EUROPA-
KOMMISSIONEN

Bruxelles, den 2.3.2021
COM(2021) 92 final

RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET OG RÅDET

om visumindehaveres brug af rejsesygeforsikring i henhold til artikel 15 i forordning (EF) nr. 810/2009 under deres ophold i medlemsstaterne

RAPPORT FRA KOMMISSIONEN TIL EUROPA-PARLAMENTET OG RÅDET
om visumindehaveres brug af rejsesygeforsikring i henhold til artikel 15 i forordning (EF) nr. 810/2009 under deres ophold i medlemsstaterne

I. Indledning

Siden 2004[1] har personer, der ansøger om visum til kortvarigt ophold, skullet fremlægge dokumentation for *"passende og gyldig rejsesygeforsikring"* til dækning af uopsættelig lægebehandling eller hjemsendelse som følge af uforudsete helbredsproblemer under deres ophold i EU's medlemsstater. Rådets beslutning om anvendelse af disse regler krævede på daværende tidspunkt ikke en konsekvensanalyse, og der blev ikke foretaget nogen anden form for tilbundsgående analyse af foranstaltningens virkninger. Uden indholdsmæssige ændringer blev disse bestemmelser indarbejdet i visumkodeksens artikel 15 (forordning (EF) nr. 810/2009)[2].

Selv om det er et krav at have en passende rejsesygeforsikring ("forsikring") for at ansøge om et visum til kortvarigt ophold, er det ikke en betingelse for indrejse[3], som skal kontrolleres ved EU's ydre grænser, at have en sådan forsikring. Derfor skal tredjelandsstatsborgere, der ikke er visumpligtige, og fremtidige ETIAS-ansøgere[4] ikke fremlægge bevis for, at de er forsikret, når de rejser til EU. Dette fører til forskelsbehandling mellem visumfri og visumpligtige tredjelandsstatsborgere.

I forslaget fra 2014 om omarbejdning af visumkodeksen foreslog Kommissionen at opgive forsikringskravet. Forslaget var begrundet i de praktiske udfordringer i forbindelse med forsikringskravet (se nedenfor), det forhold, at kravet om at have en forsikring ikke kontrolleres ved de ydre grænser, og det forhold, at der kun foreligger meget begrænset dokumentation[5] for den faktiske håndhævelse af forsikringspolicer. Rådet forkastede forslaget, som tværtimod fandt støtte i Europa-Parlamentet. I sidste ende trak Kommissionen sit forslag om omarbejdning tilbage i 2018.

I sit forslag om en målrettet revision af visumkodeksen i 2018 foreslog Kommissionen ingen ændringer af bestemmelserne om forsikring. Europa-Parlamentet og Rådet enedes om at pålægge Kommissionen at udarbejde en rapport for at kontrollere effektiviteten af denne foranstaltning. I

---

1 Rådets beslutning af 22. december 2003 om ændring af del V, punkt 1.4, i de fælles konsulære instrukser og af del I, punkt 4.1.2, i den fælles håndbog for så vidt angår tilføjelse af et krav om, at en rejsesygeforsikring skal indgå i den dokumentation, der kræves for at få udstedt et ensartet indrejsevisum (2004/17/EF) (EUT L 5 af 9.1.2004, s. 79).

2 Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 810/2009 af 13. juli 2009 om en fællesskabskodeks for visa (visumkodeks) (EUT L 243 af 15.9.2009, s. 1).

3 Artikel 6, stk. 1, i Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2016/399 af 9. marts 2016 om en EU-kodeks for personers grænsepassage (Schengengrænsekodeks) (EUT L 77 af 23.3.2016, s. 1).

4 Det europæiske system vedrørende rejseinformation og rejsetilladelse.
Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2018/1240 af 12. september 2018 om oprettelse af et europæisk system vedrørende rejseinformation og rejsetilladelse (ETIAS) og om ændring af forordning (EU) nr. 1077/2011, (EU) nr. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 og (EU) 2017/2226 (EUT L 236 af 19.9.2018, s. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

henhold til artikel 2, stk. 3, i forordning (EU) 2019/1155 om ændring af forordning (EF) nr. 810/2009[6] skal Kommissionen udarbejde en rapport, der sendes til Europa-Parlamentet og Rådet på grundlag af *"relevante tilgængelige data om visumindehaveres brug af rejsesygeforsikringen (...) under deres ophold på medlemsstaternes område og de omkostninger, som er blevet afholdt af de nationale myndigheder eller udbyderne af lægetjenester for visumindehavere"*, fra medlemsstaterne.

