COMISSÃO
EUROPEIA

Bruxelas, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

# RELATÓRIO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO

## relativo à utilização do seguro médico de viagem, nos termos do artigo 15.º do Regulamento (CE) n.º 810/2009, por titulares de vistos durante a sua estada nos Estados- Membros

**RELATÓRIO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO**

**relativo à utilização do seguro médico de viagem, nos termos do artigo 15.º do Regulamento (CE) n.º 810/2009, por titulares de vistos durante a sua estada nos Estados-Membros**

## I. Introdução

Desde 2004[1], os requerentes de vistos de curta duração têm de apresentar provas de um *«seguro médico de viagem adequado e válido»* para cobrir um tratamento médico urgente ou o repatriamento devido a problemas de saúde imprevistos durante a sua estada nos Estados-Membros da UE. Nessa altura, a decisão do Conselho que aplicava estas regras não exigia uma avaliação de impacto, e não foi realizada nenhuma outra forma de análise aprofundada do impacto da medida. Estas disposições foram integradas no artigo 15.º do Código Comunitário de Vistos [Regulamento (CE) n.º 810/2009), sem alterações de fundo[2].

Embora a apresentação de um seguro médico de viagem adequado (a seguir designado «seguro») constitua uma condição prévia para requerer um visto de curta duração, o facto de ser titular desse seguro não constitui uma condição de entrada[3] objeto de um controlo nas fronteiras externas da UE. Por conseguinte, os nacionais de países terceiros não sujeitos à obrigação de visto e os futuros requerentes do ETIAS[4] não são obrigados a apresentar prova de que possuem um seguro quando viajam para o território da UE. Esta situação conduz a uma diferença de tratamento entre os nacionais de países terceiros isentos da obrigação de visto e os nacionais de países terceiros sujeitos à obrigação de visto.

Na proposta de 2014 de reformulação do Código de Vistos, a Comissão propôs que fosse suprimida a obrigação de seguro. Esta proposta justificava-se pelas dificuldades de ordem prática relacionadas com a obrigação de seguro (ver infra), pelo facto de a obrigação de seguro não ser objeto de controlo nas fronteiras externas, bem como pelo facto de existirem muito poucas provas disponíveis[5] para demonstrar a aplicação efetiva das apólices de seguro. O Conselho rejeitou a proposta, que, em contrapartida, obteve o apoio do Parlamento Europeu. A Comissão acabou por retirar a sua proposta de reformulação em 2018.

---

1 Decisão do Conselho, de 22 de dezembro de 2003, que altera o ponto 1.4 da parte V das instruções consulares comuns e o ponto 4.1.2 da parte I do manual comum no que respeita à inclusão da exigência de posse de um seguro médico de viagem entre os documentos comprovativos para a concessão de um visto uniforme de entrada (2004/17/CE), JO L 5 de 9.1.2004, p. 79.

2 Regulamento (CE) n.º 810/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de julho de 2009, que estabelece o Código Comunitário de Vistos (Código de Vistos), JO L 243 de 15.9.2009, p. 1.

3 Artigo 6.º, n.º 1, do Regulamento (UE) 2016/399 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2016, que estabelece o código da União relativo ao regime de passagem de pessoas nas fronteiras (Código das Fronteiras Schengen) JO L 77 de 23.3.2016, p. 1.

4 Sistema Europeu de Informação e Autorização de Viagem
Regulamento (UE) 2018/1240 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de setembro de 2018, que cria um Sistema Europeu de Informação e Autorização de Viagem (ETIAS) e altera os Regulamentos (UE) n.º 1077/2011, (UE) n.º 515/2014, (UE) 2016/399, (UE) 2016/1624 e (UE) 2017/2226 (JO L 236 de 19.9.2018, p. 1).

5 Documento de trabalho dos serviços da Comissão SWD (2014) 101 final.

Na proposta que apresentou em 2018 de uma revisão específica do Código de Vistos, a Comissão não propôs alterações às disposições em matéria de seguros. O Parlamento Europeu e o Conselho acordaram em incumbir a Comissão de elaborar um relatório destinado a verificar a eficácia desta medida. Nos termos do artigo 2.º, n.º 3, do Regulamento (UE) 2019/1155 que altera o Regulamento (CE) n.º 810/2009[6], a Comissão apresenta um relatório a transmitir ao Parlamento Europeu e ao Conselho com base nos *«... dados relevantes disponíveis sobre a utilização do seguro médico de viagem (...) por parte dos titulares de vistos durante a sua estada no território dos Estados-Membros, bem como sobre os custos incorridos pelas autoridades nacionais ou pelos prestadores de serviços médicos para os titulares de vistos»* facultados pelos Estados-Membros.

