EUROPSKA
KOMISIJA

Bruxelles, 2.3.2021.
COM(2021) 92 final

IZVJEŠĆE KOMISIJE EUROPSKOM PARLAMENTU I VIJEĆU

o upotrebi putnog zdravstvenog osiguranja na temelju članka 15. Uredbe (EZ) br. 810/2009 među nositeljima vize tijekom njihova boravka na državnom području država članica

IZVJEŠĆE KOMISIJE EUROPSKOM PARLAMENTU I VIJEĆU

o upotrebi putnog zdravstvenog osiguranja na temelju članka 15. Uredbe (EZ) br. 810/2009 među nositeljima vize tijekom njihova boravka na državnom području država članica

I. Uvod

Od 2004.[1] podnositelji zahtjeva za vizu za kratkotrajni boravak moraju predočiti dokaz o „odgovarajućem i valjanom putnom zdravstvenom osiguranju" koje pokriva hitnu medicinsku pomoć ili vraćanje u domovinu zbog nepredviđenih zdravstvenih problema tijekom boravka u državama članicama EU-a. Odlukom Vijeća na temelju koje su ta pravila postala primjenjiva u trenutku donošenja nije se zahtijevala procjena učinka i nije proveden nijedan drugi oblik dubinske analize učinka te mjere. Te su odredbe integrirane u članak 15. Zakonika o vizama (Uredba (EZ) br. 810/2009) bez mijenjanja njihova sadržaja[2].

Iako je predočavanje odgovarajućeg putnog zdravstvenog osiguranja („osiguranje") uvjet za podnošenje zahtjeva za vizu za kratkotrajni boravak, posjedovanje takvog osiguranja nije uvjet za ulazak[3] koji se provjerava na vanjskim granicama EU-a. Stoga državljani trećih zemalja koji nemaju obvezu posjedovanja vize i budući podnositelji zahtjeva koji će zahtjeve podnositi preko sustava ETIAS[4] nisu dužni predočiti dokaz o osiguranju tijekom putovanja u EU. Zbog toga dolazi do različitog postupanja prema državljanima trećih zemalja koji su izuzeti od obveze posjedovanja vize i onima koji imaju tu obvezu.

U prijedlogu o preinaci Zakonika o vizama iz 2014. Komisija je predložila da se odustane od zahtjeva u pogledu osiguranja. Prijedlog je bio potaknut praktičnim poteškoćama povezanima sa zahtjevima u pogledu osiguranja (vidjeti u daljnjem tekstu), odnosno činjenicama da se zahtjev posjedovanja osiguranja ne provjerava na vanjskim granicama i da su dostupni vrlo ograničeni dokazi[5] o stvarnoj provedbi polica osiguranja. Vijeće je odbilo taj prijedlog, ali ga je Europski parlament podupro. Na kraju je Komisija 2018. povukla svoj prijedlog preinake.

U prijedlogu ciljane revizije Zakonika o vizama 2018. Komisija nije predložila izmjene odredbi o osiguranju. Europski parlament i Vijeće dogovorili su se da će Komisiji povjeriti sastavljanje izvješća o provjeri učinkovitosti te mjere. U skladu s člankom 2. stavkom 3. Uredbe (EU)

---

[1] Odluka Vijeća od 22. prosinca 2003. o izmjeni dijela V. točke 1.4. Zajedničkih konzularnih uputa i dijela I. točke 4.1.2. Zajedničkog priručnika u pogledu uključivanja zahtjeva o putnom zdravstvenom osiguranju kao jednog od zahtjeva za dobivanje jedinstvene ulazne vize (2004/17/EZ), SL L 5, 9.1.2004., str. 79.

[2] Uredba (EZ) br. 810/2009 Europskog parlamenta i Vijeća od 13. srpnja 2009. o uspostavi Zakonika Zajednice o vizama (Zakonik o vizama), SL L 243, 15.9.2009., str. 1.

