EUROPEISKA
KOMMISSIONEN

Bryssel den 2.3.2021
COM(2021) 92 final

RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN TILL EUROPAPARLAMENTET OCH RÅDET

om användning av medicinsk reseförsäkring, i enlighet med artikel 15 i förordning (EG) nr 810/2009, för viseringsinnehavare under deras vistelse i medlemsstaterna

RAPPORT FRÅN KOMMISSIONEN TILL EUROPAPARLAMENTET OCH RÅDET

om användning av medicinsk reseförsäkring, i enlighet med artikel 15 i förordning (EG) nr 810/2009, för viseringsinnehavare under deras vistelse i medlemsstaterna

I. Inledning

Sedan 2004[1] måste personer som ansöker om visering för kortare vistelse visa upp bevis på ”lämplig och giltig medicinsk reseförsäkring” som täcker akut sjukhusvård eller återbördande till hemlandet på grund av oförutsedda hälsoproblem under deras vistelse i EU:s medlemsstater. Rådets beslut att göra dessa regler tillämpliga krävde vid tidpunkten ingen konsekvensbedömning, och ingen annan form av ingående analys av åtgärdens effekter genomfördes. Utan ändringar i sak införlivades dessa bestämmelser i artikel 15 i viseringskodexen (förordning (EG) nr 810/2009)[2].

En lämplig medicinsk reseförsäkring (nedan kallad *försäkring*) är ett krav för att ansöka om visering för kortare vistelse, men innehav av en sådan försäkring är inte ett villkor för inresa[3] som kontrolleras vid EU:s yttre gränser. Därför behöver tredjelandsmedborgare som inte omfattas av viseringskravet och framtida Etias-sökande[4] inte uppvisa bevis på att de innehar försäkring när de reser till EU. Detta leder till att tredjelandsmedborgare som är undantagna från viseringskravet och tredjelandsmedborgare som måste inneha visering behandlas olika.

I 2014 års förslag till omarbetning av viseringskodexen föreslog kommissionen att försäkringskravet skulle avskaffas. Förslaget motiverades av de praktiska utmaningar som är förenade med försäkringskravet (se nedan), det faktum att försäkringskravet inte kontrolleras vid de yttre gränserna och det faktum att det finns mycket begränsade bevis[5] för att försäkringsavtalen faktiskt efterlevs. Rådet avvisade förslaget, som däremot fick stöd i Europaparlamentet. I slutändan drog kommissionen tillbaka sitt förslag till omarbetning 2018.

I sitt förslag om en riktad översyn av viseringskodexen 2018 föreslog kommissionen inga ändringar av försäkringsbestämmelserna. Europaparlamentet och rådet enades om att ge kommissionen i uppdrag att utarbeta en rapport för att kontrollera åtgärdens effektivitet. Enligt

---

1 Rådets beslut av den 22 december 2003 om ändring av del V punkt 1.4 i de gemensamma konsulära anvisningarna och del I punkt 4.1.2 i den gemensamma handboken om att införa kravet på innehav av medicinsk reseförsäkring som en av de handlingar som krävs för utfärdande av en enhetlig visering för inresa (2004/17/EG) (EUT L 5, 9.1.2004, s. 79).

2 Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 810/2009 av den 13 juli 2009 om införande av en gemenskapskodex om viseringar (viseringskodex) (EUT L 243, 15.9.2009, s. 1).

3 Artikel 6.1 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/399 av den 9 mars 2016 om en unionskodex om gränspassage för personer (kodex om Schengengränserna) (EUT L 77, 23.3.2016, s. 1).

4 EU-systemet för reseuppgifter och resetillstånd.
Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2018/1240 av den 12 september 2018 om inrättande av ett EU-system för reseuppgifter och resetillstånd (Etias) och om ändring av förordningarna (EU) nr 1077/2011, (EU) nr 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 och (EU) 2017/2226 (EUT L 236, 19.9.2018, s. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

artikel 2.3 i förordning (EU) 2019/1155 om ändring av förordning (EG) nr 810/2009[6] ska kommissionen utarbeta en rapport som ska översändas till Europaparlamentet och rådet på grundval av ”relevanta tillgängliga uppgifter om viseringsinnehavarnas användning av [medicinsk reseförsäkring] [...] under sin vistelse på medlemsstaternas territorium och om de kostnader som nationella myndigheter eller tillhandahållare av medicinska tjänster till viseringsinnehavare har ådragit sig” som tillhandahålls av medlemsstaterna.