Em conformidade com esta disposição, o presente relatório apresenta as dificuldades (algumas das quais previamente documentadas) relacionadas com a obrigação de seguro, contém um resumo geral das respostas dos Estados-Membros da UE, nomeadamente no que se refere ao possível impacto da pandemia de COVID-19, e sugere as próximas etapas.

## 1. Dificuldades colocadas pelo procedimento de emissão de vistos e pela falta de controlos nas fronteiras

Embora a aquisição de um seguro propriamente dita não pareça ser problemática para os requerentes, várias análises efetuadas anteriormente, bem como debates frequentes no âmbito do comité de vistos e da cooperação local a título Schengen mostraram que a obrigação de possuir um seguro coloca problemas em vários outros aspetos.

### – Base jurídica

Nos termos do artigo 15.º do Código de Vistos, os requerentes devem provar que possuem um *«seguro médico de viagem adequado e válido»* para cobrir *«quaisquer despesas decorrentes de um repatriamento por razões médicas, de assistência médica urgente e/ou cuidados hospitalares urgentes ou de falecimento durante a sua estada no território dos Estados-Membros.»* As pessoas que apresentam um pedido de visto para entradas múltiplas devem apresentar essa prova para a primeira estada prevista. Ao apresentar o pedido, a pessoa em causa é informada, ao assinar o formulário de pedido, da necessidade de subscrever um seguro para eventuais estadas futuras.

O seguro deve cobrir a de estada do titular do visto nos Estados-Membros da UE. A cobertura mínima é de 30 000 EUR (nível fixado em 2004) e as indemnizações de seguro devem poder ser recuperadas num Estado-Membro da UE.

### – Calendário para a apresentação do seguro

Os requerentes de visto devem apresentar o seguro quando fazem o pedido de visto. Por conseguinte, devem apresentar um seguro para cobrir o período de estada prevista antes mesmo de saberem se o visto será emitido e qual será a sua duração. Além disso, alguns consulados

[6] Regulamento (UE) 2019/1155 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de junho de 2019, que altera o Regulamento (CE) n.º 810/2009 que estabelece o Código Comunitário de Vistos (Código de Vistos) (JO L 188 de 12.7.2019, p. 25).

insistem, erradamente, que o seguro deve cobrir a totalidade do período de validade[7] do visto. Alguns consulados decidem da duração da validade do visto com base no período de validade do seguro apresentado, o que não era a intenção dos legisladores.

Algumas companhias de seguros permitem a anulação posterior de apólices de seguros. Embora esta medida beneficie as pessoas cujo pedido foi indeferido e que, de outro modo, teriam perdido o dinheiro gasto no seguro, constitui também um meio para contornar a obrigação uma vez o visto concedido.

Se requererem ou forem elegíveis para um visto para entradas múltiplas com um período de validade longo, os requerentes devem apresentar uma prova da cobertura do seguro para a primeira estada prevista. Ao assinarem o formulário do pedido, os requerentes são informados de que devem ser titulares de um seguro para as viagens subsequentes, o que não é verificado aquando da entrada, não havendo provas de que este requisito é realmente cumprido.

– **Controlo do seguro médico por parte dos consulados**

Do ponto de vista dos consulados, é difícil e moroso verificar se as apólices de seguros altamente técnicas e pormenorizadas oferecem efetivamente as garantias de cobertura necessárias. A dificuldade é tanto maior quanto a formulação, muito geral, do artigo 15.º do Código de Vistos não permite efetuar controlos de conformidade rápidos. Os problemas comunicados pelo setor da saúde (ver infra) refletem igualmente a dificuldade de proceder a controlos exaustivos.