[3] Članak 6. stavak 1. Uredbe (EU) 2016/399 Europskog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2016. o Zakoniku Unije o pravilima kojima se uređuje kretanje osoba preko granica (Zakonik o schengenskim granicama), SL L 77, 23.3.2016., str. 1.

[4] Europski sustav za informacije o putovanjima i odobravanje putovanja.
Uredba (EU) 2018/1240 Europskog parlamenta i Vijeća od 12. rujna 2018. o uspostavi europskog sustava za informacije o putovanjima i odobravanje putovanja (ETIAS) i izmjeni uredaba (EU) br. 1077/2011, (EU) br. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 i (EU) 2017/2226, SL L 236, 19.9.2018., str. 1.

[5] SWD(2014) 101 final.

2019/1155 o izmjeni Uredbe (EZ) br. 810/2009[6] Komisija sastavlja izvješće koje prosljeđuje Europskom parlamentu i Vijeću na temelju „relevantnih dostupnih podatka o uporabi putnog zdravstvenog osiguranja od strane nositelja vize tijekom njihova boravka na državnom području država članica, kao i o troškovima koje su zbog nositelja vize snosila nacionalna tijela ili pružatelji zdravstvenih usluga" koje su dostavile države članice.

U skladu s tom odredbom u ovom su izvješću prikazane poteškoće (od kojih su neke zabilježene ranije) povezane sa zahtjevom u pogledu osiguranja te se u njemu nalazi sažetak odgovora država članica EU-a, među ostalim onih koji se odnose na moguće posljedice pandemije bolesti COVID-19 i kojima se predlažu daljnje mjere.

1. Poteškoće u pogledu postupka izdavanja viza i izostanak provedbe na granicama

Iako se stjecanje osiguranja ne čini problematičnim za podnositelje zahtjeva, ranijim analizama, čestim raspravama u Odboru za vize i u okviru lokalne schengenske suradnje pokazalo se da zahtjev u pogledu osiguranja dovodi do problema u nekoliko drugih konteksta.

– Pravna osnova

Na temelju članka 15. Zakonika o vizama podnositelji zahtjeva moraju predočiti dokaze da imaju „odgovarajuće i valjano" osiguranje koje pokriva „troškove koji mogu nastati u vezi s: vraćanjem u domovinu iz zdravstvenih razloga, hitnom medicinskom pomoći i/ili hitnim bolničkim liječenjem ili smrti tijekom njihova boravka na području država članica". Podnositelji zahtjeva za vizu za višekratni ulazak moraju predočiti takav dokaz za prvi planirani boravak. Pri podnošenju zahtjeva predmetna se osoba potpisivanjem obrasca zahtjeva obavješćuje o tome da mora posjedovati osiguranje za svaki budući boravak.

To osiguranje treba pokrivati razdoblje boravka nositelja vize u državama članicama EU-a. Minimalno pokriće iznosi 30 000 EUR (visina utvrđena 2004.), a potraživanja se moraju se moći naplatiti u državi članici EU-a.

– Vrijeme predočenja osiguranja

Podnositelj zahtjeva mora predočiti osiguranje kada podnosi zahtjev za vizu. Podnositelji zahtjeva stoga moraju predočiti osiguranje koje pokriva razdoblje predviđenog boravka prije nego što saznaju hoće li im se izdati viza te na koje razdoblje. Štoviše, neki konzulati pogrešno tvrde da osiguranje mora pokrivati čitavo razdoblje valjanosti[7] vize. Neki konzulati odlučuju o razdoblju valjanosti vize na temelju valjanosti predočenog osiguranja, što zakonodavcima nije bila namjera.

---

[6] Uredba (EU) 2019/1155 Europskog parlamenta i Vijeća od 20. lipnja 2019. o izmjeni Uredbe (EZ) br. 810/2009 o uspostavi Zakonika Zajednice o vizama (Zakonik o vizama), SL L 188, 12.7.2019., str. 25.

