COMMISSIONE
EUROPEA

Bruxelles, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO E AL CONSIGLIO

sull'uso dell'assicurazione sanitaria di viaggio, a norma dell'articolo 15 del regolamento (CE) n. 810/2009, da parte dei titolari di visto durante il loro soggiorno negli Stati membri

RELAZIONE DELLA COMMISSIONE AL PARLAMENTO EUROPEO E AL CONSIGLIO

sull'uso dell'assicurazione sanitaria di viaggio, a norma dell'articolo 15 del regolamento (CE) n. 810/2009, da parte dei titolari di visto durante il soggiorno negli Stati membri

I. Introduzione

Dal 2004[1] i richiedenti i visti per soggiorno di breve durata sono tenuti a presentare la prova di un'"*un'adeguata e valida assicurazione sanitaria di viaggio*" che copra le cure mediche urgenti o il rimpatrio dovuti a problemi di salute imprevisti durante il loro soggiorno negli Stati membri dell'UE. La decisione del Consiglio che all'epoca rendeva applicabili tali norme non prevedeva una valutazione d'impatto, né sono state condotte altre forme di analisi approfondita dell'impatto della misura. Tali disposizioni sono state integrate senza modifiche sostanziali nell'articolo 15 del codice dei visti (regolamento (CE) n. 810/2009)[2].

Sebbene la presentazione di un'adeguata assicurazione sanitaria di viaggio ("assicurazione") sia d'obbligo per presentare domanda di visto per soggiorno di breve durata, il possesso di detta assicurazione non rappresenta una condizione d'ingresso[3] la cui sussistenza debba essere controllata alle frontiere esterne dell'UE. Pertanto i cittadini di paesi terzi che non sono soggetti all'obbligo del visto e i futuri richiedenti ETIAS[4] non sono tenuti a dimostrare di possedere un'assicurazione quando si recano nell'UE. Ciò determina una differenza di trattamento tra i cittadini di paesi terzi esenti dall'obbligo del visto e quelli che sono invece soggetti a tale obbligo.

Nella proposta di rifusione del codice dei visti del 2014, la Commissione ha proposto di abolire l'obbligo di assicurazione. La proposta era motivata dalle difficoltà pratiche legate a tale obbligo (cfr. infra), dal fatto che l'obbligo di possedere un'assicurazione non è oggetto di controlli alle frontiere esterne e dall'esistenza di prove molto limitate[5] riguardo all'effettiva applicazione delle polizze assicurative. Il Consiglio ha respinto la proposta, che è stata invece accolta favorevolmente dal Parlamento europeo. Alla fine, nel 2018 la Commissione ha ritirato la proposta di rifusione.

---

1 Decisione del Consiglio, del 22 dicembre 2003, che modifica la parte V, punto 1.4 dell'istruzione consolare comune e la parte I, punto 4.1.2, del manuale comune in vista dell'inclusione di un'assicurazione sanitaria di viaggio tra i documenti giustificativi richiesti per il rilascio del visto di ingresso uniforme (2004/17/CE) (GU L 5 del 9.1.2004, pag. 79).

2 Regolamento (CE) n. 810/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 luglio 2009, che istituisce un codice comunitario dei visti (codice dei visti) (GU L 243 del 15.9.2009, pag. 1).

3 Articolo 6, paragrafo 1, del regolamento (UE) 2016/399 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, che istituisce un codice unionale relativo al regime di attraversamento delle frontiere da parte delle persone (codice frontiere Schengen) (GU L 77 del 23.3.2016, pag. 1).