Em alguns locais, na sequência do intercâmbio de informações previsto no artigo 48.º, n.º 3, alínea d), do Código de Vistos, os Estados-Membros da UE elaboraram coletivamente uma lista de «companhias de seguros recomendadas» cujos produtos foram controlados para verificar se cumprem os requisitos. Além de facilitar a tarefa de avaliação para todos os intervenientes, é também uma tentativa de incentivar os candidatos a escolher um dos seguros que figuram na lista e de, deste modo, limitar o número de apólices diferentes apresentadas. Em alguns países, verificou-se que estas listas são um instrumento eficaz, uma vez que as companhias de seguros pedem para ser incluídas (embora não esteja previsto nenhum pedido oficial nesse sentido) e estão interessadas em permanecer nas listas. Uma lista de seguros «recomendados» também pode tranquilizar os requerentes de que estão devidamente segurados. Na maioria dos países, essa avaliação coletiva foi considerada impossível devido ao número de apólices de seguro disponíveis, incluindo na Internet. Dito isto, as regras da concorrência não permitem que as apólices de seguros que preenchamos critérios estabelecidos no Código de Vistos sejam rejeitadas pelo simples facto de não constarem das listas de seguros «recomendados».

[7] Período de estada autorizada: número de dias durante os quais o titular do visto está autorizado a permanecer, por exemplo, 30 dias.
Período de validade do visto: é acrescentado um período de 15 dias ao período de estada autorizada por forma a permitir ao titular do visto uma certa flexibilidade na utilização do visto (os seus planos ou os voos podem mudar, etc.), o que significa que uma pessoa pode ser titular de um visto válido por 45 dias, com uma estada autorizada de 30 dias. O seguro médico de viagem deve cobrir um período de 30 dias.

– **Ausência de verificação nas fronteiras externas**

Como já referido, a posse de uma cobertura de seguro não é controlada nas fronteiras externas. Por conseguinte, é deixada à boa-fé dos titulares de vistos a questão de saber se possuem um seguro válido que cobre o seu período de estada quando atravessam a fronteira externa e se cumprem essa obrigação cada uma das vezes quando viajam com um visto para entradas múltiplas (que pode ser válido até cinco anos).

**2. Problemas comunicados pelo setor da saúde**

A Comissão realizou uma investigação preliminar (2019-2020) sobre esta matéria contactando instituições e agências de saúde pública nos Estados-Membros da UE. A maioria delas declarou não poder fornecer mais informações sobre a utilização dos seguros, uma vez que esses dados não são recolhidos de forma centralizada. No entanto, foram assinalados os seguintes problemas:

- Ausência frequente de cobertura financeira, quer por não ter sido subscrito um seguro para a duração da estada, quer por ter caducado antes do final do tratamento médico (especialmente se a estada da pessoa tiver sido prolongada por motivos de saúde), ou pelo facto de o segurado ter deliberadamente rescindido o seguro antes do termo da sua estada.
- Cobertura insuficiente de seguro, em especial quando o limite máximo de reembolso dos cuidados de saúde é muito baixo. Coloca-se igualmente a questão de cobertura dos cuidados de saúde programáveis (por exemplo, cuidados de enfermagem após o tratamento nas urgências, ou se forem necessários cuidados distintos após o tratamento nas urgências). Estes tratamentos não são (totalmente) cobertos pelas apólices de seguro.
- Frequentemente, as companhias de seguros não reembolsam os custos devido a cláusulas de exclusão ou ao facto de um doente ter problemas médicos preexistentes, ou seja, um historial clínico que aumenta consideravelmente a probabilidade de o risco coberto poder ocorrer.
- Exigências desproporcionadas em matéria de reembolso: alguns reembolsos só são efetuados sob certas condições que não são compatíveis com o sigilo médico (por exemplo, pedidos de relatórios médicos antes do reembolso).
- Impossibilidade de encontrar os doentes depois de terem alta do hospital e dificuldades em contactar a companhia de seguros no estrangeiro. Por exemplo, o doente comunica os seus dados de seguro ao hospital, mas os prestadores de cuidados de saúde não recebem respostas das companhias de seguros. Perante a ausência de uma seguradora de terceiros que cubra as despesas, os hospitais são obrigados a faturar as despesas diretamente ao doente, sem garantia de pagamento.
- A maioria dos hospitais indicam os preços previamente e faturam diretamente ao paciente. Obviamente tal não pode ser feito em casos de emergência.
- Muitas vezes, os pacientes precisam de permanecer mais tempo do que o autorizado no seu visto ou de serem transferidos para outro hospital. Nesses casos, as companhias de seguros recusam-se a pagar.

