti pārtrauca apdrošināšanu pirms uzturēšanās beigām,
- apdrošināšanas segums ir nepietiekams, jo īpaši, ja aprūpei paredzētās atlīdzības maksimālās summas ir ļoti mazas. Pastāv arī jautājums par plānojamās aprūpes (piemēram, gadījumu, kad pēc ārstēšanās intensīvās terapijas nodaļā ir vajadzīga uzturēšanās aprūpes nodaļā vai kad pēc neatliekamās palīdzības ir nepieciešama turpmāka nesaistīta ārstēšana) segumu. Apdrošināšanas polises to (pilnībā) nesedz,
- apdrošināšanas sabiedrības bieži neatlīdzina izmaksas izslēgšanas klauzulu vai pacienta iepriekš diagnosticētā veselības stāvokļa, t. i., slimības vēstures dēļ, kas ievērojami palielina varbūtību, ka var rasties segtais risks,
- atlīdzībai tiek izvirzītas neproporcionālas prasības. Dažas atlīdzības tiek veiktas tikai ar nosacījumiem, kas nav saderīgi ar medicīnisko konfidencialitāti (piemēram, medicīnisko slēdzienu pieprasījumi pirms atlīdzināšanas),
- pacientus nevar izsekot pēc izrakstīšanas, un pastāv grūtības sazināties ar apdrošināšanas sabiedrību ārvalstīs. Piemēram, pacients paziņo slimnīcai savu apdrošināšanas informāciju, bet veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji nesaņem atbildes no apdrošināšanas sabiedrībām. Ja nav trešās puses apdrošinātāja, kas sedz izmaksas, slimnīcas ir spiestas bez maksājuma garantijas izrakstīt rēķinu par izmaksām tieši pacientam,
- vairumā slimnīcu pastāv politika, kad cena tiek norādīta iepriekš un pēc tam rēķinu izraksta tieši pacientam. To acīmredzami nevar darīt ārkārtas gadījumos,
- bieži pacientiem ir jāuzturas ilgāk par vīzas derīguma termiņu vai tie jāpārvieto uz citu slimnīcu. Šādos gadījumos apdrošināšanas sabiedrības atsakās maksāt,
- pastāv jautājumi arī par seguma apmēru, kas tiek uzskatīts par nepietiekamu, lai segtu papildu ārstēšanas procedūras un aprūpi, kas parasti nekad nav ietvertas polises segumā. Tomēr šādas ārstēšanas procedūras tiek bieži veiktas.

II. 2020. gada apsekojuma rezultāti par apdrošināšanu un radītajām izmaksām

ES dalībvalstis tika aicinātas sniegt "*attiecīgos datus par to, kā vīzas turētāji uzturēšanās laikā dalībvalstu teritorijā izmantojuši ceļojuma medicīnisko apdrošināšanu, kā arī par izmaksām, kas saistībā ar vīzas turētājiem radušās valsts iestādēm vai medicīnisko pakalpojumu sniedzējiem*", pamatojoties uz šādiem jautājumiem:

- *Kā tiek pārbaudīts, vai vīzas turētājiem, kuriem uzturēšanās laikā nepieciešama steidzama medicīniskā palīdzība, ir pietiekama un derīga ceļojuma medicīniskā apdrošināšana? Kas notiek, ja tādas apdrošināšanas nav?*
- *Kādi dati tiek vākti par īstermiņa vīzas turētājiem sniegto veselības aprūpi un viņu apdrošināšanu?*
- *Kura organizācija ir atbildīga par šādu datu vākšanu?*

- *Kāda ir politika nesamaksātu veselības aprūpes rēķinu gadījumā? Vai tiek veikti mēģinājumi atgūt šādus parādus? Kādi ir panākumu rādītāji, piedzenot nesamaksātus medicīniskos rēķinus no pacientiem vai apdrošināšanas sabiedrībām?*
- *Kāda ir īstermiņa vīzas turētāju nesamaksāto medicīnisko rēķinu (aplēstā) kopējā summa (2019. gadā)? Kāda ir šī summa salīdzinājumā ar citu kategoriju trešo valstu valstspiederīgo (ceļotāju, uz kuriem attiecas bezvīzu režīms, cilvēku, kuriem ir uzturēšanās atļaujas vai ilgtermiņa vīzas) nesamaksātiem medicīniskajiem rēķiniem?*

ES dalībvalstis tika aicinātas apkopot datus, kas saņemti no visām savas valsts pārvaldes iestādēm un ieinteresētajām personām, tostarp veselības iestādēm, apdrošināšanas organizācijām un veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem.