I enlighet med denna bestämmelse presenteras i denna rapport utmaningarna (varav vissa tidigare har dokumenterats) med försäkringskravet, en allmän sammanfattning av medlemsstaternas åtgärder, inbegripet de eventuella effekterna av covid-19-pandemin, och förslag till nästa steg.

1. Utmaningar i viseringsförfarandet och bristande kontroll vid gränsen

Även om det förefaller oproblematiskt för sökande att teckna försäkringar har tidigare analyser samt återkommande diskussioner i viseringskommittén och i det lokala Schengensamarbetet visat att försäkringskravet medför problem i flera andra avseenden.

– Rättslig grund

Enligt artikel 15 i viseringskodexen ska sökande styrka att de har ”lämplig och giltig” försäkring som täcker ”eventuella kostnader som kan uppstå i samband med hemtransport av medicinska skäl, brådskande läkarhjälp och/eller akut sjukhusvård eller vid dödsfall under vistelsen eller vistelserna inom medlemsstatens territorium”. Personer som ansöker om visering för flera inresor måste uppvisa bevis för den första planerade resan. När ansökan lämnas in informeras den berörda personen, genom att underteckna ansökningsformuläret, om behovet att teckna försäkring för eventuella framtida vistelser.

Försäkringen ska täcka tiden för viseringsinnehavarens vistelse i medlemsstaterna. Försäkringsbeloppet ska uppgå till minst 30 000 euro (nivå fastställd 2004) och fordringar måste kunna drivas in i en medlemsstat.

– Tidsfrist för att inge försäkring

Sökanden ska inge försäkringen när han eller hon ansöker om visering. Sökande ska därför inge en försäkring som täcker tiden för den planerade vistelsen innan de vet om och under hur lång tid viseringen kommer att utfärdas. Dessutom insisterar vissa konsulat felaktigt på att försäkringen måste täcka viseringens hela giltighetstid[7]. Vissa konsulat beslutar om viseringens giltighetstid på grundval av den ingivna försäkringens giltighet, vilket inte var lagstiftarnas avsikt.

---

[6] Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2019/1155 av den 20 juni 2019 om ändring av förordning (EG) nr 810/2009 om införande av en gemenskapskodex om viseringar (viseringskodex) (EUT L 188, 12.7.2019, s. 25).

[7] Tillåten vistelsetid: antalet dagar som viseringsinnehavaren har rätt att vistas i landet, t.ex. 30 dagar. Viseringens giltighetstid: en period på 15 dagar läggs till den tillåtna vistelsetiden för att viseringsinnehavaren ska kunna använda viseringen på ett flexibelt sätt (planer eller flygningar kan ändras osv.), vilket innebär att en person kan inneha en visering som är giltig i 45 dagar, vilket ger en vistelse på 30 dagar. Den medicinska reseförsäkringen ska täcka en period på 30 dagar.

Vissa försäkringsbolag tillåter att försäkringar sägs upp senare. Detta gynnar personer vars ansökan har avslagits och som annars skulle ha förlorat de pengar som lagts på försäkringen, men det är också ett sätt att komma runt kravet när en visering väl har beviljats.

Sökande måste uppvisa bevis på försäkring för den första planerade vistelsen om de ansöker om eller har rätt till visering för flera inresor med lång giltighet. Genom att underteckna ansökningsformuläret informeras de sökande om att de måste inneha försäkring för efterföljande resor. Detta kontrolleras inte vid inresan och det finns inga belägg för att kravet följs.