4 Sistema europeo di informazione e autorizzazione ai viaggi.
Regolamento (EU) 2018/1240 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 settembre 2018, che istituisce un sistema europeo di informazione e autorizzazione ai viaggi (ETIAS) e che modifica i regolamenti (UE) n. 1077/2011, (UE) n. 515/2014, (UE) 2016/399, (UE) 2016/1624 e (UE) 2017/2226 (GU L 236 del 19.9.2018, pag. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

Nel 2018, nella sua proposta riguardante una revisione mirata del codice dei visti, la Commissione non ha proposto alcuna modifica delle disposizioni in materia di assicurazione. Il Parlamento europeo e il Consiglio hanno convenuto di incaricare la Commissione di redigere una relazione al fine di verificare l'efficienza di questa misura. Ai sensi dell'articolo 2, paragrafo 3, del regolamento (UE) 2019/1155 recante modifica del regolamento (CE) n. 810/2009[6], la Commissione elabora una relazione da trasmettere al Parlamento europeo e al Consiglio sulla base dei "*dati disponibili pertinenti sull'uso dell'assicurazione sanitaria di viaggio [...] da parte dei titolari di visti durante il loro soggiorno nel territorio degli Stati membri, nonché sulle spese sostenute dalle autorità nazionali o dai fornitori di servizi medici per i titolari di visti*" forniti dagli Stati membri.

In linea con questa disposizione, la presente relazione illustra le difficoltà (alcune delle quali sono state documentate in precedenza) legate all'obbligo di assicurazione, presenta un compendio generale delle risposte degli Stati membri dell'UE, anche in relazione al possibile impatto della pandemia di COVID-19, e suggerisce le prossime tappe.

1. Difficoltà nella procedura di rilascio dei visti e mancata applicazione alla frontiera

Mentre l'ottenimento dell'assicurazione non sembra costituire un problema per i richiedenti, analisi condotte in passato e discussioni frequenti in seno al comitato visti e a livello di cooperazione locale Schengen hanno mostrato che l'obbligo di assicurazione risulta problematico sotto diversi altri punti di vista.

– Base giuridica

A norma dell'articolo 15 del codice dei visti, i richiedenti devono dimostrare di possedere un'"adeguata e valida" assicurazione che copra "le spese che potrebbero rendersi necessarie per il rimpatrio dovuto a motivi di salute, cure mediche urgenti, ricoveri ospedalieri d'urgenza o morte durante il loro soggiorno o i loro soggiorni nel territorio degli Stati membri". I richiedenti i visti per ingressi multipli devono presentare tale prova per il primo soggiorno previsto. Al momento della presentazione della domanda, firmando il relativo modulo, la persona interessata è informata della necessità di sottoscrivere un'assicurazione per eventuali soggiorni futuri.

L'assicurazione deve coprire il periodo di soggiorno del titolare del visto negli Stati membri dell'UE. La copertura minima è di 30 000 EUR (livello fissato nel 2004) e le richieste di indennizzo devono essere riscuotibili in uno Stato membro dell'UE.

– Tempi per la presentazione dell'assicurazione

Il richiedente deve presentare l'assicurazione contestualmente alla presentazione della domanda di visto. I richiedenti devono pertanto presentare un'assicurazione che copra il periodo di soggiorno previsto prima di sapere se e per quanto tempo sarà rilasciato il visto. Inoltre alcuni consolati insistono erroneamente sul fatto che l'assicurazione debba coprire l'intero periodo di

[6] Regolamento (UE) 2019/1155 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 giugno 2019, recante modifica del regolamento (CE) n. 810/2009 che istituisce un codice comunitario dei visti (codice dei visti) (GU L 188 del 12.7.2019, pag. 25).

validità[7] del visto. Contrariamente all'intenzione dei legislatori, alcuni consolati decidono in merito alla durata di validità del visto sulla base della validità dell'assicurazione presentata.

Alcune compagnie di assicurazione consentono di recedere dalle polizze assicurative anche in seguito all'adozione della decisione. Sebbene ciò vada a vantaggio delle persone la cui domanda è stata respinta e che altrimenti avrebbero perso il denaro speso per l'assicurazione, si tratta anche di un mezzo per aggirare l'obbligo una volta ottenuto il visto.