1. ES dalībvalstu atbildes

Atbildes sniedza visas 28 ES dalībvalstis, izņemot vienu, un Šengenas asociētās valstis, lai gan atbildēs sniegtās informācijas līmenis ievērojami atšķīrās. 16 respondenti ar dažādu valdības struktūru palīdzību bija veikuši izmeklēšanu, taču izmeklēšanas pamatīgums atšķiras. Atlikušo respondentu atbildes aprobežojās ar paziņojumu, ka "dati nav pieejami".

Runājot par atbilžu būtību, kopīgā iezīme ir tāda, ka dati par trešo valstu valstspiederīgajiem sniegto veselības aprūpi parasti netiek vākti oficiāli un centralizēti, kā arī netiek vākti dati par attiecīgā trešās valsts pacienta (piemēram, īstermiņa vīzas turētāja, "bezvīzas" ceļotāja) uzturēšanās juridisko pamatu, kad viņš saņem medicīnisko palīdzību. Daži respondenti atbildēs sīki apraksta valsts veselības aprūpes un maksājumu piedziņas organizāciju, savukārt citi sniedz ļoti plašas atbildes. Atsevišķas ES dalībvalstis norādīja konkrētus skaitļus par trešo valstu valstspiederīgo nesamaksātajiem medicīniskajiem rēķiniem, taču aprēķina metodes un aptvertie periodi neļauj veikt jēgpilnu salīdzinājumu.

- **Vispārēja steidzamas medicīniskās palīdzības garantija**

Parasti valsts slimnīcas visās ES dalībvalstīs nodrošina steidzamu medicīnisko palīdzību visiem cilvēkiem neatkarīgi no dzīvesvietas vai vīzas statusa un medicīniskās apdrošināšanas. Turklāt vairākas ES dalībvalstis un konkrētas trešās valstis, uz kurām attiecas vīzas prasība, ir noslēgušas divpusējus nolīgumus par medicīnisko palīdzību, kas nozīmē, ka vīzas turētājiem, kuri ir šo valstu valstspiederīgie, varētu tikt segtas jebkādas ārstēšanas izmaksas, pat ja viņiem nav apdrošināšanas.

- **Veselības iestāžu veiktās pārbaudes par apdrošināšanas esību**

Apdrošināšanas esība nav priekšnoteikums medicīniskās palīdzības saņemšanai. Tomēr vairums ES dalībvalstu norāda, ka atkarībā no pacienta stāvokļa uzņemšanas laikā medicīnas iestādes pirms ārstēšanas var pieprasīt apdrošināšanu, taču vienota pieeja nav ieviesta. Vairumā gadījumu pacientu lūdz uzrādīt šādus pierādījumus pēc ārstēšanas vai maksāt tieši slimnīcai, vai arī slimnīca izraksta rēķinu apdrošinātājam.

Atsevišķu ES dalībvalstu medicīnas iestādes pieprasa, lai pacients veiktu sākotnēju iemaksu (piemēram, 300 EUR vai mazāku summu), padarot apdrošināšanas atlīdzību nebūtisku. Citas

medicīnas iestādes pieprasa, lai visi trešās valsts valstspiederīgie vai attiecīgā gadījumā uzaicinātājs/finansētājs maksātu par ārstēšanu tieši.

– **Datu trūkums, kas vajadzīgi, lai noteiktu, vai vīzas turētāji izmanto savu apdrošināšanu**

Vācot pacientu persondatus, var tikt vākta arī informācija par viņu valstspiederību. Ārstēto cilvēku uzturēšanās nosacījumi (t. i., vai personai ir vīza vai uzturēšanās atļauja) tiek apkopoti nevis centralizēti, bet tiek glabāti slimnīcas vai reģionālā līmenī. Dažas ES dalībvalstis ir veikušas *ad hoc* apsekojumus par trešo valstu valstspiederīgajiem, kuri saņēmuši medicīnisko aprūpi, taču nav nošķīrušas uzturēšanās nosacījumus vai divpusējo medicīniskās aprūpes nolīgumu segumu.

Trīs ES dalībvalstis ir norādījušas, ka pie ārējām robežām tiek veiktas izlases veida pārbaudes, lai pārbaudītu, vai vīzas turētājiem ir derīga apdrošināšana. Viena no šīm trim valstīm norāda, ka apdrošināšanas polises neesība var būt par iemeslu vīzas atcelšanai, pamatojoties uz to, ka viens no vīzas piešķiršanas nosacījumiem vairs netiek pildīts.

