EUROPOS
KOMISIJA

Briuselis, 2021 03 02
COM(2021) 92 final

KOMISIJOS ATASKAITA EUROPOS PARLAMENTUI IR TARYBAI

dėl vizų turėtojų naudojimosi sveikatos draudimu kelionės metu pagal Reglamento (EB) Nr. 810/2009 15 straipsnį buvimo valstybėse narėse laikotarpiu

KOMISIJOS ATASKAITA EUROPOS PARLAMENTUI IR TARYBAI

dėl vizų turėtojų naudojimosi sveikatos draudimu kelionės metu pagal Reglamento (EB) Nr. 810/2009 15 straipsnį buvimo valstybėse narėse laikotarpiu

I. Įžanga

Nuo 2004 m.[1] prašymus išduoti trumpalaikę vizą teikiantys asmenys privalo pateikti įrodymą, kad turi *„tinkamą galiojantį sveikatos draudimą kelionės metu“* skubioms gydymo arba grąžinimo į savo šalį išlaidoms, patirtoms dėl jų buvimo ES valstybėse narėse laikotarpiu iškilusių nenumatytų sveikatos problemų, padengti. Tarybos sprendime, pagal kurį šios taisyklės tuo metu buvo pradėtos taikyti, atlikti poveikio vertinimą nebuvo reikalaujama, jokios kitos formos nuodugni šios priemonės poveikio analizė taip pat nebuvo atlikta. Šios nuostatos buvo įtrauktos į Vizų kodekso (Reglamento (EB) Nr. 810/2009[2]) 15 straipsnį be esminių pakeitimų.

Nors teikiant prašymą išduoti trumpalaikę vizą reikia pateikti tinkamą sveikatos draudimą kelionės metu (toliau – draudimas), tokio draudimo turėjimas nepriskiriamas prie atvykimo sąlygų[3], kurios yra tikrinamos prie ES išorės sienų. Todėl ne ES piliečiai, kuriems reikalavimas turėti vizą netaikomas, ir asmenys, kurie ateityje teiks prašymus pagal ETIAS[4], keliaudami į ES neprivalo pateikti įrodymo, kad draudimą turi. Dėl to ne ES piliečiams, kuriems reikalavimas turėti vizą netaikomas, ir ne ES piliečiams, kuriems toks reikalavimas taikomas, taikomos nevienodos sąlygos.

2014 m. pasiūlyme dėl Vizų kodekso išdėstymo nauja redakcija Komisija pasiūlė panaikinti draudimo reikalavimą. Pasiūlymas motyvuotas tuo, kad dėl draudimo reikalavimo kyla praktinių sunkumų (žr. toliau), prie išorės sienos nėra tikrinama, ar reikalavimas turėti draudimą įvykdytas, ir kad turima labai nedaug duomenų[5] apie tai, kokiu mastu draudimo liudijimo reikalavimo vykdymas užtikrinamas faktiškai. Taryba pasiūlymą atmetė, o Europos Parlamentas – priešingai – jam pritarė. 2018 m. Komisija savo pasiūlymą dėl išdėstymo nauja redakcija galiausiai atsiėmė.

---

1 2003 m. gruodžio 22 d. Tarybos sprendimas, iš dalies keičiantis Bendrųjų konsulinių instrukcijų V dalies 1.4 punktą ir Bendrojo vadovo I dalies 4.1.2 punktą, kad būtų įtrauktas reikalavimas turėti sveikatos draudimą kelionės metu kaip vieną iš patvirtinamųjų dokumentų norint gauti vienodą atvykimo vizą (2004/17/EB) (OL L 5, 2004 1 9, p. 79).

2 2009 m. liepos 13 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (EB) Nr. 810/2009, nustatantis Bendrijos vizų kodeksą (Vizų kodeksas) (OL L 243, 2009 9 15, p. 1).

3 2016 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamento (ES) 2016/399 dėl taisyklių, reglamentuojančių asmenų judėjimą per sienas, Sąjungos kodekso (Šengeno sienų kodeksas) (OL L 77, 2016 3 23, p. 1) 6 straipsnio 1 dalis.

4 Europos kelionių informacijos ir leidimų sistema.
2018 m. rugsėjo 12 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) 2018/1240, kuriuo sukuriama Europos kelionių informacijos ir leidimų sistema (ETIAS) ir iš dalies keičiami reglamentai (ES) Nr. 1077/2011, (ES) Nr. 515/2014, (ES) 2016/399, (ES) 2016/1624 ir (ES) 2017/2226 (OL L 236, 2018 9 19, p. 1).