I richiedenti devono presentare la prova della copertura assicurativa per il primo soggiorno previsto, se chiedono un visto per ingressi multipli di lunga validità o se vi hanno diritto. Firmando il modulo di domanda, i richiedenti sono informati dell'obbligo di essere in possesso di un'assicurazione per i viaggi successivi. Poiché al momento dell'ingresso non è effettuato alcun controllo, non vi sono prove che l'obbligo sia rispettato.

– **Controlli dei consolati sull'assicurazione sanitaria**

Dal punto di vista dei consolati è difficile e dispendioso in termini di tempo verificare se le polizze assicurative dettagliate e altamente tecniche offrano effettivamente le garanzie di copertura necessarie. La difficoltà è resa maggiore dal fatto che la formulazione molto ampia dell'articolo 15 del codice dei visti non consente di effettuare controlli di conformità rapidi. La difficoltà di eseguire controlli approfonditi si riflette anche nei problemi segnalati dal settore sanitario (cfr. infra).

In alcuni casi, a seguito dello scambio di informazioni di cui all'articolo 48, paragrafo 3, lettera d), del codice dei visti, gli Stati membri dell'UE hanno stilato collettivamente un elenco di "compagnie di assicurazione raccomandate" i cui prodotti sono stati controllati per verificarne la conformità ai requisiti. Oltre a semplificare il compito di valutazione per tutti, si tratta anche di un tentativo di incentivare i richiedenti a scegliere una delle assicurazioni elencate e quindi di limitare il numero di polizze diverse presentate. In alcuni casi tali liste si sono dimostrate uno strumento efficace, in quanto le compagnie di assicurazione chiedono di essere incluse (anche se non è prevista alcuna domanda formale) e sono interessate a rimanere nell'elenco. Un elenco di assicurazioni "raccomandate" può anche rassicurare i richiedenti sul fatto di essere adeguatamente tutelati. Nella maggior parte dei casi tale valutazione collettiva è stata ritenuta impossibile a causa del numero di polizze assicurative disponibili, anche su Internet. Ciò premesso, le norme sulla concorrenza vietano di respingere le polizze assicurative sulla base del fatto che non figurano in tali elenchi di assicurazioni "raccomandate" se soddisfano i criteri stabiliti nel codice dei visti.

[7] Periodo di soggiorno autorizzato: il numero di giorni per cui il titolare del visto è autorizzato a soggiornare, ad esempio 30 giorni.
Periodo di validità del visto: al periodo di soggiorno autorizzato si aggiunge un periodo di 15 giorni per garantire al titolare del visto flessibilità nell'utilizzo del visto stesso (i piani o i voli possono cambiare, ecc.), il che significa che una persona può essere in possesso di un visto valido per 45 giorni che consente un soggiorno di 30 giorni. L'assicurazione sanitaria di viaggio deve coprire un periodo di 30 giorni.

- **Nessuna verifica alle frontiere esterne**

Come si è detto, il possesso della copertura assicurativa non è oggetto di controlli alle frontiere esterne. Spetta dunque ai titolari di visto stabilire in buona fede se sono in possesso di un'assicurazione valida che copra il periodo di soggiorno all'atto di attraversare la frontiera esterna e se l'obbligo è rispettato ogni volta che viaggiano con un visto per ingressi multipli (che può essere valido fino a cinque anni).

2. Difficoltà segnalate dal settore sanitario

La Commissione ha condotto una ricerca preliminare (2019-2020) sulla questione, contattando le istituzioni e gli enti responsabili della sanità pubblica negli Stati membri dell'UE. La maggior parte ha dichiarato di non essere in grado di fornire ulteriori informazioni sull'uso dell'assicurazione perché tali dati non sono raccolti a livello centrale. Ciò premesso, sono state segnalate le carenze seguenti:

