EVROPSKÁ
KOMISE

V Bruselu dne 2.3.2021
COM(2021) 92 final

ZPRÁVA KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU A RADĚ

o využívání cestovního zdravotního pojištění podle článku 15 nařízení (ES) č. 810/2009 držiteli víz během jejich pobytu v členských státech

ZPRÁVA KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU A RADĚ

o využívání cestovního zdravotního pojištění podle článku 15 nařízení (ES) č. 810/2009 držiteli víz během jejich pobytu v členských státech

I. Úvod

Od roku 2004[1] musí žadatelé o krátkodobá víza prokázat, že mají *„dostatečné a platné cestovní zdravotní pojištění“* pokrývající naléhavou lékařskou péči nebo repatriaci z důvodu nepředvídaných zdravotních problémů během jejich pobytu v členských státech EU. Rozhodnutí Rady, jímž se tato pravidla stala platná, v dané době nevyžadovalo provedení posouzení dopadů a nebyla provedena žádná jiná forma hloubkové analýzy dopadů opatření. Tato ustanovení byla beze změny podstaty začleněna do článku 15 vízového kodexu (nařízení (ES) č. 810/2009)[2].

Přestože předložení dostatečného cestovního zdravotního pojištění (dále jen „pojištění“) je nezbytné při podání žádosti o krátkodobé vízum, toto pojištění není podmínkou pro vstup[3], která se kontroluje na vnějších hranicích EU. Od státních příslušníků třetích zemí, kteří nepodléhají vízové povinnosti, a budoucích žadatelů v rámci systému ETIAS[4] se tedy nevyžaduje, aby při cestě do EU předložili doklad o pojištění. To vede k rozdílnému zacházení se státními příslušníky třetích zemí bez vízové povinnosti a těmi, na které se vízové povinnosti vztahují.

V návrhu na přepracování vízového kodexu z roku 2014 Komise navrhla upustit od požadavku na předložení pojištění. Motivací pro tento návrh byly praktické problémy související s požadavkem na pojištění (viz níže), skutečnost, že povinnost mít pojištění není na vnějších hranicích kontrolována, a skutečnost, že o skutečném vymáhání pojištění jsou k dispozici jen velmi omezené doklady[5]. Rada tento návrh, který naopak získal podporu v Evropském parlamentu, zamítla. Komise nakonec svůj návrh na přepracování v roce 2018 stáhla.

V návrhu na cílenou revizi vízového kodexu z roku 2018 Komise nenavrhla žádné změny ustanovení o pojištění. Evropský parlament a Rada se dohodly, že pověří Komisi vypracováním zprávy o kontrole účinnosti tohoto opatření. Podle čl. 2 odst. 3 nařízení (EU) 2019/1155, kterým

---

1 Rozhodnutí Rady ze dne 22. prosince 2003, kterým se mění část V bod 1.4 Společné konzulární instrukce a část I bod 4.1.2 Společné příručky, s ohledem na zařazení požadavku na doklad o uzavření cestovního zdravotního pojištění mezi doklady pro udělení jednotného vstupního víza (2004/17/ES) (Úř. věst. L 5, 9.1.2004, s. 79).

2 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009 ze dne 13. července 2009 o kodexu Společenství o vízech (vízový kodex) (Úř. věst. L 243, 15.9.2009, s. 1).

3 Čl. 6 odst. 1 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/399 ze dne 9. března 2016, kterým se stanoví kodex Unie o pravidlech upravujících přeshraniční pohyb osob (Schengenský hraniční kodex) (Úř. věst. L 77, 23.3.2016, s. 1).

4 Evropský systém pro cestovní informace a povolení.
Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2018/1240 ze dne 12. září 2018, kterým se zřizuje Evropský systém pro cestovní informace a povolení (ETIAS) a kterým se mění nařízení (EU) č. 1077/2011, (EU) č. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 a (EU) 2017/2226 (Úř. věst. L 236, 19.9.2018, s. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

se mění nařízení (ES) č. 810/2009[6], Komise vypracuje zprávu, kterou předá Evropskému parlamentu a Radě, na základě *„relevantních dostupných údajů o využívání cestovního zdravotního pojištění držiteli víz během jejich pobytu na území členských států, jakož i o nákladech vzniklých vnitrostátním orgánům nebo subjektům poskytujícím zdravotnické služby držitelům víz“* poskytnutých členskými státy.