- **Konsulatens kontroll av sjukförsäkring**

Ur konsulatens perspektiv är det svårt och tidskrävande att kontrollera om de detaljerade och mycket tekniska försäkringsavtalen faktiskt ger det garanterade skydd som krävs. Utmaningen blir större eftersom den mycket breda formuleringen av artikel 15 i viseringskodexen inte möjliggör snabba efterlevnadskontroller. Svårigheten att genomföra noggranna kontroller återspeglas också i de problem som hälso- och sjukvårdssektorn rapporterar (se nedan).

Vissa medlemsstater har, efter det informationsutbyte som föreskrivs i artikel 48.3 d i viseringskodexen, gemensamt upprättat en förteckning över ”rekommenderade försäkringsbolag” vars produkter har kontrollerats för överensstämmelse med kraven. Förutom att bedömningen blir enklare för alla är det också ett försök att förmå sökande att välja en av de förtecknade försäkringarna och därmed begränsa antalet försäkringar som presenteras. På vissa platser har sådana förteckningar visat sig vara ett kraftfullt verktyg eftersom försäkringsbolag begär att tas med i förteckningen (även om ingen sådan formell ansökan föreskrivs) och är måna om att stanna kvar på förteckningen. En förteckning över ”rekommenderade” försäkringar kan också intyga sökande om att de är ordentligt försäkrade. På de flesta platser har en sådan samlad bedömning ansetts omöjlig på grund av antalet försäkringsavtal som finns, bland annat på internet. Konkurrensbestämmelserna förhindrar emellertid att försäkringsavtal avvisas för att de inte finns med på sådana förteckningar över ”rekommenderade” försäkringar om de uppfyller kriterierna i viseringskodexen.

- **Ingen kontroll vid de yttre gränserna**

Som nämnts kontrolleras inte innehav av försäkring vid de yttre gränserna. Det överlåts därför åt viseringsinnehavarna att själva avgöra huruvida de har en giltig försäkring som täcker deras vistelsetid när de passerar den yttre gränsen och huruvida de uppfyller kravet varje gång de reser med en visering för flera inresor (som kan vara giltig upp till fem år).

2. Utmaningar som rapporterats av hälso- och sjukvårdssektorn

Kommissionen genomförde preliminära undersökningar (2019–2020) i denna fråga genom att kontakta folkhälsoinstitut och folkhälsoorgan i medlemsstaterna. De flesta uppgav att de inte kunde ge ytterligare inblick i användningen av försäkringar eftersom sådana uppgifter inte samlas in centralt. Följande brister rapporterades dock:

- Ofta saknas ekonomiskt skydd, antingen för att ingen försäkring tecknades för hela vistelsen eller för att den löpte ut innan sjukhusvården avslutades (särskilt om personens

vistelse var tvungen att förlängas på grund av hans eller hennes hälsotillstånd) eller för att den försäkrade medvetet sade upp försäkringen före slutet av vistelsen.

- Otillräckligt försäkringsskydd, särskilt när taket för ersättning av vård är mycket lågt. Det finns även problem när det gäller skyddet för planeringsbar vård (t.ex. vård på vårdavdelning efter vård på akutmottagning eller om ytterligare orelaterad vård behövs efter akutvård). Denna täcks inte (helt) av försäkringar.
- Försäkringsbolag ersätter ofta inte kostnader på grund av undantagsklausuler eller för att patienten redan har medicinska problem, dvs. en sjukdomshistoria som avsevärt ökar sannolikheten för att den risk som täcks kan uppstå.
- Oproportionerliga krav på ersättning: Vissa ersättningar betalas endast ut på villkor som inte är förenliga med medicinsk sekretess (t.ex. begäran om läkarutlåtanden före ersättning).
- Patienter som inte kan spåras efter att de har skrivits ut och svårigheter att kontakta försäkringsbolaget utomlands. Det kan exempelvis vara att patienten meddelar sjukhuset sina försäkringsuppgifter, men vårdgivaren inte får något svar från försäkringsbolaget. Om det inte finns en försäkringsgivare som täcker kostnaderna är sjukhusen tvungna att fakturera kostnaderna direkt till patienten, utan någon betalningsgaranti.
- De flesta sjukhus har en policy om att ange priset på förhand och fakturerar sedan patienten direkt. Detta kan naturligtvis inte göras i akutfall.
- Ofta behöver patienter stanna längre än viseringens giltighet eller flyttas till ett annat sjukhus. I sådana fall vägrar försäkringsbolag att betala.
- Det finns även problem med skyddsnivån, som inte anses vara tillräcklig för att täcka uppföljande behandlingar och vård som vanligtvis aldrig täcks. Trots detta utförs ofta sådana behandlingar.