- la frequente assenza di copertura finanziaria dovuta al fatto che non è stata stipulata alcuna assicurazione per la durata del soggiorno o che questa è scaduta prima della fine delle cure (in particolare se il soggiorno ha dovuto essere prolungato a causa dello stato di salute), oppure al fatto che l'assicurazione è stata deliberatamente disdetta dalla persona assicurata prima della fine del suo soggiorno;
- l'insufficienza della copertura assicurativa, in particolare quando il massimale di rimborso per le cure è molto basso. Esiste anche un problema di copertura per l'assistenza pianificabile (ad esempio, assistenza infermieristica dopo le cure al pronto soccorso o in caso si renda necessario un ulteriore trattamento non correlato dopo un ricovero d'urgenza), che non è (interamente) coperta dalle polizze assicurative;
- spesso le compagnie di assicurazione non rimborsano i costi a causa di clausole di esclusione o perché un paziente presenta patologie pregresse, ossia un'anamnesi che aumenta notevolmente la probabilità che il rischio coperto possa verificarsi;
- requisiti sproporzionati per il rimborso - alcuni rimborsi sono effettuati solo a condizioni non compatibili con la riservatezza medica (ad esempio, richieste di referti medici prima del rimborso);
- pazienti impossibili da rintracciare dopo le dimissioni e difficoltà nel contattare la compagnia di assicurazione all'estero. Ad esempio, il paziente comunica i propri dati assicurativi all'ospedale ma i prestatori di assistenza sanitaria non ricevono risposte dalle compagnie di assicurazione. In mancanza di un assicuratore terzo che copra le spese, gli ospedali sono costretti a fatturare le spese direttamente al paziente, senza alcuna garanzia di pagamento;
- la maggior parte degli ospedali dispone di una politica di indicazione anticipata del prezzo e quindi di fatturazione diretta al paziente. Ovviamente ciò non può essere fatto nei casi di emergenza;
- spesso i pazienti sono costretti a prolungare il soggiorno oltre la validità del visto o a essere trasferiti in un altro ospedale. In questi casi le compagnie di assicurazione si rifiutano di pagare;

– vi sono problemi anche per quanto riguarda il livello di copertura, considerato insufficiente per coprire i trattamenti e le cure di follow-up, che in genere non sono mai coperti sebbene siano eseguiti con una certa frequenza.

II. Risultati dell'indagine del 2020 sull'assicurazione e sui costi sostenuti

Gli Stati membri dell'UE sono stati invitati a fornire "dati [...] pertinenti sull'uso dell'assicurazione sanitaria di viaggio [...] da parte dei titolari di visto durante il loro soggiorno nel territorio degli Stati membri, nonché sulle spese sostenute dalle autorità nazionali o dai fornitori di servizi medici per i titolari di visti" sulla base delle domande indicate di seguito.

- *In che modo si controlla che i titolari di visto che necessitano di cure mediche urgenti durante il loro soggiorno possiedano un'adeguata e valida assicurazione sanitaria di viaggio? Che cosa succede in caso contrario?*
- *Quali dati sono raccolti sull'assistenza sanitaria prestata ai titolari di visto per soggiorni di breve durata e sull'assicurazione in loro possesso?*
- *Quale organizzazione è responsabile della raccolta di tali dati?*
- *Qual è la politica in materia di fatture sanitarie non pagate? Si compiono tentativi per recuperare tali crediti? Qual è il tasso di successo nella riscossione delle fatture mediche non pagate presso i pazienti o le compagnie di assicurazione?*
- *Qual è l'importo totale (stimato) delle fatture mediche non pagate dai titolari di visto per soggiorni di breve durata (2019)? Come si colloca tale importo rispetto alle fatture mediche non pagate da altre categorie di cittadini di paesi terzi (visitatori esenti dall'obbligo del visto; persone in possesso di titoli di soggiorno o di visti per soggiorni di lunga durata)?*

Gli Stati membri dell'UE sono stati invitati a raccogliere contributi da tutte le pubbliche amministrazioni e i portatori di interessi del loro paese, comprese le autorità sanitarie, le organizzazioni di assicurazione e i prestatori di assistenza sanitaria.