5 SWD(2014) 101 *final*.

2018 m. pasiūlyme dėl kai kurių Vizų kodekso nuostatų patikslinimo Komisija nesiūlė keisti jokių nuostatų dėl draudimo. Europos Parlamentas ir Taryba susitarė pavesti Komisijai patikrinti šios priemonės veiksmingumą ir parengti ataskaitą. Pagal Reglamento (ES) 2019/1155, kuriuo iš dalies keičiamas Reglamentas (EB) Nr. 810/2009[6], 2 straipsnio 3 dalį Komisija, remdamasi valstybių narių pateiktais „*[aktualiais turimais duomenimis] apie tai, kaip vizų turėtojai naudojosi <...> sveikatos draudimu kelionės metu jiems esant valstybių narių teritorijoje, taip pat apie išlaidas, kurias patyrė nacionalinės valdžios institucijos arba medicinos paslaugų vizos turėtojams teikėjai*“, turi parengti ataskaitą ir pateikti ją Europos Parlamentui ir Tarybai.

Vadovaujantis minėta nuostata, šioje ataskaitoje aprašyta, kokių sunkumų kelia draudimo reikalavimas (keletas tų sunkumų buvo užfiksuoti dokumentuose anksčiau), pateikta bendra ES valstybių narių atsakymų santrauka, įskaitant atsakymus dėl galimo COVID-19 pandemijos poveikio, ir pateikti pasiūlymai dėl tolesnių veiksmų.

1. Per vizų procedūrą kylantys sunkumai ir nepakankamas vykdymo užtikrinimas pasienyje

Atrodytų, kad vizos prašantiems asmenims apsidrausti nėra sudėtinga, tačiau iš anksčiau atliktos analizės, dažnų diskusijų Vizų komitete ir vietos lygmens bendradarbiavimo Šengeno klausimais matyti, kad draudimo reikalavimas kelia problemų kai kuriais kitais aspektais.

– Teisinis pagrindas

Pagal Vizų kodekso 15 straipsnį vizos prašantys asmenys privalo įrodyti, kad turi „*tinkamą galiojantį*“ draudimą „*išlaidoms, galinčioms susidaryti dėl grąžinimo dėl sveikatos priežasčių, mirties atveju, skubios gydytojo apžiūros ir (arba) skubios pagalbos ligoninėje jų buvimo valstybių narių teritorijoje metu, padengti*“. Asmenys, prašantys išduoti daugkartinę vizą, tokį įrodymą turi pateikti dėl pirmojo numatomo buvimo. Teikdamas prašymą ir jį pasirašydamas atitinkamas asmuo patvirtina, jog žino, kad draudimą turės turėti visus būsimus buvimo laikotarpius.

Draudimas turi galioti ES valstybėse narėse visą vizos turėtojo buvimo jose laikotarpį. Mažiausia draudimo suma yra 30 000 EUR (jos dydis nustatytas 2004 m.), o reikalavimai išmokėti draudimo išmoką turi būti atlygintini ES valstybėje narėje.

– Draudimo pateikimo laikas

Vizos prašantis asmuo draudimo liudijimą privalo pateikti kreipdamasis dėl vizos. Taigi, vizos prašantys asmenys privalo pateikti draudimą numatomo buvimo laikotarpiui dar nežinodami, ar viza bus išduota ir kokiam laikotarpiui ji bus išduota. Be to, kai kurie konsulatai nepagrįstai reikalauja, kad draudimas galiotų visą vizos galiojimo laikotarpį[7]. Kai kurie konsulatai

[6] 2019 m. birželio 20 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentas (ES) 2019/1155, kuriuo iš dalies keičiamas Reglamentas (EB) Nr. 810/2009, nustatantis Bendrijos vizų kodeksą (Vizų kodeksas) (OL L 188, 2019 7 12, p. 25).

[7] Leidžiamo buvimo šalyje trukmė – tai, kiek dienų vizos turėtojui leidžiama būti šalyje, pvz., 30 dienų.
Vizos galiojimo laikotarpis – prie leidžiamos buvimo šalyje trukmės pridedama 15 dienų, suteikiant vizos turėtojui galimybę viza naudotis lanksčiai (planai arba skrydžiai gali keistis ir pan.), vadinasi, asmuo gali turėti

sprendimą dėl vizos galiojimo trukmės priima remdamiesi pateikto draudimo galiojimo laikotarpiu, nors teisėkūros institucijos to reikalauti neketino.