– Existem igualmente problemas com o nível de cobertura, que é considerado insuficiente para cobrir os tratamentos e os cuidados de acompanhamento, que normalmente nunca estão abrangidos, e que são necessários frequentemente.

## II. Resultados do inquérito de 2020 sobre os seguros e os custos incorridos

Os Estados-Membros da UE foram convidados a fornecer *«os dados relevantes disponíveis sobre a utilização do seguro médico de viagem (...) por parte dos titulares de vistos durante a sua estada no território dos Estados-Membros, bem como sobre os custos incorridos pelas autoridades nacionais ou pelos prestadores de serviços médicos para os titulares de vistos»* com base nas seguintes perguntas:

– *De que modo se verifica se os titulares de vistos que necessitam de tratamento médico urgente durante a sua estada possuem um seguro médico de viagem adequado e válido? O que acontece se não for o caso?*
– *Que dados são recolhidos sobre os cuidados de saúde prestados aos titulares de vistos de curta duração e sobre o seguro de que são titulares?*
– *Que organização está encarregada de recolher esses dados?*
– *Qual é a política em matéria de faturas de cuidados de saúde não pagas? São feitas tentativas para cobrar esses montantes? Qual é a taxa de sucesso na cobrança das faturas médicas não pagas junto dos doentes ou das companhias de seguros?*
– *Qual é o montante total (estimado) das faturas médicas não pagas por titulares de vistos de curta duração (2019)? Como se situa este montante em comparação com o montante de faturas médicas não pagas por outras categorias de nacionais de países terceiros (visitantes isentos da obrigação de visto; pessoas titulares de autorizações de residência ou de vistos de longa duração)?*

Os Estados-Membros da UE foram convidados a recolher contributos junto das diferentes administrações públicas e partes interessadas nos seus países, incluindo as autoridades de saúde, as organizações de seguros e os prestadores de cuidados de saúde.

### 1. Relatórios dos Estados-Membros

À exceção de um, todos os Estados-Membros da UE-28 e os Estados associados a Schengen responderam ao inquérito, embora o nível das informações comunicadas nas respostas tenha variado substancialmente. Dezasseis dos Estados inquiridos haviam realizado investigações através de diferentes organismos governamentais, mas o rigor das investigações varia. Os restantes inquiridos limitaram-se a responder que não existem dados disponíveis.

Quanto ao conteúdo das respostas, a característica comum é que, de um modo geral, não existe uma recolha de dados centralizada e formalizada sobre os cuidados de saúde prestados a nacionais de países terceiros e que não são recolhidos dados relativos à base jurídica da estada de doentes que sejam nacionais de países terceiros (por exemplo, titulares de um visto de curta duração, viajantes «isentos» de visto, etc.) quando recebem tratamento médico. Algumas

respostas fornecem uma descrição pormenorizada da organização a nível nacional dos cuidados de saúde e da cobrança de pagamentos, enquanto outras dão respostas muito gerais. Alguns Estados-Membros da UE partilharam montantes específicos sobre faturas médicas não pagas por nacionais de países terceiros, mas os métodos de cálculo e os períodos abrangidos não permitem estabelecer comparações significativas.

- **Garantia geral de cuidados médicos urgentes**

De um modo geral, os hospitais públicos em todos os Estados-Membros da UE prestam cuidados médicos urgentes a todas as pessoas, independentemente de terem estatuto de residente, de serem titulares de um visto ou de possuírem um seguro médico. Além disso, alguns Estados-Membros da UE celebraram com determinados países terceiros «sujeitos à obrigação de visto» acordos bilaterais em matéria de tratamentos médicos, o que significa que os custos dos tratamentos médicos são suscetíveis de ser cobertos no que respeita aos nacionais desses países que sejam titulares de vistos, mesmo que não possuam um seguro.

- **Controlo da subscrição de um seguro realizado pelos estabelecimentos de saúde**

A posse de um seguro não constitui uma condição prévia para receber tratamento médico. No entanto, a maioria dos Estados-Membros da UE observa que, em função do estado do doente no momento em que é admitido, os estabelecimentos de saúde podem exigir a prova de seguro antes de proceder ao tratamento, mas não existe uma abordagem uniforme. Na maioria dos casos, o doente deve apresentar essa prova após o tratamento ou pagar diretamente o hospital ou este cobra à seguradora.