– **Nesamaksātu medicīnisko rēķinu piedziņa**

Šķiet, ka neviena ES dalībvalsts nepiemēro transversālus noteikumus vai pamatnostādnes par nesamaksātu slimnīcu rēķinu piedziņu. Tas ir saistīts arī ar decentralizētu veselības aprūpes sistēmu vairumā ES dalībvalstu, kas savas prakses noteikšanu atstāj atsevišķas iestādes ziņā.

Visas ES dalībvalstis apstiprina, ka rēķinu piedziņa no privātpersonām vai apdrošināšanas sabiedrībām ārvalstīs ir ārkārtīgi sarežģīta (laikietilpīga un dārga).

Dažās ES dalībvalstīs kā valsts aģentūras, kas atrodas Veselības ministrijas pakļautībā, pastāv valsts "pārapdrošinātāji", kuri sedz slimnīcu izmaksas par nesamaksātiem rēķiniem, taču kuriem nav līdzekļu panākt piedziņu no pacienta vai apdrošinātāja.

Vairākas ES dalībvalstis norāda, ka aplēses par nesamaksātiem medicīniskajiem rēķiniem saistībā ar ārzemnieku ārstēšanu (neatkarīgi no valstspiederības) svārstās no 10 % līdz 60 %, taču tikai viena valsts sniedza datus par nesamaksātiem medicīniskajiem rēķiniem, kas konkrēti attiecas uz īstermiņa vīzas turētājiem no viena valsts reģiona (65 %). Minētā ES dalībvalsts arī norāda, ka to trešo valstu valstspiederīgo nesamaksāto medicīnisko rēķinu īpatsvars, kuri uz ES var ceļot bez vīzām (un bez apdrošināšanas), ir 62 %. Ņemot vērā iepriekš minēto, ir grūti apgalvot, ka ar apdrošināšanas prasību var panākt reālu uzlabojumu.

2. Pašreizējā situācija: skaidra priekšstata trūkums

Starp ES dalībvalstīm pastāv ievērojamas atšķirības, galvenokārt veselības aprūpes sistēmu atšķirību dēļ. Steidzama medicīniskā palīdzība tiek nodrošināta visur, un izmaksu segšana ir sekundārs jautājums. Dažās ES dalībvalstīs divpusējie veselības aprūpes nolīgumi ar trešām valstīm attiecas uz medicīnisko palīdzību neatkarīgi no tā, vai attiecīgajai personai ir apdrošināšana. Situācijas atšķiras arī atkarībā no tā, vai veselības aprūpe notiek saskaņā ar privātu komerciālu "līgumu", to tieši nodrošina valsts iestādes, vai arī saskaņā ar šo divu veidu apvienojumu, kur valsts ir "pārapdrošinātāja". ES dalībvalstu summu aplēses par

nesamaksātajiem medicīnas rēķiniem ir ļoti atšķirīgas. Dažas ES dalībvalstis uzskata, ka problēma nav būtiska, bez pierādījumu sniegšanas norādot, ka "vīzas turētāji sedz savus medicīniskos izdevumus". Citas uzskata, ka tas ir būtisks jautājums, norādot, ka seguma slieksnis 30 000 EUR apmērā ir nepietiekams.

Tā kā apdrošināšanas esība nav ieceļošanas nosacījums, un tāpēc ieceļošanas laikā tā netiek pārbaudīta, nav pierādījumu, ka vīzas turētājiem katra ceļojuma laikā ir atbilstoša apdrošināšana.

Turklāt precīzu datu vākšana par īstermiņa vīzas turētāju nesamaksātiem rēķiniem ir sarežģīta un, šķiet, vispār nenotiek. Tātad iemesli nesamaksātiem rēķiniem (kas rodas trešo valstu valstspiederīgajiem) joprojām nav zināmi, un ir nepieciešama skaidrība par vairākiem aspektiem, piemēram:

- Kāds ir to īstermiņa vīzas turētāju īpatsvars, kuriem uzturēšanās laikā nepieciešama steidzama medicīniskā palīdzība un kuriem nav apdrošināšanas vai ir nepietiekama apdrošināšana?
- Vai nepietiekamu apdrošināšanas segumu var izskaidrot ar to, ka pašreizējā juridiskajā pamatā nav skaidri noteiktas prasības, lai apdrošināšanu uzskatītu par pietiekamu?
- Vai seguma apmērs (30 000 EUR) ir pārāk zems, lai segtu visas izmaksas?
- Kādi ir apdrošināšanas sabiedrību iemesli tam, lai atteiktos segt radušās medicīniskās izmaksas?
- Kāpēc medicīnas iestādes necenšas atgūt parādus? Vai tas ir tāpēc, ka panākumu rādītāji ir zemi, vai tāpēc, ka galu galā centrālās iestādes sedz šos parādus?