Kai kurios draudimo bendrovės leidžia draudimo liudijimus vėliau nutraukti. Ši tvarka yra naudinga asmenims, kurių prašymai nebuvo patenkinti ir kurie kitu atveju būtų praradę už draudimą sumokėtus pinigus, tačiau pagal šią tvarką atsiranda galimybė nesilaikyti draudimo reikalavimo po to, kai viza išduodama.

Jeigu asmenys teikia prašymą dėl ilgalaikės daugkartinės vizos arba turi teisę į tokią vizą, jie privalo įrodyti, kad turi draudimą pirmam numatyto buvimo laikotarpiui. Pasirašydamas prašymo formą asmuo supažindinamas su reikalavimu, kad privalo turėti draudimą ir per būsimus apsilankymus. Atvykstant tai nėra tikrinama ir duomenų apie tai, ar reikalavimo laikomasi, neturima.

– **Sveikatos draudimo tikrinimas konsulatuose**

Konsulatams yra sudėtinga patikrinti, ar pagal išsamias ir labai technines draudimo liudijimų sąlygas yra faktiškai suteikiamos reikalingos draudimo garantijos, ir tai užima daug laiko. Šis sudėtingas darbas pasunkėja dar ir dėl to, kad Vizų kodekso 15 straipsnis suformuluotas labai plačiai, todėl negalima atlikti greitų atitikties patikrinimų. Tai, kad nuodugnius patikrinimus atlikti yra sudėtinga, rodo ir sveikatos sektoriaus nurodomos problemos (žr. toliau).

Kai kuriose vietovėse ES valstybės narės, laikydamosi Vizų kodekso 48 straipsnio 3 dalies d punkte išdėstytų keitimosi informacija nuostatų, yra drauge sudariusios „rekomenduojamų draudimo bendrovių“, kurių produktai buvo patikrinti ir įvertinti kaip atitinkantys reikalavimus, sąrašą. Be to, kad šis sąrašas turėtų vertinimo užduotį visiems palengvinti, tai kartu yra ir bandymas pastūmėti prašymus teikiančius asmenis rinktis kurią nors į sąrašą įtrauktą draudimo bendrovę, taigi, apribojama teikiamų draudimo liudijimų įvairovė. Kai kuriose vietovėse šis sąrašas tapo įtakinga priemone, nes draudimo bendrovės prašo būti į jį įtrauktos (nors formali prašymo procedūra nenumatyta) ir deda pastangų, kad tame sąraše išliktų. „Rekomenduojamų“ draudimo bendrovių sąrašas taip pat yra priemonė garantuoti prašymus teikiantiems asmenims, kad jie bus tinkamai apdrausti. Daugumoje vietovių buvo nuspręsta, kad toks kolektyvinis įvertinimas neįmanomas dėl draudimo liudijimų pasiūlos, įskaitant internetu, įvairovės. Vis dėlto, nepriimti draudimo liudijimo motyvuojant tuo, kad jį yra išdavęs į „rekomenduojamų“ draudikų sąrašus neįtrauktas draudikas, pagal konkurencijos taisykles yra draudžiama, jei draudimo liudijimas atitinka Vizų kodekse nustatytus kriterijus.

– **Patikrinimų prie išorės sienų nevykdymas**

Kaip jau buvo paminėta, prie išorės sienų nėra tikrinama, ar turimas draudimas. Todėl yra pasikliaujama vizų turėtojų sąžiningumu, kad, kirsdami išorės sieną, jie turi visą apsilankymo laikotarpį galiojantį draudimą ir laikosi šio reikalavimo kaskart atvykdami pagal daugkartinę vizą (kuri gali galioti iki penkerių metų).

2. Sveikatos sektoriaus nurodomi sunkumai

45 dienas galiojančią vizą, pagal kurią valstybėje narėje jis gali būti 30 dienų. Sveikatos draudimas kelionės metu turi galioti 30 dienų.