1. Risposte degli Stati membri dell'UE

Sono giunte risposte da tutti gli Stati membri dell'UE-28, tranne uno, e dagli Stati associati Schengen, anche se il livello delle informazioni fornite variava notevolmente. Tra gli intervistati, sedici hanno condotto indagini - attraverso vari organi governativi - il cui grado di completezza non è uniforme; gli altri si sono limitati a dichiarare nelle loro risposte che non sono disponibili dati.

Quanto al contenuto delle risposte, la caratteristica comune è che, in generale, non esiste una raccolta centrale formalizzata di dati sull'assistenza sanitaria prestata a cittadini di paesi terzi, né vengono raccolti dati in merito alla base giuridica del soggiorno di un determinato paziente cittadino di un paese terzo (ad esempio, titolare di un visto per soggiorno di breve durata, viaggiatore esente dall'obbligo del visto) quando questi riceve cure mediche. Alcune risposte offrono una descrizione dettagliata dell'organizzazione nazionale dell'assistenza sanitaria e della

riscossione dei pagamenti, mentre altre forniscono informazioni molto generiche. Alcuni Stati membri dell'UE hanno condiviso dati specifici riguardanti le fatture mediche non pagate da cittadini di paesi terzi, ma i metodi di calcolo e i periodi di riferimento non consentono alcun confronto significativo.

- **Garanzia generale di cure mediche urgenti**

In generale gli ospedali pubblici di tutti gli Stati membri dell'UE garantiscono cure mediche urgenti a tutte le persone, indipendentemente dalla validità del soggiorno o del visto e dal possesso di un'assicurazione sanitaria. Inoltre alcuni Stati membri dell'UE hanno concluso accordi bilaterali in materia di cure mediche con taluni paesi terzi soggetti all'obbligo del visto, il che significa che il costo di qualsiasi trattamento sarà probabilmente coperto per i titolari di visto che sono cittadini di tali paesi, anche se non possiedono un'assicurazione.

- **Controlli sul possesso di un'assicurazione da parte delle istituzioni sanitarie**

Il possesso di un'assicurazione non è una condizione preliminare per il ricevimento di cure mediche. Tuttavia la maggior parte degli Stati membri dell'UE osserva che, a seconda delle condizioni del paziente al momento dell'ammissione, le istituzioni sanitarie possono richiedere la prova di un'assicurazione prima di erogare le cure; non esiste comunque un approccio uniforme. Nella maggior parte dei casi il paziente è tenuto a fornire tale prova dopo aver ricevuto le cure o a pagare direttamente l'ospedale, oppure quest'ultimo si rivale sull'assicuratore.

Alcune istituzioni sanitarie degli Stati membri dell'UE richiedono un acconto da parte del paziente (ad esempio, un importo pari o inferiore a 300 EUR), il che rende irrilevante la rivalsa sull'assicurazione. Altri richiedono a tutti i residenti di paesi terzi o, se del caso, al soggetto che invita/garante di pagare direttamente le cure.

- **Mancanza di dati per determinare se i titolari di visto utilizzano la propria assicurazione**

Nel raccogliere i dati personali dei pazienti possono essere raccolte anche informazioni sulla loro nazionalità. Le condizioni di soggiorno (ossia se la persona è in possesso di un visto o di un titolo di soggiorno) delle persone che sono state curate non sono raccolte a livello centrale, ma possono essere conservate a livello ospedaliero o regionale. Alcuni Stati membri dell'UE hanno condotto indagini ad hoc sui cittadini di paesi terzi che hanno ricevuto cure mediche, senza però distinguere tra condizioni di soggiorno o copertura di accordi bilaterali in materia di cure mediche.

Tre Stati membri dell'UE hanno indicato di effettuare controlli a campione alle frontiere esterne per verificare se i titolari di visto siano in possesso di un'assicurazione valida. Uno dei tre riferisce che l'assenza di una polizza assicurativa può comportare la revoca del visto, in quanto una delle condizioni per il relativo rilascio non è più soddisfatta.