I overensstemmelse med denne bestemmelse viser denne rapport udfordringerne (hvoraf nogle tidligere er blevet dokumenteret) med forsikringskravet og indeholder et generelt sammendrag af EU-medlemsstaternes svar, herunder de mulige konsekvenser af covid-19-pandemien, og forslag til næste skridt.

1. Udfordringer i forbindelse med visumproceduren og manglende håndhævelse ved grænsen

Mens erhvervelsen af forsikringer synes at være uproblematisk for ansøgerne, har tidligere analyser og hyppige drøftelser i Visumudvalget og i det lokale Schengensamarbejde vist, at forsikringskravet giver problemer på flere andre områder.

– Retsgrundlag

I henhold til artikel 15 i visumkodeksen skal personer, der ansøger om et visum, bevise, at de har en *"passende og gyldig"* rejsesygeforsikring, der dækker *"eventuelle udgifter i forbindelse med hjemsendelse af lægelige årsager eller dødsfald, uopsættelig lægebehandling og/eller akut hospitalsbehandling under deres ophold på medlemsstaternes område."* Personer, der ansøger om visum til flere indrejser, skal fremlægge et sådant bevis for det første planlagte ophold. Ved indgivelsen af ansøgningen gøres den pågældende ved underskrivelsen af ansøgningsskemaet opmærksom på, at det er nødvendigt at tegne en forsikring for eventuelle fremtidige ophold.

Forsikringen skal dække hele varigheden af visumindehaverens ophold og i EU-medlemsstaterne. Mindstedækningen skal være på 30 000 EUR (niveau fastsat i 2004), og krav skal kunne inddrives i en EU-medlemsstat.

– Tidspunkt for fremlæggelse af forsikring

Ansøgeren skal fremlægge forsikringen, når denne ansøger om visum. Ansøgere skal derfor fremlægge en forsikring, der dækker den forventede opholdsperiode, før de kan vide, om og for hvor længe visummet vil blive udstedt. Desuden insisterer nogle konsulater fejlagtigt på, at forsikringen skal dække hele visummets gyldighedsperiode[7]. Nogle konsulater træffer afgørelse om visummets gyldighedsperiode på grundlag af gyldigheden af den fremlagte forsikring, hvilket ikke var lovgiverens hensigt.

---

[6] Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EU) 2019/1155 af 20. juni 2019 om ændring af forordning (EF) nr. 810/2009 om en fællesskabskodeks for visa (visumkodeks) (EUT L 188 af 12.7.2019, s. 25).

[7] Tilladt ophold: Det antal dage, visumindehaveren har tilladelse til at opholde sig, f.eks. 30 dage.
Visummets gyldighedsperiode: Der tilføjes en periode på 15 dage til varigheden af det tilladte ophold for at give visumindehaveren fleksibilitet med hensyn til anvendelsen af visummet (planer eller flyafgange kan ændres osv.), hvilket betyder, at en person kan være i besiddelse af et visum, der er gyldigt i 45 dage, hvilket giver mulighed for et ophold på 30 dage. Rejsesygeforsikringen skal dække en periode på 30 dage.

Nogle forsikringsselskaber giver mulighed for senere annullering af forsikringspolicer. Selv om dette gavner personer, hvis ansøgning er blevet afvist, og som ellers ville have mistet de penge, der er brugt på forsikringen, er det også et middel til at omgå kravet, når visummet er udstedt.

Ansøgere skal fremlægge bevis for forsikringsdækning for det første planlagte ophold, hvis de ansøger om eller er berettiget til visum til flere indrejser med lang gyldighed. Ved at underskrive ansøgningsskemaet gøres ansøgerne opmærksom på, at de skal have en forsikring for efterfølgende rejser. Dette kontrolleres ikke ved indrejse, og der er ingen dokumentation for, at kravet overholdes.