II. Resultaten av 2020 års undersökning om försäkringar och kostnader

Medlemsstaterna uppmanades att tillhandahålla ”relevanta tillgängliga uppgifter om viseringsinnehavarnas användning av medicinsk reseförsäkring under sin vistelse på medlemsstaternas territorium och om de kostnader som nationella myndigheter eller tillhandahållare av medicinska tjänster till viseringsinnehavare har ådragit sig” på grundval av följande frågor:

- *Hur kontrolleras att viseringsinnehavare som behöver akut vård under sin vistelse har lämplig och giltig medicinsk reseförsäkring? Vad händer om så inte är fallet?*
- *Vilka uppgifter samlas in om den hälso- och sjukvård som ges till innehavare av viseringar för kortare vistelse och om den försäkring de har?*
- *Vilken organisation ansvarar för insamlingen av sådana uppgifter?*
- *Vad är policyn för obetalda sjukhusräkningar? Görs försök att driva in sådana skulder? I vilken utsträckning har man lyckats få tillbaka obetalda sjukhusräkningar från patienter eller försäkringsbolag?*

– *Vad är det (beräknade) totala beloppet för obetalda sjukhusräkningar av innehavare av viseringar för kortare vistelse (2019)? Hur kan detta belopp jämföras med obetalda sjukhusräkningar av andra kategorier av tredjelandsmedborgare (besökare som är undantagna från viseringskravet, personer som innehar uppehållstillstånd eller viseringar för längre vistelse)?*

Medlemsstaterna uppmanades att samla in synpunkter från alla offentliga förvaltningar och intressenter i sitt land, däribland hälso- och sjukvårdsmyndigheter, försäkringsbolag och vårdgivare.

1. Medlemsstaternas svar

Alla medlemsstater i EU-28 utom en och de Schengenassocierade länderna svarade, även om den information som lämnades i svaren varierade avsevärt. 16 svarande hade genomfört undersökningar genom olika statliga organ, men hur grundliga undersökningarna var varierar. De återstående svarande begränsade sina svar till att förklara att ”inga uppgifter finns tillgängliga”.

Vad gäller innehållet i svaren är det gemensamma inslaget att det i allmänhet inte finns någon formell central uppgiftsinsamling om den hälso- och sjukvård som ges till tredjelandsmedborgare och att inga uppgifter samlas in om den rättsliga grunden för en viss tredjelandsmedborgares vistelse (t.ex. innehavare av en visering för kortare vistelse, resenär som får resa fritt) när han eller hon får vård. I vissa svar ges en detaljerad beskrivning av den nationella organisationen av hälso- och sjukvården och indrivningen av betalningar, medan andra svar är mycket allmänna. Vissa medlemsstater delade specifika siffror om obetalda sjukhusräkningar som genereras av tredjelandsmedborgare, men beräkningsmetoderna och beräkningsperioderna gör det omöjligt att göra någon meningsfull jämförelse.

– **Allmän akutvårdsgaranti**

I allmänhet tillhandahåller offentliga sjukhus i alla medlemsstater akutvård för alla människor oavsett hemvist, viseringsstatus och innehav av sjukförsäkring. Dessutom har ett antal medlemsstater slutit bilaterala vårdavtal med vissa ”viseringsskyldiga” tredjeländer, vilket innebär att vårdkostnaderna sannolikt kommer att täckas för viseringsinnehavare som är medborgare i dessa länder, även om de inte har någon försäkring.