- **Riscossione delle fatture mediche non pagate**

Nessuno Stato membro dell'UE sembra applicare norme od orientamenti trasversali per la riscossione delle fatture ospedaliere non pagate. Ciò è dovuto anche all'organizzazione decentrata dell'assistenza sanitaria nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, che lascia alla singola istituzione la facoltà di definire la propria prassi.

Tutti gli Stati membri dell'UE confermano che la riscossione presso persone fisiche o compagnie di assicurazione all'estero è estremamente complessa (dispendiosa in termini di tempo e denaro).

In alcuni Stati membri dell'UE esistono "riassicuratori" nazionali sotto forma di enti pubblici del ministero della Sanità che coprono i costi degli ospedali per le fatture non pagate, ma non hanno alcun mezzo per rivalersi sul paziente o l'assicuratore.

Diversi Stati membri dell'UE indicano stime tra il 10 % e il 60 % per le fatture mediche non pagate relative all'erogazione di cure a cittadini stranieri (senza distinzione di nazionalità), ma uno solo ha condiviso i dati di una sua regione riguardanti specificamente le fatture mediche non pagate dai titolari di visto per soggiorni di breve durata (65 %). Tale Stato membro riferisce inoltre che la percentuale delle fatture mediche non pagate relative a cittadini di paesi terzi che possono recarsi nell'UE senza visto (e senza assicurazione) è pari al 62 %. In tale contesto è difficile sostenere che l'obbligo faccia realmente la differenza.

2. Situazione attuale: il quadro non è chiaro

Le esperienze degli Stati membri dell'UE variano sensibilmente l'una dall'altra, principalmente a causa delle differenze nei sistemi sanitari. Le cure mediche urgenti sono offerte universalmente e la copertura dei costi è una questione secondaria. In alcuni Stati membri dell'UE gli accordi bilaterali in materia di assistenza sanitaria con paesi terzi coprono le cure mediche, indipendentemente dal fatto che la persona interessata sia assicurata o meno. Le situazioni variano anche a seconda che l'assistenza sanitaria sia prestata nell'ambito di un "contratto" commerciale privato, sia fornita direttamente da istituzioni statali o consista in una combinazione di entrambe le opzioni in cui lo Stato funge da "riassicuratore". Le stime degli Stati membri dell'UE relative agli importi delle fatture mediche non pagate sono molto eterogenee. Alcuni Stati membri dell'UE ritengono che il problema sia di scarso rilievo e affermano che i titolari di visto pagano le spese mediche senza fornire prove al riguardo. Secondo altri si tratta di una questione che desta grande preoccupazione, dato che la soglia di copertura di 30 000 EUR è insufficiente.

Poiché il possesso di un'assicurazione non è una condizione d'ingresso e quindi non è oggetto di controlli al momento dell'ingresso, non esiste alcuna prova che i titolari di visto siano in possesso di un'adeguata assicurazione ogni volta che viaggiano.

Inoltre la raccolta di dati precisi sulle fatture non pagate dai titolari di visto per soggiorni di breve durata è complessa e sembra inesistente. Pertanto i motivi del mancato pagamento delle fatture (emesse nei confronti di cittadini di paesi terzi) restano ignoti e occorre fare chiarezza su una serie di aspetti, quali quelli indicati di seguito.

- Qual è la percentuale di titolari di visto per soggiorni di breve durata che necessitano di cure mediche urgenti durante il loro soggiorno e non sono in possesso di alcuna assicurazione o possiedono un'assicurazione insufficiente?
- La copertura assicurativa insufficiente può essere spiegata dal fatto che l'attuale base giuridica non precisa chiaramente i requisiti affinché un'assicurazione sia considerata adeguata?
- Il livello di copertura (30 000 EUR) è troppo basso per coprire tutti i costi?
- Quali sono i motivi per cui le compagnie di assicurazione si rifiutano di coprire le spese mediche sostenute?
- Per quale motivo le istituzioni mediche non intentano azioni di rivalsa? È a causa del basso tasso di successo o perché alla fine le autorità centrali coprono i debiti?