V souladu s tímto ustanovením informuje tato zpráva o problémech spojených s požadavkem na pojištění (z nichž některé již byly zdokumentovány), obsahuje obecné shrnutí odpovědí členských států EU, včetně možného dopadu pandemie COVID-19, a navrhuje další kroky.

1. Problémy v rámci postupu udělování víz a nedostatečné vymáhání na hranicích

Zatímco získání pojištění se nezdá být pro žadatele problémem, dřívější analýzy a časté diskuze ve Výboru pro víza a v rámci místní schengenské spolupráce ukázaly, že požadavek na pojištění přináší problémy v několika dalších aspektech.

– Právní základ

Podle článku 15 vízového kodexu musí žadatelé prokázat, že mají *„dostatečné a platné“* pojištění, které pokrývá *„veškeré náklady, které by mohly nastat během jejich pobytu nebo pobytů na území členských států v souvislosti s repatriací ze zdravotních důvodů nebo v souvislosti s naléhavou lékařskou péčí, pohotovostní nemocniční péčí nebo úmrtím“*. Osoby, které podávají žádost o udělení víza pro více vstupů, musí doklad o pojištění předložit při první předpokládané návštěvě. Po podání žádosti je dotyčná osoba prostřednictvím formuláře žádosti, který podepisuje, informována o nutnosti uzavřít pojištění i pro případné budoucí pobyty.

Pojištění má pokrývat dobu pobytu držitele víza a pobyt v členských státech EU. Minimální pojistné krytí je 30 000 EUR (hodnota stanovená v roce 2004) a nároky musí být vymahatelné v členském státě EU.

– Kdy se pojištění předkládá

Žadatel musí pojištění předložit při podání žádosti o udělení víza. Žadatelé tedy musí předložit pojištění na dobu předpokládaného pobytu ještě před tím, než se dozvědí, jestli jim bude vízum uděleno a na jak dlouhou dobu. Některé konzuláty navíc nesprávně trvají na tom, že pojištění musí pokrývat celou dobu platnosti[7] víza. Jiné konzuláty rozhodují o délce platnosti víza na základě platnosti předloženého pojištění, což nebylo záměrem zákonodárců.

Některé pojišťovny umožňují pozdější zrušení pojistných smluv. Z toho těží osoby, jejichž žádost byla zamítnuta a které by jinak přišly o peníze vynaložené na pojištění, jedná se však také o způsob, jak obejít požadavek na pojištění poté, co je vízum uděleno.

---

[6] Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2019/1155 ze dne 20. června 2019, kterým se mění nařízení (ES) č. 810/2009 o kodexu Společenství o vízech (vízový kodex) (Úř. věst. L 188, 12.7.2019, s. 25).

[7] Délka povoleného pobytu: počet dní, během nichž může držitel víza na území pobývat, např. 30 dní.
Doba platnosti víza: k délce povoleného pobytu se přičítá 15 dní, aby byla držiteli víza umožněna flexibilita v jeho užívání (může dojít ke změně plánů nebo letů atd.). Může být například uděleno vízum platné po dobu 45 dní, které jeho držiteli umožňuje pobývat na území po dobu 30 dní. Cestovní zdravotní pojištění má pokrývat období 30 dní.

Žadatelé, kteří žádají o vízum pro více vstupů s dlouhou platností nebo jsou způsobilí k jeho získání, musí prokázat, že mají pojištění pokrývající první předpokládaný pobyt. Na formuláři žádosti, který podepisují, jsou žadatelé informováni o povinnosti mít pojištění i pro následné cesty. To se však při vstupu na území nekontroluje a neexistují žádné důkazy o dodržování tohoto požadavku.

– **Kontroly zdravotního pojištění ze strany konzulátu**

Z pohledu konzulátů je obtížné a časově náročné ověřovat, zda podrobné a značně odborné pojistné smlouvy ve skutečnosti poskytují nezbytné záruky pojistného krytí. Tato výzva je ještě umocněna tím, že velmi široká formulace článku 15 vízového kodexu neumožňuje rychlou kontrolu plnění požadavků v něm stanovených. Skutečnost, že se nedaří provádět důkladné kontroly, se odráží také v problémech hlášených subjekty ze zdravotnictví (viz níže).