Alguns estabelecimentos médicos dos Estados-Membros da UE exigem que os doentes paguem um adiantamento (por exemplo, para montantes iguais ou inferiores a 300 EUR), o que torna irrelevante o pagamento do seguro. Outros exigem que todos os residentes de países terceiros ou, se for caso disso, as pessoas/patrocinadoras que convidam, paguem diretamente o tratamento.

- **Inexistência de dados suficientes para determinar se os titulares de vistos utilizam o seu seguro**

Aquando da recolha de dados pessoais dos doentes, podem também ser recolhidas informações sobre a sua nacionalidade. As condições de estada (ou seja, o facto de a pessoa ser titular de um visto ou de uma autorização de residência) das pessoas que receberam tratamento não são recolhidas de forma centralizada, mas podem ser conservadas a nível hospitalar ou regional. Alguns Estados-Membros da UE realizaram inquéritos *ad hoc* sobre nacionais de países terceiros que receberam tratamento médico, mas sem discriminar as condições de estada, nem indicar ser o tratamento médico estava coberto por acordos bilaterais.

Três Estados-Membros da UE indicaram que são efetuados controlos aleatórios nas fronteiras externas para verificar se os titulares de vistos possuem um seguro válido. Um dos três indica que a falta de apólice de seguro pode conduzir à revogação do visto pelo facto de uma das condições para a concessão do mesmo deixar de estar preenchida.

– **Cobrança de faturas médicas não pagas**

Aparentemente, nenhum Estado-Membro da UE aplica normas ou orientações transversais no que diz respeito à cobrança de faturas hospitalares não pagas. Tal deve-se também à descentralização dos cuidados de saúde na maioria dos Estados-Membros da UE, o que permite a cada instituição estabelecer a sua própria prática.

Todos os Estados-Membros da UE confirmam que a recuperação de faturas junto de particulares ou de companhias de seguros no estrangeiro é extremamente difícil (morosa e dispendiosa).

Em alguns Estados-Membros da UE existem «empresas de resseguro» nacionais que são organismos públicos sob a tutela do Ministério da Saúde e que suportam os custos dos hospitais relativos a faturas não pagas, mas não dispõem de meios para exigir o reembolso ao doente ou à empresa seguradora.

Vários Estados-Membros da UE elaboram estimativas de faturas médicas não pagas relativas a cuidados médicos dispensados a cidadãos estrangeiros (sem discriminação de nacionalidade) que variam entre 10 % e 60 %, mas apenas um Estado-Membro comunicou dados sobre faturas médicas não pagas especificamente por titulares de vistos de curta duração, de uma região do país (65 %). Esse Estado-Membro da UE indica também que a taxa das faturas médicas não pagas relativas a nacionais de países terceiros que podem entrar na União sem visto (e sem seguro) é de 62 %. Neste contexto, é difícil argumentar que a obrigação de visto faz uma verdadeira diferença.

## 2. Situação atual: não há uma ideia clara

A situação difere consideravelmente entre os vários Estados-Membros da UE, principalmente devido às diferenças existentes nos sistemas de saúde. Os tratamentos médicos urgentes são prestados a qualquer pessoa que necessite, e a cobertura dos respetivos custos é uma questão secundária. Em alguns Estados-Membros da UE, os acordos bilaterais com países terceiros em matéria de cuidados de saúde abrangem os tratamentos médicos, independentemente de a pessoa em causa ser ou não titular de um seguro. As situações variam também consoante os cuidados de saúde forem dispensados no âmbito de um «contrato» comercial privado, diretamente pelos estabelecimentos públicos ou por uma combinação dos dois nos casos em que o Estado é o «ressegurador». As estimativas apresentadas pelos Estados-Membros da UE dos montantes que representam as despesas médicas por pagar variam de forma substancial. Alguns Estados-Membros da UE consideram que o problema é insignificante, afirmando que «os titulares de vistos pagam as suas despesas médicas», sem apresentar provas. Outros consideram que se trata de uma questão muito preocupante, assinalando que o limiar de cobertura de 30 000 EUR não é suficiente.