Komisija atliko preliminarų tyrimą (2019–2020 m.), apklaususi ES valstybių narių visuomenės sveikatos įstaigas ir tarnybas. Dauguma tvirtino, kad negali pateikti išsamesnių įžvalgų apie naudojimąsi draudimu, nes tokie duomenys centralizuotai nerenkami. Vis dėlto, buvo nurodyti šie trūkumai:

- finansinio draudimo dažnai neturima – dėl to, kad nebuvo apsidrausta visai kelionės trukmei, dėl to, kad draudimas baigė galioti gydymui dar nesibaigus (ypač jeigu asmenų kelionės trukmė dėl jų sveikatos turėjo būti pratęsta), arba dėl to, kad apdraustasis asmuo sąmoningai nutraukė draudimą savo apsilankymo laikui dar nesibaigus;
- nepakankama draudimo apsauga, ypač kai išlaidų už gydymą atlyginimo riba yra labai žema. Taip pat yra problemų, susijusių su planinio gydymo (pvz., priežiūros slaugos skyriuje, suteikus skubiąją pagalbą, arba papildomo nesusijusio gydymo, jeigu po skubiosios pagalbos jo prireikia) įtraukimu į draudimą. Pagal draudimo liudijimo sąlygas jis nėra (visapusiškai) apdraudžiamas;
- draudimo bendrovės dažnai neatlygina išlaidų remdamosi išimčių sąlygomis arba tuo, kad pacientas anksčiau turėjo sveikatos problemą (-ų), pvz., ligos istoriją, labai padidinančią tikimybę, kad rizika, nuo kurios draudžiama, pasireikš;
- neproporcingi išlaidų atlyginimo reikalavimai: kartais išlaidos atlyginamos tik sąlygomis, kurios neatitinka sveikatos duomenų konfidencialumo reikalavimų (pvz., prieš atlyginant išlaidas, prašoma pateikti ligos istorijos išrašus);
- pacientus išrašius iš gydymo įstaigos, su jais neįmanoma susisiekti ir sunku susisiekti su užsienyje esančia draudimo bendrove. Pavyzdžiui, pacientas praneša savo draudimo duomenis ligoninei, tačiau sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai atsakymo iš draudimo bendrovių negauna. Jeigu trečiosios šalies draudiko, kuris dengtų išlaidas, nėra, ligoninės yra priverstos išrašyti sąskaitas tiesiogiai pacientui be garantijos, kad jos bus apmokėtos;
- pagal daugumos ligoninių politiką kaina yra nurodoma iš anksto, o sąskaita išrašoma vėliau, tiesiogiai pacientui. Kritiniais atvejais, žinoma, taip negali būti elgiamasi;
- pacientams dažnai tenka likti šalyje ilgiau, negu galioja jų viza, arba juos prireikia perkelti į kitą ligoninę. Tokiais atvejais draudimo bendrovės mokėti atsisako;
- kyla ir su draudimo dydžiu susijusių problemų. Laikoma, kad draudimas neapima paskesnio gydymo ir priežiūros (šios išlaidos į draudimą paprastai niekada nėra įtraukiamos). Vis dėlto, tokios gydymo paslaugos dažnai yra suteikiamos.

II. 2020 m. atliktos apklausos apie draudimą ir patirtas išlaidas rezultatai

ES valstybių narių paprašyta pateikti „*atitinkamus duomenis apie vizų turėtojų naudojimąsi sveikatos draudimu kelionės metu buvimo valstybių narių teritorijoje laikotarpiu, taip pat apie nacionalinių institucijų arba medicinos paslaugas vizų turėtojams teikiančių subjektų patirtas išlaidas*“ atsakant į šiuos klausimus:

- *Kaip tikrinama, ar vizų turėtojai, kuriems buvimo laikotarpiu prireikia skubaus gydymo, turi tinkamą galiojantį sveikatos draudimą kelionės metu? Kas nutinka, jeigu jie draudimo neturi?*

- *Kokie duomenys renkami apie trumpalaikių vizų turėtojams teikiamą sveikatos priežiūrą ir jų turimą draudimą?*
- *Kuri organizacija yra atsakinga už tokių duomenų rinkimą?*
- *Kokios politikos laikomasi dėl neapmokėtų sąskaitų už sveikatos priežiūros paslaugas? Ar imamasi veiksmų tokioms skoloms susigrąžinti? Kiek sėkmingai pavyksta susigrąžinti už medicinos paslaugas nesumokėtas sumas iš pacientų arba draudimo bendrovių?*
- *Kokia yra bendra (apskaičiuotoji) trumpalaikių vizų turėtojų nesumokėtų sąskaitų už medicinos paslaugas suma (2019 m.)? Koks šios sumos ir kitų kategorijų ne ES piliečių (atvykstančių asmenų, kuriems reikalavimas turėti vizą netaikomas, asmenų, turinčių leidimus gyventi šalyje arba ilgalaikes vizas) neapmokėtų sąskaitų už medicinos paslaugas santykis?*

ES valstybių narių paprašyta surinkti duomenis iš visų savo šalies viešojo administravimo institucijų ir suinteresuotųjų subjektų, įskaitant sveikatos priežiūros institucijas, draudimo organizacijas ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus.