V některých lokalitách členské státy EU, po výměně informací podle čl. 48 odst. 3 písm. d) vízového kodexu, společně vypracovaly seznam tzv. doporučených pojišťoven, jejichž produkty byly zkontrolovány a splňují požadavky. Kromě toho, že tento krok všem usnadňuje úkol provádět posouzení, má také přimět žadatele, aby si zvolili jedno z uvedených pojištění, a omezil se tím počet různých předkládaných pojistných smluv. V některých lokalitách se takové seznamy osvědčily jako účinný nástroj, neboť pojišťovny žádají o zařazení na seznam (přestože žádná taková formální žádost není povinná) a mají zájem na něm zůstat. Seznam tzv. doporučených pojištění může také dát žadatelům jistotu, že jsou řádně pojištěni. Ve většině lokalit je takové společné posouzení považováno za nemožné z důvodu vysokého počtu dostupných pojistných smluv, včetně smluv dostupných na internetu. Pokud však pojistné smlouvy splňují kritéria stanovená ve vízovém kodexu, pravidla hospodářské soutěže je neumožňují odmítnout jen proto, že se na těchto seznamech doporučených pojištění nenacházejí.

– **Na vnějších hranicích se pojištění neověřuje**

Jak již bylo zmíněno, držení pojištění není na vnějších hranicích kontrolováno. Je proto ponecháno na dobré vůli držitelů víz, zda mají při překročení vnější hranice platné pojištění na dobu pobytu a zda dodrží tento požadavek pokaždé, když cestují na základě víza pro více vstupů (které může být platné až po dobu pěti let).

2. Potíže hlášené odvětvím zdravotnictví

Komise kontaktovala orgány a agentury v oblasti veřejného zdraví v členských státech EU a provedla v této věci předběžný průzkum (2019–2020). Většina uvedla, že o využívání pojištění nemohou poskytnout podrobnější informace, neboť tyto údaje nejsou centrálně shromažďovány. Byly však hlášeny následující nedostatky:

- Častá absence finančního krytí, a to buď proto, že na dobu pobytu nebylo sjednáno žádné pojištění, nebo proto, že vypršelo před ukončením léčby (zejména pokud bylo nutné prodloužit pobyt osob z důvodu jejich zdraví), nebo proto, že bylo pojištěncem vědomě ukončeno před koncem jeho pobytu na území.
- Nedostatečné pojistné krytí, zejména v případech, kdy je strop proplácení péče velmi nízký. Objevují se také problémy s pojistným krytím plánované péče (např. péče na

oddělení následné péče po ošetření na pohotovosti, nebo je-li po ošetření na pohotovosti zapotřebí poskytnutí další nesouvisející léčby). Tato péče není pojistnými smlouvami vůbec nebo zčásti kryta.

- Pojišťovny často nehradí náklady z důvodu ustanovení o vyloučení nebo z důvodu zdravotního stavu pacienta před počátkem pojištění, tj. na základě anamnézy, která výrazně zvyšuje pravděpodobnost výskytu rizika krytého pojištěním.
- Nepřiměřené požadavky pro uhrazení výdajů: některé výdaje jsou proplaceny pouze za podmínek, které nejsou slučitelné s dodržením lékařského tajemství (např. žádosti o poskytnutí lékařských zpráv před provedením úhrady).
- Pacienty nelze po propuštění ze zařízení vyhledat a vyskytují se potíže s kontaktováním pojišťovny v zahraničí. Pacient například sdělí své pojistné údaje nemocnici, ale pojišťovny poskytovatelům zdravotní péče neodpovídají. Pokud neexistuje třetí strana – pojistitel, který náklady uhradí, jsou nemocnice nuceny účtovat náklady přímo pacientovi, přičemž nemají záruku, že budou zaplaceny.
- Většina nemocnic uplatňuje politiku předběžné indikace ceny a následné fakturace přímo pacientovi. To samozřejmě nelze provést v naléhavých případech.
- Pacienti musí často zůstat déle, než jaká je platnost jejich víza, nebo musí být převezeni do jiné nemocnice. V takových případech pojišťovny odmítají uhradit náklady.
- Problematická je také úroveň pojistného krytí, které je často nedostatečné pro pokrytí následné léčby a péče, která obvykle zůstane nepokryta. Navzdory tomu je taková péče často poskytnuta.