[7] Razdoblje dopuštenog boravka: broj dana dopuštenog boravka nositelja vize, npr. 30 dana.
Razdoblje valjanosti vize: razdoblje od 15 dana dodaje se razdoblju dopuštenog boravka kako bi se nositelju vize omogućila fleksibilnost u korištenju vizom (planovi ili letovi mogu se promijeniti itd.), što znači da osoba može imati vizu koja vrijedi 45 dana, a kojom se dopušta boravak od 30 dana. Putno zdravstveno osiguranje pokriva razdoblje od 30 dana.

Neka osiguravajuća društva dopuštaju naknadno otkazivanje polica osiguranja. Iako to pogoduje ljudima čiji je zahtjev odbijen i koji bi u protivnom izgubili novac potrošen na osiguranje, to je i način za zaobilaženje zahtjeva nakon što im se odobri viza.

Podnositelji zahtjeva moraju predočiti dokaz o osiguranju za prvi planirani boravak ako podnose zahtjev za vizu za višekratni ulazak s dugim rokom valjanosti ili za nju ispunjavaju uvjete. Potpisivanjem obrasca zahtjeva potvrđuju da su upoznati s time da moraju imati osiguranje za sljedeća putovanja. To se ne provjerava pri ulasku i nema dokaza da se taj zahtjev poštuje.

– **Provjere zdravstvenog osiguranja koje provode konzulati**

Postupak provjere daju li detaljne i visokospecijalizirane police osiguranja potrebna jamstva za pokriće za konzulate je opterećujući i dugotrajan. Dodatno ga otežava preširoka formulacija članka 15. Zakonika o vizama, kojom se ne omogućuju brze provjere usklađenosti. Poteškoće povezane s provođenjem temeljitih provjera vide se i u problemima koje je prijavio zdravstveni sektor (vidjeti u nastavku).

Na nekim su lokacijama države članice EU-a, nakon razmjene informacija kako je predviđeno člankom 48. stavkom 3. točkom (d) Zakonika o vizama, zajednički sastavile popis „preporučenih osiguravajućih društava” za čije je proizvode potvrđeno da su u skladu sa zahtjevima. Osim što tako svima olakšava zadatak procjene, riječ je i o pokušaju poticanja podnositelja zahtjeva da odaberu jedno od navedenih osiguranja i da se na taj način ograniči broj različitih polica koje se predočavaju. Na nekim su se lokacijama takvi popisi pokazali moćnim alatom jer osiguravajuća društva zahtijevaju da ih se uključi (čak i ako nije predviđena takva formalna prijava) i žele ostati na popisu. Popis „preporučenih” osiguranja može poslužiti i kao svojevrsno jamstvo podnositeljima zahtjeva da su propisno osigurani. Na većini lokacija takva se kolektivna procjena smatra nemogućom zbog velikog broja dostupnih polica osiguranja, među ostalim i onih na internetu. Međutim, ako ispunjavaju kriterije utvrđene Zakonikom o vizama, pravilima o tržišnom natjecanju sprečava se odbijanje polica osiguranja na temelju obrazloženja da se ne nalaze na takvim popisima „preporučenih” osiguranja.

– **Nedostatak provjere na vanjskim granicama**

Kao što je već navedeno, posjedovanje osiguranja ne provjerava se na vanjskim granicama. Stoga o dobroj vjeri nositelja viza ovisi hoće li imati valjano osiguranje koje pokriva njihovo razdoblje boravka tijekom prelaska vanjske granice te ispunjavaju li taj zahtjev svaki put kad putuju s vizom za višekratni ulazak (koja može biti valjana do pet godina).