- **Konsulaternes kontrol af sygeforsikring**

Set fra konsulaternes perspektiv er det udfordrende og tidskrævende at kontrollere, om de detaljerede og meget tekniske forsikringspolicer rent faktisk giver de nødvendige garantier for dækning. Udfordringen øges, fordi den meget brede formulering af visumkodeksens artikel 15 ikke giver mulighed for hurtig overensstemmelseskontrol. Udfordringen med at foretage grundig kontrol afspejles også i de problemer, som sundhedssektoren har indberettet (se nedenfor).

Nogle steder har EU-medlemsstaterne efter udvekslingen af oplysninger i henhold til visumkodeksens artikel 48, stk. 3, litra d), i fællesskab udarbejdet en liste over "anbefalede forsikringsselskaber", hvis produkter er blevet kontrolleret for at opfylde kravene. Ud over at gøre vurderingsarbejdet lettere for alle er dette også et forsøg på at tilskynde ansøgerne til at vælge en af de anførte forsikringer og dermed begrænse antallet af forskellige fremlagte policer. Nogle steder har sådanne lister vist sig at være et effektivt redskab, fordi forsikringsselskaber anmoder om at blive optaget (selv om der ikke er planer om en formel ansøgning) og er ivrige efter at forblive på listen. En liste over "anbefalede" forsikringer kan også give ansøgerne vished om, at de er behørigt forsikret. I de fleste tilfælde er en sådan kollektiv vurdering blevet anset for umulig på grund af antallet af tilgængelige forsikringspolicer, herunder på internettet. Konkurrencereglerne forhindrer dog, at forsikringspolicer afvises med den begrundelse, at de ikke er opført på sådanne lister over "anbefalede" forsikringer, hvis de opfylder kriterierne i visumkodeksen.

- **Ingen kontrol ved de ydre grænser**

Som nævnt kontrolleres forsikringsdækningen ikke ved de ydre grænser. Det er derfor op til visumindehaveres gode tro, om de har en gyldig forsikring, der dækker deres opholdsperiode, når de passerer den ydre grænse, og om de opfylder kravet, hver gang de rejser med et visum til flere indrejser (som kan være gyldigt i op til fem år).

2. Udfordringer rapporteret af sundhedssektoren

Kommissionen gennemførte indledende undersøgelser (2019-2020) om dette spørgsmål ved at kontakte offentlige behandlingsinstitutioner og -agenturer i EU's medlemsstater. De fleste erklærede, at de ikke var i stand til at give yderligere indsigt i anvendelsen af forsikring, fordi sådanne data ikke indsamles centralt. Når det er sagt, blev der rapporteret om følgende mangler:

- Hyppig manglende økonomisk dækning, enten fordi der ikke er tegnet nogen forsikring for opholdets varighed, eller fordi den udløb inden behandlingens ophør (navnlig hvis personernes ophold måtte forlænges på grund af deres helbredstilstand), eller fordi forsikringstageren bevidst bragte den til ophør inden opholdets ophør.
- Utilstrækkelig forsikringsdækning, navnlig når godtgørelsesloftet for behandling er meget lavt. Der er også et problem med dækning af planlagt behandling (f.eks. pleje efter behandling på skadestuen, eller hvis der er behov for yderligere anden behandling efter behandlingen på skadestuen). Dette er ikke (fuldt ud) dækket af forsikringspolicer.
- Forsikringsselskaberne godtgør ofte ikke udgifter på grund af udelukkelsesklausuler, eller fordi en patient har en allerede eksisterende sygdomstilstand, dvs. sygehistorie, som i høj grad øger sandsynligheden for, at den dækkede risiko kan opstå.
- Uforholdsmæssige krav til godtgørelse: Nogle godtgørelser ydes kun på betingelser, der ikke er forenelige med den lægelige tavshedspligt (f.eks. anmodninger om lægeerklæringer før godtgørelse).
- Patienter, der ikke kan spores, efter at de er blevet udskrevet, og problemer med at kontakte forsikringsselskabet i udlandet. For eksempel meddeler patienten sine forsikringsoplysninger til hospitalet, men hospitalet får ikke svar fra forsikringsselskaberne. Hvis der ikke findes et tredjepartsforsikringsselskab, der dækker omkostningerne, er hospitalerne nødt til at fakturere udgifterne direkte til patienten uden garanti for betaling.
- De fleste hospitaler har en politik med forhåndsangivelse af priser og fakturerer derefter direkte til patienten. Dette kan naturligvis ikke gøres i akutte tilfælde.
- Patienterne skal ofte opholde sig længere end visummets gyldighed eller overføres til et andet hospital. I sådanne tilfælde nægter forsikringsselskaberne at betale.
- Der er også problemer med omfanget af dækningen, som anses for ikke at dække opfølgende behandlinger og pleje, som normalt aldrig er dækket. På trods af dette gennemføres sådanne behandlinger ofte.