– **Hälso- och sjukvårdsinstitutionernas kontroll av försäkringsinnehav**

Att ha en försäkring är inte en förutsättning för att få vård. De flesta medlemsstater noterar dock att sjukvårdsinrättningarna, beroende på patientens tillstånd när han eller hon läggs in, kan kräva en försäkring före behandlingen, men att det inte finns något enhetligt tillvägagångssätt. I de flesta fall ombeds patienten att visa upp sådana bevis efter behandlingen eller betala sjukhuset direkt, eller så fakturerar sjukhuset försäkringsgivaren.

Vissa sjukvårdsinrättningar i medlemsstaterna kräver en förskottsbetalning från patienten (t.ex. belopp upp till 300 euro), vilket gör återvinning från försäkring irrelevant. Andra kräver att alla som är bosatta utanför EU eller, i förekommande fall, en inbjudande person/sponsor betalar vården direkt.

– **Brist på uppgifter för att avgöra om viseringsinnehavare använder sin försäkring**

När patienternas personuppgifter samlas in kan även uppgifter om deras nationalitet samlas in. Uppgifter om omständigheterna för vistelsen (dvs. om personen har visering eller uppehållstillstånd) för personer som har fått vård samlas inte in centralt, men kan förvaras på sjukhus eller på regional nivå. Vissa medlemsstater har gjort ad hoc-undersökningar om tredjelandsmedborgare som har fått läkarvård, men utan att skilja mellan omständigheterna för vistelsen och täckningen för bilaterala vårdavtal.

Tre medlemsstater har uppgett att stickprovskontroller görs vid de yttre gränserna för att kontrollera om viseringsinnehavare har en giltig försäkring. En av dessa tre uppger att avsaknaden av en försäkring kan leda till att viseringen återkallas på grund av att ett av villkoren för beviljande av visering inte längre är uppfyllt.

– **Indrivning av obetalda sjukhusräkningar**

Ingen medlemsstat verkar tillämpa övergripande regler eller riktlinjer för indrivning av obetalda sjukhusräkningar. Detta beror också på den decentraliserade organisationen av hälso- och sjukvården i de flesta medlemsstater, som överlåter åt den enskilda inrättningen att fastställa sin egen praxis.

Alla medlemsstater bekräftar att indrivning från privatpersoner eller försäkringsbolag utomlands är extremt utmanande (tidskrävande och dyrt).

I vissa medlemsstater finns nationella ”återförsäkrare” i form av offentliga organ under hälsovårdsministeriet som täcker sjukhusens kostnader för obetalda räkningar, men de har inga möjligheter att kräva återbetalning av patienten eller försäkringsgivaren.

Flera medlemsstater ger uppskattningar av obetalda sjukhusräkningar för vård av utländska medborgare (utan åtskillnad mellan nationaliteter) på mellan 10–60 %, men endast en lämnade uppgifter om obetalda sjukhusräkningar som specifikt genererats av innehavare av viseringar för kortare vistelse från en region i landet (65 %). Denna medlemsstat uppger också att andelen obetalda sjukhusräkningar av tredjelandsmedborgare som får resa utan visering (och utan försäkring) till EU är 62 %. Mot denna bakgrund är det svårt att hävda att kravet gör en verklig skillnad.

2. Aktuell situation: ingen tydlig bild

Det finns stora skillnader mellan medlemsstaternas erfarenheter, främst på grund av skillnaderna i hälso- och sjukvårdssystemen. Akutvård erbjuds överallt, och att täcka kostnaderna är en underordnad fråga. I vissa medlemsstater omfattar bilaterala hälso- och sjukvårdsavtal med tredjeländer vård oavsett om personen i fråga är försäkrad eller inte. Situationerna skiljer sig också åt beroende på om vården sker inom ramen för ett privat affärsavtal, tillhandahålls direkt av statliga institutioner eller är en blandning av de två där staten är ”återförsäkrare”. Medlemsstaternas uppskattningar av de belopp som obetalda sjukhusräkningar utgör varierar kraftigt. Vissa medlemsstater anser att problemet är obetydligt och uppger att

”viseringsinnehavare betalar sina sjukvårdskostnader” utan att lägga fram några bevis. Andra anser att det är en mycket viktig fråga och att det minsta försäkringsbeloppet på 30 000 euro är otillräckligt.