2. Poteškoće koje je prijavio zdravstveni sektor

Komisija je o tom pitanju provela preliminarno istraživanje (2019.–2020.) kontaktiranjem javnih zdravstvenih ustanova i agencija u državama članicama EU-a. Većina tih subjekata izjavila je da ne može dati daljnji uvid u korištenje osiguranja jer se takvi podaci ne prikupljaju centralno. Međutim, zabilježeni su nedostaci u nastavku:

– često nepostojanje financijskog pokrića, bilo zato što za vrijeme boravka nije bilo sklopljeno osiguranje, bilo zato što je isteklo prije kraja liječenja (posebno ako se boravak

pojedinaca morao produljiti zbog njihova zdravlja) ili zato što ga je osigurana osoba svjesno raskinula prije kraja boravka,

- nedostatno osiguranje, posebno kada je gornja granica za naknadu troškova za danu zdravstvenu skrb vrlo niska. Postoji i pitanje pokrića za planiranu njegu (npr. bolničko liječenje nakon obrade u hitnoj službi ili ako je potrebno dodatno nepovezano liječenje nakon dane hitne pomoći). To nije (u potpunosti) pokriveno policama osiguranja,
- osiguravajuća društva često ne nadoknađuju troškove zbog klauzula o izuzeću ili zato što pacijent već ima postojeće zdravstveno stanje (stanja), tj. povijest bolesti kojom se uvelike povećava vjerojatnost da se može pojaviti rizik koji polica pokriva,
- neproporcionalni zahtjevi za naknadu: neke se naknade troškova isplaćuju pod uvjetima koji nisu u skladu s medicinskom povjerljivošću (npr. zahtjevi za liječnička izvješća prije isplate naknade),
- pacijentima se ne može ući u trag nakon otpuštanja i postoje poteškoće povezane sa stupanjem u kontakt s osiguravajućim društvom u inozemstvu. Na primjer, pacijent bolnici daje svoje podatke o osiguranju, ali pružatelji zdravstvenih usluga ne dobivaju odgovore od osiguravajućih društava. U nedostatku trećeg društva za osiguranje koje pokriva troškove, bolnice su prisiljene fakturirati troškove izravno pacijentu, bez jamstva o plaćanju,
- politika je većine bolnica da se cijena navodi unaprijed, a zatim se račun ispostavlja izravno pacijentu. To se očito ne može učiniti u hitnim slučajevima,
- pacijenti često trebaju ostati u bolnici dulje od razdoblja valjanosti vize ili biti prebačeni u drugu bolnicu. U takvim slučajevima osiguravajuća društva odbijaju platiti troškove,
- postoje poteškoće povezane i s razinom pokrića, koja je nedostatna za pokrivanje troškova naknadnog liječenja i zdravstvene skrbi koji obično nikad nisu pokriveni. Unatoč tome, takva se liječenja često provode.

II. Rezultati istraživanja o osiguranju i nastalim troškovima za 2020.

Države članice EU-a pozvane su da dostave „relevantne podatke o uporabi putnog zdravstvenog osiguranja od strane nositelja viza tijekom njihova boravka na državnom području država članica, kao i o troškovima koje su zbog nositelja viza snosila nacionalna tijela ili pružatelji zdravstvenih usluga” u obliku odgovora na pitanja u nastavku:

- *Kako se provjerava imaju li nositelji viza kojima je potrebna hitna medicinska pomoć tijekom boravka odgovarajuće i valjano putno zdravstveno osiguranje? Što se događa ako nemaju?*
- *Koji se podaci prikupljaju o zdravstvenoj zaštiti koja se daje nositeljima viza za kratkotrajni boravak i osiguranju koje imaju?*
- *Koja je organizacija odgovorna za prikupljanje takvih podataka?*
- *Kakva je politika o neplaćenim računima za zdravstvenu skrb? Pokušavaju li se naplatiti takvi dugovi? Kolika je stopa uspješnosti naplate neplaćenih računa za liječenje od pacijenata ili osiguravajućih društava?*

– *Koji je (procijenjeni) ukupan iznos neplaćenih računa za liječenje nositelja viza za kratkotrajni boravak (2019.)? Koliki je taj iznos u usporedbi s neplaćenim računa za liječenje drugih kategorija državljana trećih zemalja (posjetitelja izuzetih od obveze posjedovanja vize; osoba s boravišnom dozvolom ili nositelja viza za dugotrajni boravak)?*

Od država članica EU-a zatraženo je da prikupe podatke od brojnih javnih tijela i dionika u svojoj zemlji, među ostalim od tijela nadležnih za zdravstvo, osiguravajućih organizacija i pružatelja zdravstvene zaštite.