1. ES valstybių narių atsakymai

Atsakymus pateikė visos 28 ES valstybės narės (išskyrus vieną) ir Šengeno asocijuotosios valstybės, tačiau atsakymuose pateiktos informacijos išsamumas labai skyrėsi. 16 respondentų atliko tyrimus per įvairias valdžios institucijas, tačiau tyrimai nebuvo vienodai išsamūs. Likusieji respondentai atsakymuose tik nurodė, kad „duomenų nėra“.

Kalbant apie atsakymų turinį pažymėtina, kad dažniausiai oficialių centralizuotų duomenų apie ne ES šalių piliečiams suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas neturima, taip pat nerenkami duomenys apie tai, kokiu teisiniu pagrindu ne ES piliečiai buvo šalyje tuo metu, kai jiems buvo suteiktas gydymas (pvz., ar jie turėjo trumpalaikę vizą, ar reikalavimas turėti vizą nebuvo taikomas). Vienuose atsakymuose nacionalinė sveikatos priežiūros ir lėšų susigrąžinimo tvarka aprašyta išsamiai, kiti atsakymai yra labai bendro pobūdžio. Kai kurios ES valstybės narės pateikė konkrečius ne ES piliečių neapmokėtų sąskaitų už suteiktas medicinos paslaugas skaičius, tačiau dėl taikytų skaičiavimo metodų ir dėl duomenų laikotarpių šių duomenų prasmingai palyginti neįmanoma.

– Bendra skubaus gydymo garantija

Paprastai skubaus gydymo paslaugas visų ES valstybių narių valstybinės ligoninės teikia visiems asmenims, nepriklausomai nuo gyvenamosios vietos arba vizos statuso ir to, ar asmuo turi sveikatos draudimą. Be to, kai kurios ES valstybės narės yra sudariusios dvišalius susitarimus dėl gydymo su tam tikromis ne ES šalimis, kurių piliečiams reikalingos vizos, kad vizų turėtojams, kurie yra tų šalių piliečiai, būtų atlyginamos bet kokio gydymo išlaidos, net jeigu jie neturi draudimo.

– Tikrinimas, ar turimas draudimas, sveikatos įstaigose

Draudimo turėjimas nėra būtina sąlyga tam, kad būtų suteiktas gydymas. Tačiau dauguma ES valstybių narių pažymi, kad, priklausomai nuo priimamo paciento būklės, medicinos įstaigos gali

prašyti draudimo prieš pradėdamos gydymą, tačiau šiuo atžvilgiu vienodos tvarkos nėra. Dažniausiai paciento prašoma tokį įrodymą pateikti po gydymo arba sumokėti už gydymą tiesiogiai ligoninei. Pacientas taip pat gali nusiųsti sąskaitą draudikui.

Kai kurių ES valstybių narių medicinos įstaigos reikalauja, kad pacientas sumokėtų iš anksto (pvz., 300 EUR arba mažesnę sumą), tokiu atveju lėšų susigrąžinimas iš draudimo yra nebeaktualus. Kitos reikalauja, kad visi ne ES šalių gyventojai arba, jei tai taikoma, kvietimą suteikęs asmuo ir (arba) rėmėjas, sumokėtų už gydymą tiesiogiai.

– **Duomenų apie tai, ar vizų turėtojai pasinaudoja savo draudimu, trūkumas**

Renkant pacientų asmens duomenis, gali būti renkami duomenys ir apie jų pilietybę. Duomenys apie gydytų asmenų buvimo šalyje sąlygas (t. y. ar asmuo turi vizą arba leidimą gyventi šalyje) centralizuotai nerenkami, bet gali būti saugomi ligoninėse arba regioniniu lygiu. Kai kurios ES valstybės narės atliko *ad hoc* tyrimus apie ne ES piliečius, kuriems buvo suteiktas gydymas, tačiau duomenys nebuvo suskirstyti pagal buvimo šalyje sąlygas arba tai, ar jiems buvo taikomos dvišalių susitarimų dėl gydymo nuostatos.