Papildu, bet nozīmīgs jautājums ir tas, ka nav pierādījumu tam, ka trešo valstu valstspiederīgie, uz kuriem attiecas vīzas prasība, rada dažādas problēmas veselības aprūpei salīdzinājumā ar trešo valstu valstspiederīgajiem, kuri uz ES var ceļot bez vīzas[8] (sk. iepriekš). Tāpēc ļoti apšaubāms ir tas, vai atšķirīgās prasības starp šīm ceļotāju kategorijām ir pamatotas.

Atbildēs dažas ES dalībvalstis apgalvo, ka šī prasība jāuzskata arī par ceļotāju aizsardzības līdzekli, ja viņiem uzturēšanās laikā būtu nepieciešama steidzama medicīniskā palīdzība. Tomēr šīm bažām būtu jāattiecas uz visiem trešo valstu valstspiederīgajiem, kas ceļo uz ES.

3. Covid-19 pandēmijas ietekme

Covid-19 pandēmija un tās radītie pasaules mēroga ceļošanas ierobežojumi, sākot no 2020. gada marta beigām, pēkšņi un gandrīz pilnībā ir apturējuši vīzu operācijas, un ES dalībvalstīs atrodas liels skaits vīzas turētāju, kas nevarēja izbraukt līdz vīzas termiņa beigām. Pandēmija vēl vairāk uzsvēra vajadzību steidzami izvērtēt apdrošināšanas lietderību, tāpēc dalībvalstīm tika uzdoti šādi jautājumi:

[8] 2019. gadā izsniedza apmēram 15 miljonus īstermiņa vīzu, un no tām vairāk nekā 50 % bija vairākkārtējas ieceļošanas vīzas. Salīdzinājumam — ziņojumā, kas skar tehnisko pētījumu par viedajām robežām, tika secināts, ka norādes liecina, ka gaidāmā noslodze pie ārējām robežām 2020. gadā varētu būt 104 miljoni "bezvīzas" trešo valstu valstspiederīgo.

– *Kāda ir pašreizējās Covid-19 pandēmijas ietekme? Vai šajā periodā esat pamanījuši kādas izmaiņas saistībā ar nesamaksātiem veselības aprūpes rēķiniem? Ja šādi dati vēl nav pieejami, jums būtu jānorāda, kad tie būs pieejami.*
– *Kādi ir veselības apdrošināšanas un medicīniskās aprūpes noteikumi, kas attiecas uz īstermiņa vīzas turētājiem, kuriem Covid-19 pandēmijas dēļ Šengenas zonā jāpaliek ilgāk par 90 dienām?*

ES dalībvalstu atbildes uz šiem jautājumiem bija ļoti līdzīgas: ir pāragri noteikt, vai pandēmijai ir bijusi ietekme, taču nelielais trešo valstu ceļotāju (uz kuriem neattiecas vai attiecas vīzas prasība) skaits liecina, ka nekādas ietekmes nebūs. Vairums ES dalībvalstu nepieprasīja, lai piespiedu kārtā "atļautās uzturēšanās termiņu pārsniegušās personas" apdrošinātu savu pagarināto uzturēšanos, un šajā laikā tika sniegta jebkāda neatliekamā palīdzība. Cilvēkiem, kuriem pagarinātās uzturēšanās laikā nepieciešama cita veida medicīniskā palīdzība, izmaksas jāsedz pašiem.

Līdz 2020. gada novembrim ES dalībvalstis visā pasaulē atsāka neliela skaita vīzu pieteikumu apstrādi, un ir parādījies uz apdrošināšanu attiecināms aspekts, kas tieši saistīts ar Covid-19 pandēmiju. Pārbaudes uz vietas, kas veiktas 2020. gada aprīlī, liecina, ka vairākas lielākās apdrošināšanas kompānijas tagad piedāvā apdrošināšanas polises, kurās iekļauti īpaši noteikumi, kas izslēdz medicīniskās izmaksas, kuras saistītas ar epidēmijas vai pandēmijas uzliesmojumu, vai sedz tās tikai daļēji. Par līdzīgām tendencēm ir ziņojuši arī ES dalībvalstu konsulāti.