1. Odgovori država članica EU-a

Svih 28 država članica EU-a, osim jedne, i države pridružene schengenskom području dostavile su svoje odgovore, iako su se količine informacija danih u odgovorima znatno razlikovale. Njih 16 provelo je istrage preko različitih državnih tijela, ali one nisu bila jednako temeljite. Preostale su države članice svoje odgovore ograničile na izjavu da „podaci nisu dostupni”.

Zajednička je značajka sadržaja odgovora da općenito ne postoji formalizirani središnji sustav za prikupljanje podataka o zdravstvenoj skrbi koja se pruža državljanima trećih zemalja te da se tijekom liječenja ne prikupljaju podaci o pravnoj osnovi boravka predmetnog pacijenta iz treće zemlje (npr. je li ta osoba nositelj vize za kratkotrajni boravak, putnik bez vize). Neki su odgovori sadržavali detaljan opis nacionalnog sustava zdravstvene zaštite i povrata plaćanja, a drugi su bili vrlo općeniti. Neke države članice EU-a podijelile su konkretne podatke o neplaćenim računima za liječenje koji su izdani državljanima trećih zemalja, ali obuhvaćene metode i razdoblja izračuna ne omogućuju smislenu usporedbu.

– **Opće jamstvo davanja hitne medicinske pomoći**

Općenito, hitnu medicinsku pomoć daju javne bolnice u svim državama članicama EU-a svim osobama, bez obzira na prebivalište ili status vize i posjedovanje zdravstvenog osiguranja. Nadalje, mnoge države članice EU-a sklopile su bilateralne sporazume o davanju zdravstvene skrbi s određenim trećim zemljama čiji državljani moraju imati vize, što znači da će troškovi bilo koje vrste liječenja nositelja viza koji su državljani tih zemalja vjerojatno biti pokriveni, čak i ako te osobe ne posjeduju policu putnog zdravstvenog osiguranja.

– **Provjere posjedovanja osiguranja koje provode zdravstvene ustanove**

Posjedovanje osiguranja nije preduvjet za primanje zdravstvene skrbi. Međutim, većina država članica EU-a navodi da, ovisno o stanju pacijenta pri prijemu, zdravstvene ustanove mogu zahtijevati osiguranje prije liječenja, ali zasad nije uspostavljen jedinstven pristup. U većini slučajeva od pacijenta se zahtijeva da takav dokaz predoči nakon liječenja ili da izravno plati bolnici, ili bolnica naplaćuje troškove njegova liječenja od osiguravajućeg društva.

Neke zdravstvene ustanove u državama članicama EU-a zahtijevaju da pacijent uplati polog (npr. iznosi do 300 EUR), zbog čega naplata od osiguranja postaje nebitna. Ostali zahtijevaju da svi državljani trećih zemalja ili, prema potrebi, osoba koja poziva/sponzor izravno plate liječenje.

– **Nedostatak podataka prema kojima bi se utvrdilo koriste li nositelji osiguranje**

Pri prikupljanju osobnih podataka pacijenata mogu se prikupljati i podaci o njihovu državljanstvu. Informacije o uvjetima boravka (tj. posjeduje li pojedinac vizu ili boravišnu dozvolu) osoba koje su primile zdravstvenu skrb ne prikupljaju se centralno, već se mogu čuvati u bolnici ili na regionalnoj razini. Neke su države članice EU-a provele *ad hoc* ankete o državljanima trećih zemalja kojima je pružena zdravstvena skrb, ali njima nisu obuhvaćeni uvjeti boravka ni opseg zdravstvene skrbi koja je predmet bilateralnih ugovora.

Tri države članice EU-a navele su da se na vanjskim granicama provode nasumične provjere imaju li nositelji viza valjano osiguranje. Jedna od tih triju država navela je da nepostojanje police osiguranja može dovesti do ukidanja vize s obrazloženjem kako nije ispunjen jedan od uvjeta za izdavanje vize.