Trys ES valstybės narės nurodė, kad prie išorės sienų atsitiktine tvarka yra tikrinama, ar vizų turėtojai turi galiojantį draudimą. Viena iš šių trijų valstybių narių nurodė, kad tuo atveju, jei asmuo galiojančio draudimo liudijimo neturi, jo viza gali būti panaikinta motyvuojant tuo, kad asmuo nebeatitinka vienos iš vizos suteikimo sąlygų.

– **Neapmokėtų sąskaitų už medicinos paslaugas sumų susigrąžinimas**

Paaiškėjo, kad nė viena ES valstybė narė netaiko kompleksinių taisyklių arba gairių dėl neapmokėtų ligoninės sąskaitų sumų susigrąžinimo. Viena iš priežasčių yra tai, kad daugumos ES valstybių narių sveikatos priežiūros sistemos yra decentralizuotos, todėl kiekviena įstaiga pati nustato savo praktiką.

Visos ES valstybės narės patvirtina, kad lėšas susigrąžinti iš užsienyje esančių asmenų arba draudimo bendrovių yra itin sudėtinga (tai užima daug laiko ir yra brangu).

Kai kuriose ES valstybėse narėse veikia nacionaliniai „perdraudikai“ – jų funkcijas atlieka valstybinės tarnybos prie sveikatos ministerijos. Jos padengia neapmokėtas ligoninių sąskaitas, tačiau priemonių, kuriomis susigrąžintų lėšas iš paciento arba draudiko, neturi.

Kelios ES valstybės narės nurodė, kad neapmokėtos sąskaitos už užsienio piliečiams suteiktas medicinos paslaugas (duomenys nesuskirstyti pagal pilietybę) sudaro nuo 10 iki 60 proc., tačiau tik viena ES valstybė narė pateikė duomenis apie tai, kokios dalies sąskaitų už medicinos paslaugas neapmokėjo konkrečiai trumpalaikių vizų turėtojai, atvykę iš vieno šalies regiono (65 proc.). Ta pati ES valstybė narė taip pat nurodo, kad ne ES piliečių, kurie gali atvykti į ES be vizos (ir be draudimo), neapmokėtos sąskaitos už medicinos paslaugas sudaro 62 proc. Turint galvoje šiuos duomenis, sunku tvirtinti, kad šis reikalavimas realiai ką nors keičia.

2. Dabartinė padėtis – aiškių duomenų nėra

ES valstybių narių patirtis iš esmės skiriasi – tai daugiausia lemia sveikatos priežiūros sistemų skirtumai. Skubus gydymas suteikiamas visada, o išlaidų atlyginimas jau yra antrinis klausimas. Kai kuriose ES valstybėse narėse pagal dvišalius sveikatos priežiūros susitarimus su ne ES šalimis gydymo išlaidos yra padengiamos nepriklausomai nuo to, ar atitinkamas asmuo draudimą turi, ar neturi. Padėtis skiriasi ir pagal tai, ar sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pagal privačią komercinę sutartį, ar jas tiesiogiai teikia valstybinės įstaigos, ar galioja mišri sistema, kurioje valstybė atlieka „perdraudiko“ vaidmenį. ES valstybių narių pateikti neapmokėtų sąskaitų už medicinos paslaugas sumų įverčiai labai skiriasi. Vienos ES valstybės narės mano, kad problema yra nereikšminga ir nurodo, kad „vizų turėtojai padengia savo išlaidas už gydymą“, tačiau įrodymų nepateikia. Kitos mano, kad tai kelia didelį susirūpinimą ir pažymi, kad 30 000 EUR draudimo sumos riba yra nepakankama.

Kadangi draudimo liudijimo turėjimas nėra atvykimo sąlyga, atvykstant tai nėra tikrinama ir įrodymų, kad vizų turėtojai kiekvieną kartą atvykdami turi tinkamą draudimą, neturima.

Be to, surinkti tikslius duomenis apie trumpalaikių vizų turėtojų neapmokėtas sąskaitas yra sunku ir tokių duomenų, atrodo, neturima. Taigi, priežastys, dėl kurių sąskaitos (už ne ES piliečiams suteiktas paslaugas) neapmokamos, tebėra nežinomos ir reikia daugiau aiškesnės informacijos apie įvairius aspektus, pavyzdžiui:

- Kokiai daliai trumpalaikių vizų turėtojų, kurie neturi draudimo arba kurių draudimas nepakankamas, jų apsilankymo laikotarpiu prireikia skubaus gydymo?
- Ar tai, kad draudimas nepakankamas, galima paaiškinti tuo, kad dabartiniuose teisės aktuose reikalavimai, kada draudimas laikomas tinkamu, nėra aiškiai išdėstyti?
- Ar draudimo suma (30 000 EUR) yra per maža, kad būtų padengiamos visos išlaidos?
- Dėl kokių priežasčių draudimo bendrovės atsisako padengti patirtas gydymo išlaidas?
- Kodėl medicinos įstaigos nebando lėšų išieškoti? Ar taip yra dėl to, kad lėšas susigrąžinti pavyksta retai, ar dėl to, kad galiausiai skolas padengia centrinės valdžios institucijos?