III. Turpmākie pasākumi

Aina attiecībā uz pašreizējās apdrošināšanas prasības efektivitāti nav pārliecinoša. Šis ziņojums parāda, ka trūkst atbilstošu un pamatotu datu, kas ļautu Komisijai pilnībā novērtēt pašreizējo noteikumu efektivitāti. Tomēr ir pietiekami daudz pierādījumu par dažādu dalībnieku problēmām pasākumu īstenošanā, un jau var izdarīt šādus secinājumus:

1) Nav pierādījumu, kas liecinātu, ka pašreizējā apdrošināšanas prasība sniedz ievērojamu atbalstu veselības aprūpes sistēmām, nodrošinot ārstēšanas apmaksu, jo joprojām pastāv nesamaksāto rēķinu problēma. Turklāt nesamaksātu slimnīcas rēķinu piedziņa, šķiet, ir ievērojama problēma pat gadījumos, kad pacientam ārstēšanas laikā ir apdrošināšana.

2) Pašreizējās prasības izstrādē var noteikt šādus trūkumus:

   – pierādījumu uzrādīšanas laiks (iesniedzot vīzas pieteikumu),

   – plašie, neskaidrie un, iespējams, novecojušie noteikumi par apdrošināšanas segumu, kas tādējādi konsulārajiem darbiniekiem apgrūtina apdrošināšanas atbilstības pārbaudi,

   – faktiskās apdrošināšanas nepārbaudīšana, kad vīzas turētājs šķērso ES robežu.

3) ES dalībvalstu sniegtā informācija norāda, ka līdzvērtīgu prasību neesība bezvīzas ceļotājiem varētu būt daļa no nesamaksātu slimnīcu rēķinu problēmas, jo nav pierādījumu, ka trešo valstu valstspiederīgie, uz kuriem attiecas vīzas prasība, rada

atšķirīgas problēmas veselības aprūpei salīdzinājumā ar trešo valstu valstspiederīgajiem, kuri uz ES var ceļot bez vīzas.

Varētu paredzēt vairākas turpmākās darbības iespējas:

- Pieņemt pašreizējo situāciju bez reāliem pierādījumiem par ieguvumiem veselības sistēmām, neņemot vērā zināmas vīzu pieteikumu iesniedzēju problēmas, konsulātu grūtības, jau iesakņojušās strukturālas problēmas un tādu pieejamu datu trūkumu, kas ļautu novērtēt, vai apdrošināšanas prasība faktiski tiek piemērota kā paredzēts.

- Atzīt, ka juridiskais pamats ir novecojis (izstrādāts pirms 17 gadiem) un ir jāuzlabo, lai nodrošinātu, ka tas kalpo paredzētajam mērķim, proti, ka vīzas turētājiem uzturēšanās laikā ir pietiekama apdrošināšana, piemēram, nosakot precīzas prasības polisēm, kas apdrošinātājiem skaidri jāievēro to polisēs ("Garantētās ES ceļojuma medicīniskās apdrošināšanas minimālais standarts"). Noteikumi varētu ietvert standarta maksājumu procedūras, lai nodrošinātu izmaksu atgūšanu, paplašināta seguma iespēju, ja ilgstošas ārstēšanas dēļ uzturēšanās turpinās pēc vīzas termiņa beigām, un nepārtraukta seguma iespēju vairākkārtējas ieceļošanas vīzas turētājiem ("samaksa atbilstīgi izmantošanai"). "Garantijas zīme" arī varētu ļaut konsulātiem pārbaudīt — jo īpaši tad, kad vīzu procedūra kļūst pilnībā digitalizēta —, vai vīzu pieteikumu iesniedzēju iesniegtās apdrošināšanas polises atbilst juridiskajām prasībām.

- Atzīt to, ka laikā, kad trešo valstu valstspiederīgie uzturas ES, apdrošināšanas seguma ziņā nedrīkst būt atšķirīga attieksme pret tiem trešo valstu valstspiederīgajiem, kuri atbrīvoti no vīzas prasības, un tiem, uz kuriem attiecas prasība par vīzas nepieciešamību, un apsvērt apdrošināšanas prasības attiecināšanu arī uz bezvīzas ceļotājiem, vienlaikus nodrošinot, ka atbilstība tiek pārbaudīta piemērotā brīdī (t. i., kad notiek ceļojums).

Lai panāktu skaidrību par apdrošināšanas prasību efektivitāti un iespējamo juridiskā pamata pārskatīšanas nepieciešamību, Komisija, pamatojoties uz šo ziņojumu, plāno sākt pētījumu papildu datu vākšanai.