II. Resultaterne af 2020-undersøgelsen om forsikring og de afholdte udgifter

EU-medlemsstaterne blev opfordret til at give *"relevante tilgængelige data om visumindehaveres brug af rejsesygeforsikringen (...) under deres ophold på medlemsstaternes område og de omkostninger, som er blevet afholdt af de nationale myndigheder eller udbyderne af lægetjenester for visumindehavere"* baseret på følgende spørgsmål:

- *Hvordan kontrolleres det, om visumindehavere, der har behov for akut lægebehandling under deres ophold, har en passende og gyldig rejsesygeforsikring? Hvad sker der, hvis dette ikke er tilfældet?*
- *Hvilke oplysninger indsamles om lægebehandling af indehavere af visa til kortvarigt ophold og om den forsikring, de har?*
- *Hvilken organisation er ansvarlig for indsamlingen af sådanne oplysninger?*

- *Hvad er politikken for ubetalte regninger for lægebehandling? Gøres der forsøg på at inddrive sådanne fordringer? Hvad er succesraten for inddrivelse af ubetalte regninger fra patienter eller forsikringsselskaber?*
- *Hvad er det (anslåede) samlede beløb for ubetalte lægeregninger for indehavere af visa til kortvarigt ophold (2019)? Hvordan er dette beløb sammenlignet med ubetalte lægeregninger for andre kategorier af tredjelandsstatsborgere (visumfri besøgende, personer med opholdstilladelse eller visum til længerevarende ophold)?*

EU's medlemsstater blev opfordret til at indsamle input fra hele spektret af offentlige forvaltninger og interessenter i deres land, herunder sundhedsmyndigheder, forsikringsorganisationer og sundhedstjenesteydere.

1. EU-medlemsstaternes svar

Alle medlemsstaterne i EU-28 undtagen én og associerede Schengenlande svarede, selv om der var stor forskel på de oplysninger, der blev givet i svarene. 16 respondenter havde gennemført undersøgelser gennem forskellige statslige organer, men grundigheden af undersøgelserne varierer. De resterende respondenter begrænsede deres svar til at erklære, at "der ikke foreligger data".

Med hensyn til indholdet af svarene er det fælles træk, at der generelt ikke er nogen formaliseret central dataindsamling om sundhedsydelser, der leveres til tredjelandsstatsborgere, og at der ikke indsamles oplysninger på grundlag af retsgrundlaget for en given patient, der er statsborger i et tredjeland (f.eks. indehaver af et visum til kortvarigt ophold, "visumfri" rejsende), når vedkommende modtager lægebehandling. Nogle svar giver en detaljeret beskrivelse af den nationale organisering af lægebehandling og inddrivelse af betalinger, mens andre giver meget brede svar. Nogle EU-medlemsstater oplyste specifikke tal om ubetalte regninger for lægebehandling, der genereres af tredjelandsstatsborgere, men beregningsmetoderne og de omfattede perioder giver ikke mulighed for nogen meningsfuld sammenligning.

– Generel garanti for akut lægebehandling

Generelt yder offentlige hospitaler i alle EU's medlemsstater akut lægebehandling til alle uanset opholds- eller visumstatus og besiddelse af sygeforsikring. Desuden har en række EU-medlemsstater indgået bilaterale aftaler med visse "visumpligtige" tredjelande om lægebehandling, hvilket betyder, at udgifterne til behandling sandsynligvis vil være dækket for visumindehavere, der er statsborgere i disse lande, selv om de ikke er forsikret.