Dar vienas, bet svarbus dalykas yra tai, kad neturima įrodymų, jog dėl ne ES piliečių, atvykstančių į ES su vizomis, kyla kitokių problemų negu dėl ne ES piliečių, galinčių atvykti be vizos[8] (žr. pirmiau). Todėl labai abejotina, kad skirtingų reikalavimų taikymas šių kategorijų keliautojams yra pagrįstas.

Savo atsakymuose kai kurios ES valstybės narės tvirtina, kad šį reikalavimą taip pat reikėtų vertinti kaip keliautojų apsaugos priemonę, jeigu jų buvimo laikotarpiu jiems prireiktų skubaus gydymo. Tačiau šis argumentas turėtų galioti visiems į ES atvykstantiems ne ES piliečiams.

3. COVID-19 pandemijos poveikis

[8] 2019 m. buvo išduota apie 15 milijonų trumpalaikių vizų, iš jų daugiau kaip 50 proc. sudarė daugkartinės vizos. Palyginimui pažymėtina, kad ataskaitoje „Techninis pažangaus sienų valdymo tyrimas“ (angl. Technical Study on Smart Borders) padaryta išvada, kad 2020 m. ne ES piliečių, galinčių atvykti be vizos, srautas prie išorės sienų sieks 104 mln. žmonių.

Dėl COVID-19 pandemijos ir dėl visame pasaulyje nustatytų kelionių apribojimų nuo 2020 m. kovo mėn. vizų išdavimo veikla beveik visiškai sustojo, o ES valstybėse narėse liko daug vizų turėtojų, kurie negalėjo išvykti iki jų vizos galiojimo pabaigos. Pandemija dar labiau išryškino, kad reikia skubiai įvertinti draudimo veiksmingumą, tad valstybėms narėms buvo pateikti šie klausimai:

- *Koks dabartinės COVID-19 pandemijos poveikis? Ar per šį laikotarpį pastebėjote kokių nors padėties, susijusios su neapmokamomis sąskaitomis už sveikatos priežiūrą, pokyčių? Jeigu tokių duomenų dar nėra, prašytume nurodyti, kada jų bus.*
- *Kokios nuostatos dėl sveikatos draudimo ir medicininės priežiūros yra taikomos trumpalaikių vizų turėtojams, kurie dėl COVID-19 pandemijos turi likti Šengeno zonoje ilgiau negu 90 dienų?*

ES valstybės narės į šiuos klausimus atsakė labai panašiai: kol kas dar per anksti spręsti, ar pandemija padarė poveikio, tačiau pagal tai, kad keliaujančių ne ES piliečių (kuriems reikalavimas turėti vizą netaikomas arba taikomas) nėra daug, galima spręsti, kad poveikio nebus. Dauguma ES valstybių narių nereikalavo, kad tie asmenys, kurie nesavanoriškai užtruko ilgiau, negu galėjo pagal vizą, apsidraustų papildomo buvimo šalyje laikotarpiui, ir nurodo, kad tuo laikotarpiu buvo teikiamas bet koks skubus gydymas. Asmenys, kuriems per papildomą buvimo šalyje laikotarpį prireikia kitokios rūšies gydymo, turėtų patys padengti gydymo išlaidas.

2020 m. lapkričio mėn. ES valstybės narės vėl pradėjo nagrinėti nedidelį skaičių prašymų išduoti vizas, gautų iš viso pasaulio, ir pastebėjo vieną tiesiogiai su COVID-19 pandemija susijusį draudimo aspektą. Per 2020 m. balandžio mėn. atliktas patikras vietoje paaiškėjo, kad kai kurios didžiausios draudimo bendrovės dabar siūlo įsigyti draudimo liudijimus su specialiomis sąlygomis, pagal kurias medicininės išlaidos, susijusios su epidemijos arba pandemijos protrūkiu, nedengiamos arba dengiamos tik iš dalies. Apie panašias tendencijas pranešė ir ES valstybių narių konsulatai.