II. Výsledky průzkumu o pojištění a vzniklých nákladech z roku 2020

Členské státy EU byly vyzvány, aby na základě následujících otázek poskytly *„relevantní údaje o využívání cestovního zdravotního pojištění držiteli víz během jejich pobytu na území členských států, jakož i o nákladech vzniklých vnitrostátním orgánům nebo subjektům poskytujícím zdravotnické služby držitelům víz“*:

- *Jakým způsobem se kontroluje, zda mají držitelé víz, kteří během svého pobytu vyžadují neodkladnou zdravotní péči, dostatečné a platné cestovní zdravotní pojištění? Co se stane, pokud tomu tak není?*
- *Jaké údaje jsou shromažďovány o zdravotní péči poskytované držitelům krátkodobých víz a o jejich pojištění?*
- *Která organizace je odpovědná za shromažďování těchto údajů?*
- *Jaký je postup v případě nezaplacených účtů za zdravotní péči? Dochází k pokusům o vymáhání těchto dluhů? Jaká je úspěšnost vymáhání nezaplacených účtů za zdravotní péči od pacientů nebo pojišťoven?*
- *Jaká je (odhadovaná) celková výše nezaplacených účtů za zdravotní péči poskytnutou držitelům krátkodobých víz (2019)? Jaká je výše této částky v porovnání s nezaplacenými účty za zdravotní péči poskytnutou jiným kategoriím státních příslušníků třetích zemí*

(návštěvníkům, na které se nevztahuje vízová povinnost, držitelům povolení k pobytu nebo dlouhodobých víz)?

Členské státy EU byly vyzvány, aby shromáždily informace od celé řady orgánů veřejné správy a zúčastněných stran ve své zemi, včetně zdravotnických orgánů, pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče.

1. Odpovědi členských států EU

Odpověď poskytly všechny členské státy EU-28 s výjimkou jednoho a státy přidružené k Schengenu, ačkoliv úroveň informací poskytovaných v odpovědích se značně lišila. Šestnáct respondentů provedlo šetření prostřednictvím různých vládních orgánů, avšak důkladnost tohoto šetření byla různá. Zbylí respondenti omezili své odpovědi na prohlášení, že „nejsou k dispozici žádné údaje".

Pokud jde o samotný obsah odpovědí, společným rysem je, že obecně neexistuje formalizovaný centrální sběr údajů o zdravotní péči poskytované státním příslušníkům třetích zemí a že v okamžiku, kdy je poskytnuta zdravotní péče, nejsou shromážděny žádné údaje o právním základu pobytu pacienta ze třetí země (např. jestli se jedná o držitele krátkodobého víza nebo osobu, na kterou se nevztahuje vízová povinnost). Některé odpovědi obsahují podrobný popis vnitrostátní organizace zdravotní péče a vymáhání plateb, zatímco jiné jsou velmi obecné. Některé členské státy EU sdílely konkrétní údaje o nezaplacených účtech za zdravotní péči poskytnutou státním příslušníkům třetích zemí, avšak metody výpočtu a zahrnutá období neumožňují žádné smysluplné srovnání.

- **Obecná záruka neodkladné zdravotní péče**

Neodkladná zdravotní péče je obecně poskytována veřejnými nemocnicemi ve všech členských státech EU všem lidem bez ohledu na jejich pobytový nebo vízový status a bez ohledu na to, zda mají zdravotní pojištění. Řada členských států EU navíc uzavřela dvoustranné dohody týkající se zdravotní péče s některými třetími zeměmi, na které se vztahuje vízová povinnost. Díky těmto dohodám by měly být pokryty náklady na jakoukoliv péči poskytovanou držitelům víza, kteří jsou státními příslušníky těchto zemí, a to i v případě, že nemají pojištění.

- **Kontroly pojištění zdravotnickými zařízeními**

Skutečnost, že má osoba pojištění, není podmínkou pro poskytnutí zdravotní péče. Většina členských států EU však uvádí, že v závislosti na stavu pacienta při přijetí mohou zdravotnická zařízení před zahájením léčby vyžadovat potvrzení o pojištění, v těchto případech však neexistuje jednotný přístup. Většinou je pacient požádán o prokázání pojištění po ošetření, nebo aby zaplatil nemocnici přímo, nebo nemocnice vystaví účet pojistiteli.