Uma vez que a posse de um seguro não é uma condição prévia para a entrada e que, por conseguinte, não é verificada à entrada, não há provas de que os titulares de um visto são titulares de um seguro adequado quando viajam.

Além disso, a recolha de dados exatos sobre as faturas não pagas pelos titulares de vistos de curta duração é difícil de por em prática e parece mesmo não existir. Assim, as razões subjacentes ao

não-pagamento destas faturas (incorridas por nacionais de países terceiros) continuam a ser desconhecidas, pelo que é necessária clareza em relação a uma série de aspetos referidos seguidamente

- Que percentagem de titulares de vistos de curta duração que necessitam de tratamento médico urgente durante a sua estada não possuem seguro ou cujo seguro é insuficiente?
- Pode a cobertura do seguro a um nível insuficiente dever-se ao facto de a base jurídica atual não indicar claramente as condições necessárias para que um seguro seja considerado adequado?
- É o limiar da cobertura (30 000 EUR) demasiado baixo para cobrir integralmente as despesas?
- Quais são as razões apresentadas pelas companhias de seguros para se recusarem a cobrir as despesas médicas incorridas?
- Por que razão os estabelecimentos médicos não procuram obter o pagamento devido? Esta tendência deve-se à taxa reduzida de cobrança efetiva ou, em última análise, ao pagamento das dívidas por parte das autoridades centrais?

Uma outra questão importante é de que não existem provas de que os nacionais de países terceiros sujeitos à obrigação de visto têm problemas de saúde diferentes dos nacionais de países terceiros que podem entrar no território da União sem visto[8] (ver supra). Por conseguinte, é altamente questionável se as exigências diferentes entre estas categorias de viajantes se justificam.

Nas suas respostas, alguns Estados-Membros da UE argumentam que o requisito também deve ser visto como um meio de proteger os viajantes caso necessitem de tratamento médico urgente durante a sua estada. No entanto, esta preocupação deverá aplicar-se a todos os nacionais de países terceiros que viajam para a UE.

### 3. Impacto da pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 e as consequentes restrições de viagem impostas a nível mundial vieram por termo de forma súbita e praticamente total às operações de emissão de vistos a partir do final de março de 2020, pelo que um número elevado de titulares de vistos presentes nos Estados-Membros da UE não puderam deixar o território da União antes de o seu visto caducar. A pandemia realçou ainda mais a necessidade premente de avaliar a eficácia dos seguros e colocou as seguintes questões aos Estados-Membros:

- *Que impacto tem a atual pandemia de COVID-19? Durante este período observou alguma alteração no que respeita ao não-pagamento de faturas de cuidados de saúde? Se esses dados ainda não estiverem disponíveis, indicar a data em que o estarão.*

[8] Em 2019, foram concedidos cerca de 15 milhões de vistos de curta duração, mais de 50 % dos quais eram vistos de entradas múltiplas. A título comparativo, o relatório «Technical Study on Smart Borders» [Estudo Técnico sobre Fronteiras Inteligentes] concluiu que o número previsto de nacionais de países terceiros isentos de visto nas fronteiras externas em 2020 ascenderia a 104 milhões.

– *Que disposições em matéria de seguro de saúde e de cuidados médicos são aplicáveis aos titulares de vistos de curta duração que têm de permanecer no espaço Schengen por um período superior a 90 dias devido à pandemia de COVID-19?*

As respostas dos Estados-Membros da UE a estas perguntas foram muito semelhantes: É demasiado cedo para determinar se a pandemia teve algum impacto, mas o número reduzido de viajantes oriundos de países terceiros («isenção de visto» ou «obrigação de visto») sugere que não haverá impacto. A maioria dos Estados-Membros da UE não exigiu que as pessoas que, de forma involuntária, ultrapassaram o período de estada autorizada subscrevessem um seguro para o prolongamento da sua estada e para eventuais tratamentos de emergência efetuados durante esse período. As pessoas que necessitam de outros tipos de tratamento médico durante o prolongamento da sua estada têm de cobrir elas próprias as respetivas despesas.