Un'altra questione significativa è rappresentata dall'assenza di prove che i cittadini di paesi terzi soggetti all'obbligo del visto presentino problemi diversi per l'assistenza sanitaria rispetto ai cittadini di paesi terzi che possono recarsi nell'UE senza visto[8] (cfr. sopra). È pertanto altamente discutibile se la differenza di requisiti tra queste categorie di viaggiatori sia giustificata.

Nelle loro risposte alcuni Stati membri dell'UE sostengono che l'obbligo dovrebbe essere considerato anche come uno strumento per proteggere i viaggiatori nel caso in cui abbiano bisogno di cure mediche urgenti durante il soggiorno. Tuttavia tale considerazione dovrebbe applicarsi a tutti i cittadini di paesi terzi che si recano nell'UE.

3. Impatto della pandemia di COVID-19

La pandemia di COVID-19 e le conseguenti restrizioni di viaggio a livello mondiale hanno interrotto improvvisamente e quasi completamente le operazioni di rilascio dei visti a partire dalla fine di marzo 2020 e un numero elevato di titolari di visto presenti negli Stati membri dell'UE non è riuscito a partire entro la scadenza del visto. La pandemia ha posto ancor più in evidenza l'urgente necessità di valutare l'efficacia dell'assicurazione, e agli Stati membri sono state poste le domande seguenti:

- *qual è l'impatto dell'attuale pandemia di COVID-19? Durante questo periodo sono state osservate variazioni per quanto riguarda le fatture sanitarie non pagate? Se tali dati non sono ancora disponibili, occorre indicare quando lo saranno;*
- *quali sono le disposizioni in materia di assicurazione sanitaria e assistenza medica che si applicano ai titolari di visti per soggiorni di breve durata costretti a rimanere nello spazio Schengen per più di 90 giorni a causa della pandemia di COVID-19?*

[8] Nel 2019 sono stati rilasciati circa 15 milioni di visti per soggiorni di breve durata, di cui oltre il 50 % erano visti per ingressi multipli.
A titolo di confronto, la relazione *Technical Study on Smart Borders* ha concluso che le indicazioni per il traffico previsto alle frontiere esterne nel 2020 per i cittadini di paesi terzi esenti dall'obbligo del visto sarebbero state 104 milioni.

Le risposte degli Stati membri dell'UE a tali domande sono state molto simili: è troppo presto per stabilire se la pandemia abbia avuto ripercussioni, ma il basso numero di viaggiatori cittadini di paesi terzi (esenti dall'obbligo del visto o soggetti all'obbligo del visto) indica che non vi sarà alcun impatto. La maggior parte degli Stati membri dell'UE non ha richiesto ai "soggiornanti fuori termine" involontari di sottoscrivere un'assicurazione per il soggiorno prolungato, garantendo inoltre eventuali trattamenti di emergenza durante tale periodo. Le persone che invece necessitano di altri tipi di cure mediche durante il soggiorno prolungato dovranno coprirne i costi.

Entro novembre 2020 gli Stati membri dell'UE hanno ripreso a trattare le poche domande di visto in tutto il mondo ed è emerso un aspetto assicurativo direttamente collegato alla pandemia di COVID-19. Dai controlli a campione effettuati nell'aprile 2020 risulta che attualmente diverse grandi compagnie di assicurazione offrono polizze assicurative contenenti clausole specifiche che escludono dalla copertura le spese mediche connesse a un'epidemia o a una pandemia o le coprono solo in parte. Tendenze analoghe sono state segnalate anche dai consolati degli Stati membri dell'UE.