– **Naplata neplaćenih računa za liječenje**

Čini se da ni jedna država članica EU-a ne primjenjuje međusektorska pravila ili smjernice za naplatu neplaćenih bolničkih računa. To je i posljedica decentralizirane strukture zdravstvene zaštite u većini država članica Europske unije u okviru koje je pojedinačnoj ustanovi prepušteno da uspostavi vlastitu praksu.

Sve države članice EU-a potvrđuju da je postupak naplate od pojedinaca ili osiguravajućih društava u inozemstvu izrazito zahtjevan (dugotrajan i skup).

U nekim državama članicama EU-a, pri ministarstvu zdravstva i u obliku javnih agencija postoje nacionalna „društva za reosiguranje”, koja pokrivaju troškove bolnica za neplaćene račune, ali nemaju sredstva kojima bi mogla pokušati naplatiti te račune pacijentima ili osiguravajućim društvima.

Nekoliko država članica EU-a iznijelo je procjene o neplaćenim računima za liječenje stranih državljana (bez obzira na državljanstvo) i one se kreću u rasponu od 10 % do 60 %, ali samo je jedna podijelila podatke o neplaćenim računima nositelja viza za kratkotrajni boravak iz jedne regije zemlje (65 %). Ta država članica EU-a navela je i da stopa neplaćenih računa za liječenje državljana trećih zemalja koji mogu putovati bez viza (i bez osiguranja) u EU-u iznosi 62 %. U tom kontekstu teško je tvrditi da zahtjev u pogledu posjedovanja odgovarajućeg osiguranja pridonosi naplati računa.

2. Postojeće stanje: nema jasne slike

Postoje znatne razlike u iskustvima država članica EU-a, uglavnom zbog razlika u njihovim zdravstvenim sustavima. Hitna medicinska pomoć daje se univerzalno, a pokrivanje troškova sekundarna je stvar. U nekim državama članicama EU-a bilateralnim sporazumima o zdravstvenoj zaštiti s trećim zemljama obuhvaća se liječenje bez obzira na to ima li predmetna osoba osiguranje ili ne. Situacije se razlikuju i ovisno o tome pruža li se zdravstvena skrb na temelju privatnog komercijalnog „ugovora”, pružaju li je izravno državne ustanove ili se radi o kombinaciji tih dviju vrsta zdravstvene zaštite, pri čemu država ima funkciju „reosiguratelja”. Procjene država članica EU-a o iznosima neplaćenih računa za liječenje uvelike se razlikuju.

Neke države članice EU-a smatraju da je problem beznačajan te navode da „nositelji vize plaćaju troškove liječenja”, ali za to nisu dostavile dokaze. Druge smatraju da je riječ o velikom problemu te ističu da je prag pokrića od 30 000 EUR nedostatan.

Budući da posjedovanje osiguranja nije uvjet za ulazak i stoga se ne provjerava pri ulasku, nema dokaza da nositelji vize imaju odgovarajuće osiguranje svaki put kad putuju.

Nadalje, prikupljanje preciznih podataka o neplaćenim računima nositelja viza za kratkotrajni boravak otežano je i čini se da se ne provodi. Dakle, razlozi za neplaćanje računa (za troškove liječenja državljana trećih zemalja) i dalje su nepoznati i potrebno je razjasniti nekoliko aspekata kao što su:

- koliki je udio vlasnika viza za kratkotrajni boravak kojima je potrebna hitna medicinska pomoć tijekom boravka koji nemaju osiguranje ili njihovo osiguranje ne pokriva nastale troškove,
- može li se nedostatno osiguranje objasniti time da postojećom pravnom osnovom nisu jasno utvrđeni zahtjevi na temelju kojih bi se osiguranje moglo smatrati odgovarajućim,
- je li razina pokrića (30 000 EUR) preniska da se njome pokriju svi troškovi,
- koji su razlozi da osiguravajuća društva odbiju pokrivanje nastalih troškova liječenja,
- zašto zdravstvene ustanove ne zahtijevaju naplatu, je li to zbog niske stope uspješnosti ili zato što u konačnici središnja tijela pokriju dugove?