Některá zdravotnická zařízení v členských státech EU požadují po pacientovi složení zálohy (např. ve výši 300 EUR nebo méně), takže vymáhání pojištění přestane být relevantní. Jiná vyžadují, aby všichni, kdo nejsou rezidenty EU, nebo případně zvoucí osoba / sponzor, zaplatili ošetření přímo.

– **Nedostatek údajů k určení, zda držitelé víz pojištění využívají**

Při shromažďování osobních údajů pacientů mohou být shromažďovány také informace o jejich státní příslušnosti. Podmínky pobytu osob, které byly ošetřeny (tedy zda jsou držiteli víza nebo povolení k pobytu), nejsou shromažďovány centrálně, ale mohou být uchovávány v nemocnici nebo na regionální úrovni. Některé členské státy EU provedly jednorázové průzkumy ošetřených státních příslušníků třetích zemí, avšak bez rozlišování podmínek pobytu nebo pojistného krytí dvoustranných dohod o poskytování zdravotní péče.

Tři členské státy EU uvedly, že na vnějších hranicích provádějí namátkové kontroly s cílem ověřit, zda mají držitelé víz platné pojištění. Jeden z těchto tří států uvádí, že chybějící pojistná smlouva může vést ke zrušení víza z toho důvodu, že již není naplněna jedna z podmínek pro udělení víza.

– **Vymáhání nezaplacených účtů za zdravotní péči**

Zdá se, že žádný členský stát EU neuplatňuje průřezová pravidla nebo pokyny pro vymáhání nezaplacených nemocničních účtů. Důvodem je mimo jiné decentralizované uspořádání zdravotní péče ve většině členských států EU, které ponechává nastavení postupů na jednotlivých zařízeních.

Všechny členské státy EU potvrzují, že vymáhání peněz od jednotlivců či pojišťoven v zahraničí je mimořádně náročné (časově i finančně).

V některých členských státech EU existují vnitrostátní „zajistitelé“ ve formě veřejných agentur spadajících pod ministerstvo zdravotnictví, které pokrývají náklady nemocnic na nezaplacené účty, ale nemají prostředky k jejich vymáhání od pacienta nebo pojistitele.

Několik členských států EU uvádí odhady nezaplacených účtů za zdravotní péči za ošetření cizích státních příslušníků (bez uvedení státní příslušnosti) v rozmezí od 10 % do 60 %, ale pouze jeden stát zaslal údaje o nezaplacených účtech za zdravotní péči poskytnutou konkrétně držitelům krátkodobých víz z jednoho svého regionu (65 %). Daný členský stát EU rovněž uvádí, že výše nezaplacených účtů za zdravotní péči poskytnutou státním příslušníkům třetích zemí, na které se nevztahuje vízová povinnost (a povinnost mít pojištění), činí 62 %. V této souvislosti je obtížné tvrdit, že požadavek na pojištění má skutečný přínos.

2. Současný stav: nejasná představa

Mezi zkušenostmi členských států existují značné rozdíly způsobené zejména rozdíly v systémech zdravotní péče. Neodkladná zdravotní péče je poskytována všeobecně a pokrytí nákladů na tuto péči je druhořadou záležitostí. V některých členských státech EU platí dvoustranné dohody o zdravotní péči se třetími zeměmi, které pokrývají zdravotní péči bez ohledu na to, zda je dotyčná osoba pojištěna, či nikoli. Situace se liší také v závislosti na tom, zda je zdravotní péče poskytována na základě soukromé komerční „smlouvy“, přímo státními zařízeními, nebo kombinací těchto dvou případů, kdy stát vystupuje jako „zajistitel“. Odhady členských států EU týkající se částek, které představují nezaplacené účty za zdravotní péči, se velmi liší. Některé členské státy EU soudí, že se jedná o zanedbatelný problém, a bez poskytnutí

jakýchkoliv podkladů uvádějí, že „držitelé víz platí své léčebné výlohy“. Jiné státy to považují za zásadní problém a upozorňují na to, že práh pojistného krytí ve výši 30 000 EUR je nedostatečný.