– Kontrol af behandlingsinstitutionernes besiddelse af forsikring

Det er ikke en forudsætning for at modtage lægebehandling, at patienten har en forsikring. De fleste EU-medlemsstater bemærker imidlertid, at afhængigt af patientens tilstand ved indlæggelsen kan behandlingsinstitutionerne kræve forsikring før behandling, men der findes ingen ensartet tilgang. I de fleste tilfælde anmodes patienten om at fremlægge et sådant bevis efter behandlingen eller betale direkte til hospitalet, eller sidstnævnte opkræver forsikringsselskabet.

Nogle af EU-medlemsstaternes behandlingsinstitutioner kræver en forudbetaling fra patienten (f.eks. beløb på 300 EUR eller derunder), hvilket gør det irrelevant at inddrive forsikringsdækning. Andre kræver, at alle personer med bopæl uden for EU eller, hvis det er relevant, en inviterende person/sponsor betaler behandlingen direkte.

– **Manglende data til at fastslå, om visumindehavere anvender deres forsikring**

Ved indsamling af patienters personoplysninger kan der også indsamles oplysninger om deres nationalitet. Opholdsbetingelserne (dvs. om den pågældende er i besiddelse af et visum eller en opholdstilladelse) for personer, der er blevet behandlet, samles ikke centralt, men kan opbevares på hospitalet eller i regionen. Nogle EU-medlemsstater har gennemført ad hoc-undersøgelser af tredjelandsstatsborgere, der har modtaget lægebehandling, men uden at skelne mellem betingelserne for ophold eller dækningen af bilaterale aftaler om lægebehandling.

Tre EU-medlemsstater har oplyst, at der foretages stikprøvekontrol ved de ydre grænser for at kontrollere, om visumindehavere har en gyldig forsikring. En af de tre medlemsstater anfører, at en manglende forsikringspolice kan føre til inddragelse af visummet med den begrundelse, at en af betingelserne for udstedelse af visum ikke længere er opfyldt.

– **Inddrivelse af ubetalte lægeregninger**

Ingen af EU's medlemsstater synes at anvende tværgående regler eller retningslinjer for inddrivelse af ubetalte hospitalsregninger. Dette skyldes også den decentraliserede opbygning af sundhedsydelser i de fleste EU-medlemsstater, som lader det være op til den enkelte institution at fastlægge sin egen praksis.

Alle EU-medlemsstater bekræfter, at inddrivelse fra enkeltpersoner eller forsikringsselskaber i udlandet er en stor udfordring (både tids- og omkostningskrævende).

I nogle EU-medlemsstater findes der nationale genforsikringsselskaber i form af offentlige organer under sundhedsministeriet, som dækker hospitalernes udgifter til ubetalte regninger, men som ikke har mulighed for at søge dækning hos patienten eller forsikringsselskabet.

Flere EU-medlemsstater angiver skøn over ubetalte regninger for behandling af udenlandske statsborgere (uden sondring mellem nationalitet) på mellem 10 % og 60 %, men kun én delte data om ubetalte regninger for lægebehandling af indehavere af visa til kortvarigt ophold fra en region i landet (65 %). Den pågældende EU-medlemsstat angiver også, at andelen af ubetalte regninger for ikke-EU-borgere, der kan rejse visumfrit (og gratis) til EU, er 62 %. På denne baggrund er det vanskeligt at hævde, at kravet gør en reel forskel.

2. Nuværende situation: intet klart billede

Der er betydelige forskelle mellem EU-medlemsstaternes erfaringer, hovedsagelig på grund af forskellene i sundhedssystemerne. Akut lægebehandling tilbydes generelt, og det er et sekundært anliggende at dække omkostningerne. I nogle EU-medlemsstater dækker bilaterale sundhedsaftaler med lande uden for EU lægebehandling, uanset om den pågældende person er forsikret eller ej. Situationen varierer også afhængigt af, om lægebehandlingen ydes i henhold til en privat kommerciel "kontrakt", leveres direkte af statslige institutioner eller leveres af en

blanding af de to, hvor staten er "genforsikringsselskab". EU-medlemsstaternes skøn over de beløb, som ubetalte regninger udgør, varierer meget. Nogle EU-medlemsstater vurderer, at problemet er ubetydeligt, idet de anfører, at "visumindehavere betaler deres lægeudgifter" uden at fremlægge dokumentation. Andre mener, at dette er et spørgsmål, der giver anledning til stor bekymring, idet dækningsgrænsen på 30 000 EUR er utilstrækkelig.