Eftersom innehav av en försäkring inte är ett inresevillkor och därför inte kontrolleras vid inresan finns det inga bevis för att viseringsinnehavare har lämplig försäkring varje gång de reser.

Det är dessutom svårt att samla in exakta uppgifter om obetalda räkningar av innehavare av viseringar för kortare vistelse, och sådan insamling verkar inte förekomma. Orsakerna till obetalda räkningar (av tredjelandsmedborgare) är därför fortfarande okända och det behövs klarhet i fråga om ett antal aspekter, t.ex. följande:

- Hur stor är andelen innehavare av viseringar för kortare vistelse i behov av akutvård under vistelsen som inte har någon försäkring eller inte har tillräcklig försäkring?
- Kan otillräckligt försäkringsskydd förklaras av att den nuvarande rättsliga grunden inte tydligt anger villkoren för att en försäkring ska anses vara lämplig?
- Är försäkringsbeloppet (30 000 euro) för lågt för att täcka alla kostnader?
- Vilka är skälen till att försäkringsbolag vägrar att täcka sjukvårdskostnader?
- Varför kräver sjukvårdsinrättningar inte återbetalning? Beror det på att det sällan lyckas eller på att de centrala myndigheterna i slutändan täcker skulderna?

En annan viktig fråga är att det inte finns några belägg för att tredjelandsmedborgare som omfattas av viseringskravet medför andra problem för hälso- och sjukvården jämfört med tredjelandsmedborgare som kan resa utan visering till EU[8] (se ovan). Det är därför högst tveksamt om de olika kraven för dessa kategorier av resenärer är berättigade.

I sina svar hävdar vissa medlemsstater att kravet också bör ses som ett sätt att skydda resenärer om de skulle behöva akutvård under sin vistelse. Detta bör dock gälla alla tredjelandsmedborgare som reser till EU.

3. Effekterna av covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin och de påföljande globala reserestriktionerna innebar att viseringsarbetet plötsligt och nästan fullständigt upphörde från slutet av mars 2020 och att ett stort antal viseringsinnehavare som befann sig i medlemsstaterna inte kunde åka därifrån när viseringen löpte ut. Pandemin framhävde ytterligare det akuta behovet av att utvärdera försäkringens effektivitet, och följande frågor ställdes till medlemsstaterna:

[8] Under 2019 utfärdades omkring 15 miljoner viseringar för kortare vistelse, varav mer än 50 % var viseringar för flera inresor.
Som jämförelse konstaterades i rapporten *Technical Study on Smart Borders* att indikationerna på den förväntade trafiken vid de yttre gränserna under 2020 för tredjelandsmedborgare som är undantagna från viseringskravet skulle uppgå till 104 miljoner.

– *Vilka är effekterna av den pågående covid-19-pandemin? Har ni noterat några förändringar vad gäller obetalda sjukhusräkningar under denna period? Om sådana uppgifter ännu inte finns tillgängliga ska ni ange när de kommer att bli det.*
– *Vilka bestämmelser om sjukförsäkring och sjukvård gäller för innehavare av viseringar för kortare vistelse som måste stanna i Schengenområdet längre än 90 dagar på grund av covid-19-pandemin?*

Medlemsstaternas svar på dessa frågor var mycket lika: Det är för tidigt att avgöra om pandemin har haft någon inverkan, men det låga antalet resenärer från länder utanför EU (både de som omfattas av viseringskravet och inte) tyder på att det inte kommer att bli några konsekvenser. De flesta medlemsstater krävde inte att personer som ofrivilligt överskridit den tillåtna vistelsen skulle teckna en försäkring för sin förlängda vistelse och för eventuell akutvård som gavs under tiden. Personer som behövde andra typer av vård under sin förlängda vistelse var tvungna att själva stå för kostnaderna.