Vzhledem k tomu, že pojištění není podmínkou vstupu, a tedy se při vstupu na území nekontroluje, nelze prokázat, zda držitelé víz mají odpovídající pojištění při každé cestě.

Sběr přesných údajů o účtech nezaplacených držiteli krátkodobých víz je navíc obtížný a zdá se, že se nikde neuskutečňuje. Důvody, proč vznikají nezaplacené účty (za péči poskytnutou státním příslušníkům třetích zemí), tedy zůstávají neznámé, a v této otázce je třeba vyjasnit řadu aspektů, například:

- Jaký je podíl držitelů krátkodobých víz, kteří během svého pobytu potřebují neodkladnou zdravotní péči a kteří nemají žádné pojištění nebo nemají dostatečné pojištění?
- Lze nedostatečné pojistné krytí vysvětlit skutečností, že současný právní základ jasně neuvádí požadavky na to, co má pojištění splňovat, aby bylo považováno za dostatečné?
- Je úroveň krytí (30 000 EUR) příliš nízká na to, aby pokryla všechny náklady?
- Z jakých důvodů pojišťovny odmítají hradit vzniklé náklady na zdravotní péči?
- Proč se zdravotnická zařízení nesnaží o vymáhání nezaplacených výdajů? Je to kvůli nízké úspěšnosti nebo proto, že ústřední orgány nakonec dluhy pokryjí?

Dodatečným, avšak také významným problémem je, že není nijak prokázáno, že by státní příslušníci třetích zemí, na které se vztahuje vízová povinnost, představovali pro zdravotní péči jiné problémy než státní příslušníci třetích zemí, na které se vízová povinnost pro cesty do EU nevztahuje[8] (viz výše). Je proto velmi sporné, zda jsou rozdílné požadavky vztahující se na tyto kategorie cestujících oprávněné.

Některé členské státy EU ve svých odpovědích tvrdí, že tento požadavek by měl být považován také za prostředek ochrany cestujících v případě, že by během pobytu potřebovali neodkladnou zdravotní péči. To by se však mělo vztahovat na všechny státní příslušníky třetích zemí cestující do EU.

3. Dopad pandemie COVID-19

V důsledku pandemie COVID-19 a následného celosvětového omezení cestování došlo od konce března 2020 k náhlému a téměř úplnému zastavení vízových operací a k tomu, že vysoký počet držitelů víz nacházejících se na území členských států EU nebyl schopen opustit území před skončením platnosti víza. Pandemie dále zdůraznila naléhavou potřebu vyhodnotit účinnost pojištění. Členským státům byly proto položeny následující otázky:

[8] V roce 2019 bylo vydáno přibližně 15 milionů krátkodobých víz, z nichž více než 50 % tvořila víza pro více vstupů. Ve srovnání s tím zpráva „Technické studie o inteligentních hranicích“ dospěla k závěru, že očekávaný provoz na vnějších hranicích v roce 2020 by měl u státních příslušníků třetích zemí, na které se nevztahuje vízová povinnost, dosáhnout úrovně 104 milionů vstupů a výstupů.

- *Jaký je dopad současné pandemie COVID-19? Zaznamenali jste během tohoto období nějaké změny v oblasti nezaplacených účtů za zdravotní péči? Pokud tyto údaje ještě nejsou k dispozici, uveďte, kdy budou.*
- *Jaká ustanovení o zdravotním pojištění a zdravotní péči se vztahují na držitele krátkodobých víz, kteří musí kvůli pandemii COVID-19 zůstat na území schengenského prostoru déle než 90 dní?*

Odpovědi členských států EU na tyto otázky byly velmi podobné: je příliš brzy na to stanovit, zda měla pandemie nějaký dopad, nízký počet cestujících z třetích zemí (s vízovou povinností nebo bez ní) však naznačuje, že dopad mít nebude. Většina členských států EU po osobách nedobrovolně překračujících povolenou délku pobytu nepožadovala uzavřít pojištění na dobu jejich prodlouženého pobytu a během tohoto období bylo poskytováno jakékoliv neodkladné ošetření. Lidé, kteří během svého prodlouženého pobytu vyžadovali jiné typy zdravotní péče, museli náklady na tuto péči hradit sami.