Da besiddelse af en forsikring ikke er en indrejsebetingelse og derfor ikke kontrolleres ved indrejse, er der intet bevis for, at visumindehavere har den relevante forsikring, hver gang de rejser.

Desuden er det vanskeligt at indsamle præcise data om ubetalte regninger fra indehavere af visa til kortvarigt ophold, og det ser ud til, at de ikke findes. Årsagerne til ubetalte regninger (afholdt af ikke-EU-borgere) er derfor stadig ukendte, og der er behov for klarhed på en række områder, såsom:

- Hvor stor er andelen af indehavere af visa til kortvarigt ophold, der har behov for akut lægebehandling under deres ophold, og som ikke har nogen forsikring eller ikke har tilstrækkelig forsikring?
- Kan utilstrækkelig forsikringsdækning forklares med, at det nuværende retsgrundlag ikke klart præciserer, hvilke krav der stilles, for at en forsikring kan anses for at være tilstrækkelig?
- Er dækningsniveauet (30 000 EUR) for lavt til at dække alle omkostninger?
- Hvad er årsagerne til forsikringsselskabernes afvisning af at dække afholdte udgifter til lægebehandling?
- Hvorfor søger behandlingsinstitutionerne ikke godtgørelse? Skyldes det den lave succesrate, eller er det, fordi de centrale myndigheder i sidste ende dækker gælden?

Et andet, men vigtigt spørgsmål er, at der ikke er dokumentation for, at visumpligtige tredjelandsstatsborgere har andre problemer med lægebehandling end tredjelandsstatsborgere, der kan rejse visumfrit til EU[8] (se ovenfor). Det er derfor yderst tvivlsomt, om de forskellige krav mellem disse kategorier af rejsende er berettigede.

Nogle EU-medlemsstater anfører i deres svar, at kravet også bør ses som et middel til at beskytte rejsende, hvis de har brug for akut lægebehandling under deres ophold. Denne bekymring bør imidlertid gælde for alle tredjelandsstatsborgere, der rejser til EU.

3. Virkningerne af covid-19-pandemien

Covid-19-pandemien og de deraf følgende rejserestriktioner på verdensplan betød et pludseligt og næsten fuldstændigt stop i visumaktiviteterne fra slutningen af marts 2020 samt et stort antal

[8] I 2019 blev der udstedt ca. 15 millioner visa til kortvarigt ophold, hvoraf mere end 50 % var visa til flere indrejser.
Til sammenligning konkluderedes det i rapporten om den tekniske undersøgelse om intelligente grænser, at indikationerne for den forventede trafik ved de ydre grænser i 2020 for "visumfri" tredjelandsstatsborgere ville være 104 millioner.

visumindehavere, der opholdt sig i EU's medlemsstater, og som ikke var i stand til at forlade EU ved udløbet af deres visum. Pandemien fremhævede endvidere det presserende behov for at evaluere forsikringens effektivitet, og der blev stillet følgende spørgsmål til medlemsstaterne:

- *Hvad er virkningen af den nuværende covid-19-pandemi? Har I bemærket ændringer i de ubetalte regninger for lægebehandling i denne periode? Hvis sådanne data endnu ikke er tilgængelige, bør det angives, hvornår de vil være tilgængelige.*
- *Hvilke bestemmelser om sygeforsikring og lægebehandling finder anvendelse på indehavere af visa til kortvarigt ophold, som skal opholde sig i Schengenområdet i mere end 90 dage på grund af covid-19-pandemien?*

EU-medlemsstaternes svar på disse spørgsmål var meget ens: Det er for tidligt at fastslå, om pandemien har haft en indvirkning, men det lave antal rejsende fra tredjelande ("visumfri" eller "visumpligtige") tyder på, at der ikke vil være nogen virkning. De fleste EU-medlemsstater krævede ikke, at ufrivillige "personer, hvis tilladelse til ophold er udløbet", skulle tegne en forsikring for deres forlængede ophold, hvis der blev givet akut behandling i denne periode. Personer, der har behov for andre former for lægebehandling under deres forlængede ophold, skal selv dække omkostningerne.