Dodatno, ali važno pitanje jest činjenica da nema dokaza da su državljani trećih zemalja kojima je potrebna viza veći problem u smislu ostvarivanja zdravstvene zaštite u usporedbi s državljanima trećih zemalja koji mogu putovati u EU bez viza[8] (vidjeti prethodni tekst). Stoga je vrlo upitno jesu li različiti zahtjevi za te dvije kategorije putnika opravdani.

U svojim odgovorima neke države članice EU-a tvrde da bi se na taj zahtjev trebalo gledati i kao na sredstvo zaštite putnika u slučaju da im treba hitna medicinska pomoć tijekom boravka u EU-u. Međutim, to bi trebalo primijeniti na sve državljane trećih zemalja koji putuju u EU.

3. Posljedice pandemije bolesti COVID-19

Zbog pandemije bolesti COVID-19 i ograničenja putovanja koja su uslijedila došlo je do naglog i gotovo potpunog zaustavljanja aktivnosti povezanih s izdavanjem viza od kraja ožujka 2020. te velik broj nositelja viza koji su se nalazili u državama članicama EU-a nije mogao napustiti te države članice nakon što su im vize istekle. Pandemija je dodatno istaknula hitnu potrebu za procjenom učinkovitosti osiguranja i u tom pogledu državama članicama postavljena su sljedeća pitanja:

[8] Tijekom 2019. izdano je oko 15 milijuna viza za kratkotrajni boravak, a od toga je više od 50 % njih bilo za višekratni ulazak. Za usporedbu, u izvješću o „Tehničkoj studiji o pametnim granicama” iznesen je zaključak da postoje naznake da će očekivani promet na vanjskim granicama 2020. za državljane trećih zemalja koji ne moraju posjedovati vizu biti 104 milijuna.

- *Kakve su posljedice aktualne pandemije bolesti COVID-19? Jeste li primijetili neke promjene u pogledu neplaćenih računa za liječenje tijekom tog razdoblja? Ako takvi podaci još nisu dostupni, trebali biste navesti kada će biti.*
- *Koje se odredbe o zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj skrbi primjenjuju na nositelje viza za kratkotrajni boravak koji moraju ostati na schengenskom području dulje od 90 dana zbog pandemije bolesti COVID-19?*

Odgovori država članica EU-a na ta pitanja bili su vrlo slični: prerano je za zaključitije li se pandemija odrazila na porast broja neplaćenih računa, ali mali broj putnika iz trećih zemalja (koji ne moraju imati vizu ili koji kojima je viza potrebna) ukazuje na to da će takav učinak izostati. Većina država članica EU-a nije zahtijevala da osobe koje su zbog novonastalih okolnosti prekoračile trajanje dopuštenog boravka sklope osiguranje koje će pokriti njihov produljeni boravak i u tom su razdoblju te osobe mogle dobiti sve vrste hitne medicinske pomoći. Osobe koje trebaju druge vrste liječenja tijekom produljenog boravka moraju same podmiriti troškove.

Do studenoga 2020. države članice EU-a ponovno su počele obrađivatimali broj podnesenih zahtjeva za vize diljem svijeta, a pojavio se i aspekt osiguranja izravno povezan s pandemijom bolesti COVID-19. Provjere na terenu provedene u travnju 2020. pokazuju da nekoliko glavnih osiguravajućih društava sada nudi police osiguranja koje sadržavaju posebne klauzule kojima se isključuju troškovi liječenja povezani s epidemijom ili pandemijom ili ih se pokriva samo djelomično. O sličnim kretanjima izvijestili su i konzulati država članica EU-a.