I november 2020 började medlemsstaterna på nytt behandla de få viseringsansökningarna runtom i världen, och en försäkringsrelaterad aspekt som är direkt kopplad till covid-19-pandemin har framkommit. Stickprovskontroller som genomfördes i april 2020 visar att flera stora försäkringsbolag nu erbjuder försäkringar med särskilda klausuler som undantar sjukvårdskostnader i samband med en epidemi eller pandemi från försäkringsskyddet eller endast delvis täcker dem. Liknande tendenser har också rapporterats av medlemsstaternas konsulat.

III. **Nästa** steg

Bilden är inte entydig när det gäller det nuvarande försäkringskravets effektivitet. Denna rapport visar att det saknas relevanta och tillförlitliga uppgifter som skulle göra det möjligt för kommissionen att göra en fullständig bedömning av de nuvarande bestämmelsernas effektivitet. Det finns dock omfattande belägg för utmaningarna för olika aktörer vid genomförandet av åtgärderna, och följande slutsatser kan redan dras:

1) Det finns inget som tyder på att det nuvarande försäkringskravet innebär en betydande lättnad för hälso- och sjukvårdssystemen genom att det säkerställer betalning av vård, eftersom problemet med obetalda räkningar kvarstår. Dessutom förefaller indrivningen av obetalda sjukhusräkningar vara ett stort problem, även när patienten har en försäkring vid tidpunkten för vården.
2) Följande brister i utformningen av det nuvarande kravet kan konstateras:
    – Tidpunkten för framläggande av bevis (när viseringsansökan lämnas in).
    – De allmänna, oklara och eventuellt föråldrade reglerna om försäkringsskydd, som gör det svårt för konsulär personal att kontrollera att försäkringen uppfyller kraven.
    – Faktiskt innehav av försäkring kontrolleras inte när viseringsinnehavaren passerar EU:s gräns.

3) Informationen från medlemsstaterna tyder på att avsaknaden av likvärdiga krav för resenärer som inte omfattas av viseringskravet kan vara en del av problemet med obetalda sjukhusräkningar, eftersom det inte finns några belägg för att tredjelandsmedborgare som omfattas av viseringskravet medför andra problem för hälso- och sjukvården jämfört med tredjelandsmedborgare som kan resa utan visering till EU.

Flera möjliga uppföljningsåtgärder kan övervägas:

- Acceptera den nuvarande situationen utan några verkliga bevis på fördelar för hälso- och sjukvårdssystemen trots de kända problemen för viseringssökande, utmaningen för konsulaten, de inbyggda strukturella problemen och bristen på tillgängliga uppgifter som skulle göra det möjligt att bedöma om försäkringskravet faktiskt tillämpas som det är tänkt.

- Erkänna att den rättsliga grunden (som utarbetades för 17 år sedan) är föråldrad och måste förbättras för att säkerställa att den tjänar det avsedda syftet, nämligen att viseringsinnehavare har en lämplig försäkring under sin vistelse, t.ex. genom att fastställa exakta försäkringskrav som försäkringsgivarna uttryckligen måste hänvisa till i sina försäkringsavtal (”garanterad minimistandard för medicinska reseförsäkringar i EU”). Bestämmelserna skulle kunna omfatta standardförfaranden för betalning för att säkerställa återvinning av kostnader, en möjlighet till utvidgat skydd vid vistelser efter det att viseringen löpt ut på grund av förlängd behandling och en möjlighet till fortlöpande skydd för innehavare av viseringar för flera inresor (”pay as you go”). En ”garantimärkning” skulle också göra det möjligt för konsulaten att kontrollera att de försäkringar som viseringssökande inger uppfyller de rättsliga kraven, särskilt när viseringsförfarandet blir helt digitaliserat.

- Erkänna att tredjelandsmedborgare som omfattas av viseringskravet och de som inte gör det bör behandlas lika när det gäller försäkringsskyddet under deras vistelse i EU och överväga att utvidga försäkringskravet till resenärer som får resa fritt, samtidigt som man ser till att efterlevnaden kontrolleras vid lämplig tidpunkt (dvs. när resan äger rum).

För att klargöra försäkringskravets effektivitet och det eventuella behovet av en översyn av den rättsliga grunden tänker kommissionen på grundval av denna rapport inleda en undersökning för att samla in ytterligare uppgifter.