V listopadu 2020 členské státy EU opětovně zahájily zpracovávání nízkého počtu žádostí o víza na celém světě, přičemž se objevil nový aspekt pojištění přímo související s pandemií COVID-19: Namátkové kontroly provedené v dubnu 2020 ukázaly, že několik významných pojišťoven začalo nabízet pojistné smlouvy obsahující zvláštní ustanovení, které z pojistného krytí vylučují zdravotní náklady spojené s vypuknutím epidemie nebo pandemie, nebo je kryjí pouze částečně. Podobné trendy hlásily také konzuláty členských států EU.

III. **Další** kroky

Co se týče účinnosti současného požadavku na pojištění, nelze učinit jednoznačné závěry. Tato zpráva ukazuje, že chybí relevantní a spolehlivé údaje, které by Komisi umožnily plně posoudit účinnost stávajících pravidel. Jsou však dostatečně doloženy výzvy, kterým různí aktéři čelí při provádění opatření, a lze tedy již vyvodit následující závěry:

1) Nebylo nijak prokázáno, že by současný požadavek na pojištění poskytoval systémům zdravotní péče významnou úlevu tím, že zajistí platbu za ošetření, neboť problém nezaplacených účtů stále přetrvává. Značným problémem se navíc jeví vymáhání nezaplacených účtů vzniklých nemocnicím, a to i v případech, kdy je pacient v době ošetření pojištěn.

2) V současné podobě požadavku na pojištění lze identifikovat následující nedostatky:

   - čas, kdy se pojištění prokazuje (při podání žádosti o vízum),
   - široká, nejasná a možná zastaralá pravidla týkající se pojistného krytí, která konzulárním pracovníkům ztěžují kontrolu souladu pojištění s předpisy,
   - skutečnost, zda držitel víza pojištění opravdu má, se při překračování hranice EU nekontroluje.

3) Z informací poskytnutých členskými státy EU vyplývá, že neexistence rovnocenných požadavků pro bezvízové cestující by mohla být součástí problému, který ústí v nezaplacené nemocniční účty, neboť neexistují doklady o tom, že by státní příslušníci

třetích zemí, na které se vztahuje vízová povinnost, představovali pro zdravotní péči jiné problémy než státní příslušníci třetích zemí, na které se vízová povinnost pro cesty do EU nevztahuje.

Je možné uvažovat o několika následných opatřeních:

- Akceptovat současnou situaci, kdy není prokázán žádný skutečný přínos pro zdravotnické systémy, navzdory známým problémům, kterým čelí žadatelé o víza i konzuláty, existujícím strukturálním problémům a nedostatku dostupných údajů, které by umožnily posoudit, zda je požadavek na pojištění skutečně uplatňován tak, jak bylo zamýšleno.

- Uznat, že právní základ (vypracovaný před 17 lety) je zastaralý a musí být vylepšen, aby se zajistilo, že slouží zamýšlenému účelu, a sice aby držitelé víz měli během svého pobytu odpovídající pojištění, například stanovením přesných požadavků na pojistné smlouvy, na které by pojistitelé museli v pojistných smlouvách výslovně odkazovat („zaručené minimální standardy cestovního zdravotního pojištění v EU“). Ustanovení by mohla zahrnovat standardní platební postupy k zajištění úhrady nákladů, možnost delšího pojistného krytí v případě pobytů na území po skončení platnosti víza z důvodu prodloužení léčby a dále možnost nepřetržitého pojistného krytí pro držitele víza pro více vstupů (tzv. „pay as you go“). „Známka záruky“ by rovněž mohla umožnit konzulátům kontrolu toho, zda pojistné smlouvy předložené žadateli o vízum splňují zákonné požadavky, a to zejména pokud bude postup udělování víz plně digitalizován.

- Uznat skutečnost, že by nemělo docházet k rozdílnému zacházení se státními příslušníky třetích zemí, na které se vztahuje vízová povinnost, a těmi, na které se vízová povinnost nevztahuje, pokud jde o pojistné krytí, a zvážit rozšíření požadavku na pojištění na cestující bez vízové povinnosti, přičemž je třeba zajistit kontrolu dodržování předpisů ve vhodný okamžik (tj. při uskutečnění cesty).

S cílem objasnit účinnost požadavku na pojištění a možnou potřebu revize jeho právního základu hodlá Komise na základě této zprávy zahájit studii za účelem shromáždění dalších údajů.