III. **Tolesni** veiksmai

Galutinių išvadų dėl dabartinio reikalavimo turėti draudimą veiksmingumo padaryti negalima. Iš šios ataskaitos matyti, kad Komisijai trūksta atitinkamų ir patikimų duomenų, kad ji galėtų visapusiškai įvertinti dabartinių taisyklių veiksmingumą. Tačiau apstu duomenų apie sunkumus, kurių įgyvendindami priemones patiria įvairūs subjektai, tad jau dabar galima padaryti šias išvadas:

1) duomenų, kad dėl dabartinio reikalavimo turėti draudimą sveikatos priežiūros sistemų padėtis yra labai palengvinama užtikrinant, kad už gydymą būtų sumokėta, nėra, nes neapmokėtų sąskaitų problema neišnyko. Be to, susigrąžinti nesumokėtas ligoninių sąskaitų sumas regis yra tikrai problematiška, net ir tais atvejais, kai gydymo metu pacientas turi draudimą;

2) galima išskirti šiuos dabartinio reikalavimo taikymo tvarkos trūkumus:

    - įrodymų pateikimo laikas (pateikiant pašymą išduoti vizą),

- plačios, neaiškios ir galbūt pasenusios draudimo apsaugos taisyklės, dėl kurių konsuliniams darbuotojams sunku patikrinti, ar draudimas atitinka reikalavimus,
- tai, ar draudimas tikrai turimas, vizos turėtojui kertant ES sieną nėra tikrinama;

3) iš ES valstybių narių pateiktos informacijos matyti, kad neapmokėtų ligoninių sąskaitų problema galbūt iš dalies kyla dėl to, kad asmenims, galintiems keliauti be vizų, netaikomi lygiaverčiai reikalavimai, nes įrodymų, kad ne ES piliečiai, kurie privalo turėti vizą, sveikatos priežiūros sektoriui keltų kitokių problemų negu ne ES piliečiai, galintys keliauti be vizų, neturima.

Būtų galima svarstyti kelias galimybes imtis tolesnių veiksmų:

- susitaikyti su esama padėtimi, neturint jokių realių naudos sveikatos sistemoms įrodymų ir nepaisant žinomų vizų prašantiems asmenims kylančių problemų, konsulatams kylančių sunkumų, su tuo susijusių struktūrinių problemų ir to, kad neturima duomenų, kurie leistų įvertinti, ar draudimo reikalavimo yra faktiškai laikomasi taip, kaip to siekta;
- pripažinti, kad teisinė bazė yra pasenusi (ji buvo parengta prieš 17 metų) ir ją reikia patobulinti taip, kad ji atitiktų numatytą paskirtį: pavyzdžiui, tam, kad vizų turėtojai savo buvimo laikotarpiu turėtų tinkamą draudimą, galima nustatyti tikslius draudimo liudijimo reikalavimus, kuriuos draudikai turi konkrečiai įtraukti į savo draudimo liudijimus („garantuojamas būtiniausias sveikatos draudimas kelionės ES metu“). Taip pat galima nustatyti tipines mokėjimo procedūras, kuriomis būtų užtikrinta, kad išlaidos būtų atlygintos, numatyti galimybę pratęsti draudimą, jeigu dėl užsitęsusio gydymo asmens buvimo šalyje laikotarpis viršija vizos galiojimo laikotarpį, ir daugkartines vizas turinčių asmenų tęstinio draudimo galimybę (pagal einamųjų įmokų principą). Patikrinti, ar vizos prašančių asmenų pateikti draudimo liudijimai atitinka teisinius reikalavimus, galbūt taip pat padėtų „garantijos ženklas“, ypač vizų procedūras visiškai suskaitmeninus;
- pripažinti, kad ne ES piliečiams, kuriems viza privaloma, ir ne ES piliečiams, kurie gali keliauti be vizų, jų buvimo ES laikotarpiu neturėtų būti taikomos skirtingos draudimo apsaugos sąlygos, apsvarstyti galimybę reikalavimą turėti draudimą taikyti ir be vizų keliaujantiems asmenims ir kartu užtikrinti, jog reikiamu metu (t. y. kelionės metu) būtų tikrinama, ar šio reikalavimo laikomasi.

Kad galėtų surinkti aiškesnę informaciją apie reikalavimo turėti draudimą veiksmingumą ir apie tai, ar reikia tikslinti teisinę bazę, Komisija ketina remdamasi šia ataskaita pradėti tyrimą papildomiems duomenims surinkti.