Em novembro de 2020, os Estados-Membros da UE recomeçaram a tratar pedidos de vistos (pouco numerosos) apresentados em vários do mundo, e surgiu um novo aspeto relativo aos seguros que está diretamente relacionado com a pandemia de COVID-19. Os controlos por amostragem realizados em abril de 2020 revelam que várias grandes companhias de seguros propõem atualmente apólices de seguro com cláusulas específicas que excluem da cobertura as despesas médicas associadas a uma epidemia ou a pandemia, ou que as cobrem apenas parcialmente. Os consulados dos Estados-Membros da UE comunicaram igualmente tendências semelhantes.

## **III.** Próximas etapas

O panorama acima descrito não é conclusivo quanto à eficiência da obrigação de seguro imposta atualmente. O presente relatório revela que faltam dados pertinentes e sólidos que permitam à Comissão avaliar plenamente a eficiência das regras em vigor. No entanto, existe uma série de elementos que comprovam as dificuldades encontradas pelos diferentes intervenientes na aplicação das medidas, podendo já tirar-se as seguintes conclusões:

1) Não há provas de que o atual requisito de seguro preveja uma redução significativa para os sistemas de saúde, assegurando o pagamento do tratamento, uma vez que o problema das faturas não pagas continua a existir. Além disso, a cobrança de faturas hospitalares não pagas parece constituir um problema considerável, mesmo nos casos em que, no momento do tratamento, o doente é titular de um seguro.

2) É possível identificar os seguintes problemas na forma como a obrigação atual é concebida:

   – O momento da apresentação da prova (aquando da apresentação do pedido de visto).

   – As normas gerais, pouco claras e possivelmente obsoletas em matéria de cobertura de seguro dificultam a verificação, por parte do pessoal consular, da conformidade do seguro.

   – A posse efetiva do seguro não é verificada quando o titular do visto atravessa a fronteira da UE.

3) As informações fornecidas pelos Estados-Membros da UE indicam que a ausência de obrigações equivalentes para os viajantes isentos da obrigação de visto pode, até certo ponto, explicar o problema das faturas hospitalares não pagas, uma vez que não existem provas de que os nacionais de países terceiros sujeitos à obrigação de visto tenham problemas de saúde diferentes dos dos nacionais de países terceiros autorizados a viajar para a UE com isenção de visto.

Podem prever-se várias opções para o acompanhamento:

– Aceitar a situação atual sem provas reais dos benefícios decorrentes para os sistemas de saúde apesar dos problemas conhecidos com que se confrontam os requerentes de visto, das dificuldades enfrentadas pelos consulados, dos problemas estruturais enraizados e da falta de dados disponíveis que permitam avaliar se a obrigação de seguro é efetivamente aplicada conforme previsto.

– Reconhecer que a base jurídica está desatualizada (data de há 17 anos) e que, por conseguinte, deve ser melhorada para atingir a sua finalidade, nomeadamente que os titulares de vistos disponham de um seguro adequado durante a sua estada. Pode prever-se, por exemplo, a definição de requisitos precisos que as companhias de seguros devem mencionar explicitamente nas apólices («norma mínima garantida de seguro médico de viagem na UE»). Essas disposições poderão incluir procedimentos de pagamento normalizados para assegurar a recuperação das despesas; a possibilidade de alargar a cobertura caso a estada ultrapasse o termo da validade do visto devido ao prolongamento do tratamento; e a possibilidade de cobertura contínua para os titulares de vistos de entradas múltiplas («pagamento por cada ato médico»). A criação de um «rótulo de garantia» poderá também, especialmente quando o procedimento de visto se tornar totalmente digitalizado, permitir aos consulados verificar se as apólices de seguro apresentadas pelos requerentes de visto cumprem os requisitos legais.

– Reconhecer que não devem existir diferenças de tratamento entre nacionais de países terceiros sujeitos à obrigação de visto e nacionais de países terceiros isentos dessa obrigação no que respeita à cobertura de seguro durante a sua estada na UE, bem como ponderar a possibilidade de alargar a obrigação de seguro aos viajantes isentos da obrigação de visto, assegurando simultaneamente que o respeito dessa obrigação seja verificado no momento adequado (ou seja, no momento da viagem).

Para ter uma ideia mais clara da eficácia da obrigação de seguro e da eventual necessidade de uma revisão da base jurídica, a Comissão tenciona, com base no presente relatório, lançar um estudo para recolher dados suplementares.