III. Daljnje mjere

Nije moguće izvesti konačan zaključak o učinkovitosti postojećeg zahtjeva u pogledu osiguranja. Ovo izvješće pokazuje da nedostaju relevantni i pouzdani podaci koji bi Komisiji omogućili da u potpunosti procijeni učinkovitost postojećih pravila. Međutim, postoji dovoljno dokaza o poteškoćama koje imaju različiti dionici u provedbi mjera i već se mogu izvesti zaključci u nastavku.

1) Nema dokaza koji upućuju na to da se trenutačnim zahtjevom u pogledu osiguranja daje znatno olakšanje zdravstvenim sustavima tako što se njime jamči da će liječenje biti plaćeno jer je i dalje prisutan problem neplaćenih računa. Nadalje, čini se da je naplata neplaćenih bolničkih računa velik problem, čak i onda kada pacijent ima osiguranje u trenutku liječenja.

2) Mogu se utvrditi sljedeći nedostaci u načinu na koji je oblikovan postojeći zahtjev:

   - vrijeme predočenja dokaza (pri podnošenju zahtjeva za vizu),
   - preopćenita, nejasna i možda zastarjela pravila o osiguranju, čime se konzularnom osoblju otežava provjera ispunjava li osiguranje potrebne zahtjeve,
   - stvarno posjedovanje osiguranja ne provjerava se u trenutku u kojem nositelj vize prelazi granicu EU-a.

3) Podaci koje su dostavile države članice EU-a ukazuju na to da bi nepostojanje jednakih zahtjeva za putnike koji nemaju obvezu posjedovanja vize mogao biti dio problema

neplaćenih računa za bolničko liječenje jer nema dokaza da su državljani trećih zemalja koji moraju imati vizu veći problem za zdravstveni sustav u odnosu na državljane trećih zemalja koji mogu putovati u EU bez vize.

Moguće je predvidjeti nekoliko opcija za daljnje aktivnosti:

- prihvatiti trenutačnu situaciju bez ikakvih stvarnih dokaza o koristima za zdravstvene sustave, unatoč poznatim problemima za podnositelje zahtjeva za vizu, poteškoćama za konzulate, temeljnim strukturnim problemima i nepostojanju dostupnih podataka kojima bi se omogućila procjena toga primjenjuje li se zahtjev za osiguranje kako je planirano,

- priznati da je pravna osnova zastarjela (sastavljena je prije 17 godina) i da se mora poboljšati kako bi se osiguralo da služi svojoj svrsi, odnosno da nositelji viza imaju odgovarajuće osiguranje tijekom boravka, na primjer definiranjem jasnih zahtjeva u pogledu polica koje društva za osiguranje moraju izričito navesti u svojim policama („zajamčeni minimalni standard zdravstvenog osiguranja u EU-u”). Odredbama se mogu obuhvatiti standardni postupci plaćanja kako bi se osiguralo podmirenje troškova, mogućnost produljenog pokrića u slučaju boravka nakon isteka vize zbog duljeg trajanja liječenja i mogućnost trajnog pokrića za nositelje viza za višekratni ulazak (prema načelu „plati koliko potrošiš”). „Oznaka jamstva” mogla bi, posebno onda kada postupak izdavanja vize postane potpuno digitaliziran, omogućiti konzulatima da provjere jesu li police osiguranja podnositelja zahtjeva za vizu u skladu sa zakonskim zahtjevima,

- uvažiti činjenicu da ne bi trebalo postojati različito postupanje u pogledu pokrivenosti osiguranjem prema državljanima trećih zemalja koji moraju imati vize i prema onima koji ih ne moraju imati tijekom boravka u EU-u i razmotriti proširenje zahtjeva u pogledu osiguranja na putnike koji ne moraju imati vizu te istodobno osigurati da se provjera posjedovanja osiguranja provodi u odgovarajućem trenutku (npr. tijekom putovanja).

Kako bi sa sigurnošću utvrdila učinkovitost zahtjeva u pogledu osiguranja i moguću potrebu za revizijom pravne osnove, Komisija na temelju ovog izvješća namjerava pokrenuti studiju za prikupljanje dodatnih podataka.