I november 2020 begyndte EU-medlemsstaterne igen at behandle det lave antal visumansøgninger i hele verden, og et forsikringsrelateret aspekt, der er direkte forbundet med covid-19-pandemien, er dukket op. Stikprøvekontrol foretaget i april 2020 viser, at flere større forsikringsselskaber nu tilbyder forsikringspolicer med specifikke klausuler, der udelukker omkostninger til lægebehandling i forbindelse med en epidemi eller et pandemisk udbrud fra dækningen eller kun delvis dækker dem. EU-medlemsstaternes konsulater har også rapporteret om lignende tendenser.

III. Næste skridt

Der tegner sig ikke et endeligt billede af effektiviteten af det nuværende forsikringskrav. Denne rapport viser, at der mangler relevante og solide data, som vil gøre det muligt for Kommissionen fuldt ud at vurdere effektiviteten af de nuværende regler. Der er imidlertid rigelig dokumentation for udfordringerne for forskellige aktører i forbindelse med gennemførelsen af foranstaltningerne, og der kan allerede drages følgende konklusioner:

1) Der er intet, der tyder på, at det nuværende forsikringskrav gør det betydeligt lettere for sundhedssystemerne ved at sikre betaling af behandling, fordi der stadig er problemer med ubetalte regninger. Desuden synes inddrivelse af ubetalte hospitalsregninger at være et stort problem, selv i tilfælde hvor patienten har en forsikring på behandlingstidspunktet.
2) Der kan konstateres følgende svagheder i den måde, hvorpå det nuværende krav er udformet:
    - Tidspunktet for fremlæggelse af bevis (ved indgivelse af visumansøgningen).

- De brede, uklare og muligvis forældede regler om forsikringsdækning gør det derfor vanskeligt for konsulært personale at kontrollere, at forsikringen er i overensstemmelse med reglerne.

- Det kontrolleres ikke, at visumindehaveren rent faktisk har en forsikring, når denne krydser EU's grænse.

3) Oplysningerne fra EU's medlemsstater viser, at manglen på tilsvarende krav til visumfri rejsende kan være en del af problemet med ubetalte hospitalsregninger, da der ikke er dokumentation for, at visumpligtige tredjelandsstatsborgere har andre problemer med lægebehandling end tredjelandsstatsborgere, der kan rejse visumfrit til EU.

Der kunne overvejes flere muligheder for opfølgende foranstaltninger:

- Accept af den nuværende situation uden nogen reel dokumentation for fordele for sundhedssystemerne på trods af de kendte problemer for visumansøgere, udfordringen for konsulaterne, de indbyggede strukturelle problemer og manglen på tilgængelige data, som ville gøre det muligt at vurdere, om forsikringskravet faktisk anvendes efter hensigten.

- Anerkendelse af, at retsgrundlaget er forældet (udarbejdet for 17 år siden) og skal forbedres for at sikre, at det tjener det tilsigtede formål, nemlig at visumindehavere har en passende forsikring under deres ophold, f.eks. ved at definere præcise forsikringskrav, som forsikringsselskaberne udtrykkeligt skal henvise til i deres police ("garanteret EU-minimumsstandard for rejsesygeforsikring"). Bestemmelserne kunne omfatte standardbetalingsprocedurer for at sikre inddrivelse af omkostninger, muligheden for udvidet dækning i tilfælde af ophold efter visummets udløb på grund af langvarig behandling og muligheden for fortsat dækning for indehavere af visa til flere indrejser ("pay as you go"). Et "garantimærke" kan også, navnlig når visumproceduren bliver fuldt digitaliseret, gøre det muligt for konsulaterne at kontrollere, at de forsikringspolicer, der fremlægges af visumansøgere, opfylder de retlige krav.

- Anerkendelse af, at der ikke bør være forskel på visumpligtige og visumfri tredjelandsstatsborgere med henblik på forsikringsdækning under deres ophold i EU, og overvejelser om at udvide forsikringskravet til visumfri rejsende, samtidig med at det sikres, at overholdelsen kontrolleres på det rette tidspunkt (dvs. når rejsen finder sted).

For at skabe klarhed om forsikringskravets effektivitet og det eventuelle behov for en revision af retsgrundlaget agter Kommissionen på grundlag af denne rapport at iværksætte en undersøgelse for at indsamle yderligere data.