III. Prossime tappe

Il quadro delineato non è conclusivo per quanto riguarda l'efficienza dell'attuale obbligo di assicurazione. La presente relazione mostra che mancano dati pertinenti e solidi che consentano alla Commissione di valutare pienamente l'efficacia delle norme vigenti. Esistono tuttavia ampie prove delle difficoltà cui devono far fronte i diversi attori nell'attuazione delle misure e si possono già trarre le conclusioni indicate di seguito.

1) Non vi sono elementi che indichino che l'attuale obbligo di assicurazione procuri un notevole sollievo ai sistemi sanitari garantendo il pagamento delle cure, dato che permane il problema delle fatture non pagate. Inoltre la riscossione delle fatture ospedaliere non pagate sembra costituire un problema considerevole, anche nei casi in cui il paziente è in possesso di un'assicurazione al momento delle cure.

2) È possibile individuare le carenze seguenti nel modo in cui è concepito l'obbligo attuale:

   – i tempi per la presentazione delle prove (al momento della presentazione della domanda di visto);

   – le norme ampie, poco chiare e talvolta superate in materia di copertura assicurativa, che rendono pertanto difficile per il personale consolare verificare la conformità dell'assicurazione;

   – l'effettivo possesso di un'assicurazione non è oggetto di controlli quando il titolare del visto attraversa la frontiera dell'UE.

3) Le informazioni fornite dagli Stati membri dell'UE indicano che l'assenza di requisiti equivalenti per i viaggiatori esenti dall'obbligo del visto potrebbe essere parte del problema delle fatture ospedaliere non pagate, in quanto non vi sono prove che i cittadini di paesi terzi soggetti all'obbligo del visto presentino problemi diversi per l'assistenza sanitaria rispetto ai cittadini di paesi terzi che possono recarsi nell'UE senza visto.

Si potrebbero prevedere diverse opzioni per azioni di follow-up:

- accettare la situazione attuale senza alcuna prova reale dei benefici per i sistemi sanitari nonostante i problemi noti per i richiedenti il visto, le difficoltà per i consolati, i problemi strutturali interni e la mancanza di dati disponibili che consentirebbero di valutare se l'obbligo di assicurazione sia effettivamente applicato come previsto;

- riconoscere che la base giuridica è obsoleta (redatta 17 anni fa) e deve essere migliorata per garantire che sia funzionale allo scopo perseguito, vale a dire che i titolari di visto siano in possesso di un'adeguata assicurazione durante il loro soggiorno, ad esempio definendo precisi obblighi di copertura cui gli assicuratori devono fare esplicito riferimento nella loro polizza ("norma minima garantita per l'assicurazione sanitaria di viaggio nell'UE"). Le disposizioni potrebbero includere procedure di pagamento standard per garantire il recupero dei costi; la possibilità di estendere la copertura in caso di soggiorni che si protraggono oltre la scadenza del visto a causa di cure mediche prolungate; e la possibilità di una copertura continua per i titolari di visti per ingressi multipli ("pay as you go"). Un'"etichetta di garanzia" potrebbe inoltre consentire ai consolati, in particolare quando la procedura di visto diventerà pienamente digitalizzata, di verificare che le polizze assicurative presentate dai richiedenti il visto soddisfino l'obbligo di legge;

- riconoscere che non dovrebbe esserci alcuna differenza di trattamento tra i cittadini di paesi terzi soggetti all'obbligo del visto e i cittadini di paesi terzi esenti dall'obbligo del visto per quanto riguarda la copertura assicurativa durante il loro soggiorno nell'UE e valutare la possibilità di estendere l'obbligo di assicurazione ai viaggiatori esenti dall'obbligo del visto, garantendo nel contempo che il rispetto della prescrizione sia verificato al momento opportuno (vale a dire quando avviene il viaggio).

Per fare chiarezza sull'efficienza dell'obbligo di assicurazione e sull'eventuale necessità di una revisione della base giuridica, la Commissione, sulla base della presente relazione, intende avviare uno studio per raccogliere dati supplementari.