ЕВРОПЕЙСКА
КОМИСИЯ

Брюксел, 2.3.2021 г.
COM(2021) 92 final

ДОКЛАД НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И СЪВЕТА

относно използването на медицинска застраховка за пътуване в чужбина от притежателите на виза по време на престоя им на територията на държавите членки съгласно член 15 от Регламент (ЕО) № 810/2009

ДОКЛАД НА КОМИСИЯТА ДО ЕВРОПЕЙСКИЯ ПАРЛАМЕНТ И СЪВЕТА

относно използването на медицинска застраховка за пътуване в чужбина от притежателите на виза по време на престоя им на територията на държавите членки съгласно член 15 от Регламент (ЕО) № 810/2009

I. Увод

От 2004 г. насам[1] кандидатите за виза за краткосрочно пребиваване трябва да представят доказателство за притежаване на *„необходима и валидна медицинска застраховка за пътуване в чужбина“*, която да покрива спешно лечение или репатриране поради непредвидени здравословни проблеми по време на техния престой в държавите — членки на ЕС. По времето на изготвяне на решението на Съвета, с което тези правила станаха приложими, не се изискваше оценка на въздействието и не беше извършена никаква друга форма на задълбочен анализ на въздействието от мярката. Тези разпоредби бяха интегрирани в член 15 от Визовия кодекс (Регламент (ЕО) № 810/2009) без промени по същество[2].

Въпреки че представянето на подходяща медицинска застраховка за пътуване в чужбина („застраховка“) е изискване при кандидатстване за виза за краткосрочно пребиваване, притежаването на такава застраховка не е условие за влизане[3], което да бъде проверявано на външните граници на ЕС. Следователно от гражданите на трети държави, за които не се прилага изискването за виза, и бъдещите кандидати по ETIAS[4] не се изисква да представят доказателство за притежаване на застраховка, когато пътуват до ЕС. Това води до различно третиране на граждани на трети държави, които са освободени от изискването за виза, и онези, за които то се прилага.

В предложението от 2014 г. за преработване на текста на Визовия кодекс Комисията предложи да се премахне изискването за застраховка. Предложението бе мотивирано от практическите предизвикателства, свързани с изискването за застраховка (вж. по-долу), с факта, че спазването на изискването за притежаване на застраховка не се проверява на

---

[1] Решение на Съвета от 22 декември 2003 г. за изменение на част V, точка 1.4 от Общите консулски разпоредби и част I, точка 4.1.2 от Общия наръчник по отношение включването на изискването за притежаване на пътна медицинска застраховка като един от подкрепящите документи за предоставянето на единна входна виза (2004/17/ЕО), (ОВ L 5, 9.1.2004 г., стр. 79)

[2] Регламент (ЕО) № 810/2009 на Европейския парламент и на Съвета от 13 юли 2009 г. за създаване на Визов кодекс на Общността (Визов кодекс) (ОВ L 243, 15.9.2009 г., стр. 1).

[3] Член 1 от Регламент (ЕС) 2016/399 на Европейския парламент и на Съвета от 9 март 2016 г. относно Кодекс на Съюза за режима на движение на лица през границите (Кодекс на шенгенските граници), ОВ L 77, 23.3.2016 г., стр. 1.

[4] Европейска система за информация за пътуванията и разрешаването им.
Регламент (ЕС) 2018/1240 на Европейския парламент и на Съвета от 12 септември 2018 г. за създаване на Система на ЕС за информация за пътуванията и разрешаването им (ETIAS) и за изменение на регламенти (ЕС) № 1077/2011, (ЕС) № 515/2014, (ЕС) 2016/399, (ЕС) 2016/1624 и (ЕС) 2017/2226 (ОВ L 236, 19.9.2018 г., стр. 1).

външните граници, и с факта, че са налице много ограничени доказателства[5] за действителното прилагане на застрахователните полици. Съветът отхвърли предложението, а Европейският парламент, от своя страна, го подкрепи. В крайна сметка през 2018 г. Комисията оттегли предложението за преработения текст.

В своето предложение за целенасочено преразглеждане на текста на Визовия кодекс през 2018 г. Комисията не предложи промени на разпоредбите относно застраховането. Европейският парламент и Съветът се съгласиха да възложат на Комисията да изготви доклад за проверка на ефикасността на тази мярка. Съгласно член 2, параграф 3 от Регламент (ЕС) 2019/1155 за изменение на Регламент (ЕО) № 810/2009[6] Комисията изготвя доклад, който се представя на Европейския парламент и на Съвета, въз основа на *„съответните налични данни за използването на медицинска застраховка за пътуване от притежателите на визи по време на престоя им на територията на държавите членки, както и за разходите, направени от националните органи или от доставчиците на медицински услуги за притежателите на виза“,* предоставени от държавите членки.

В съответствие с тази разпоредба в настоящия доклад са представени предизвикателствата (някои от които преди това са били документирани), свързани с изискването за застраховка, изложено е обобщение на отговорите на държавите — членки на ЕС, включително относно възможното въздействие на пандемията от COVID-19, и са предложени следващи стъпки.

1. Предизвикателства при визовата процедура и липса на правоприлагане на границата

Въпреки че снабдяването със застраховка изглежда безпрепятствено за кандидатите, предходни анализи, чести дискусии във Визовия комитет и в рамките на местното шенгенско сътрудничество показаха, че изискването за застраховка създава проблеми в няколко други аспекта.

– Правно основание

Съгласно член 15 от Визовия кодекс кандидатите трябва да представят доказателство за *„необходима и валидна“* застраховка, която да може да покрие *„всички разходи, които може да възникнат във връзка с репатриране по медицински причини, за спешна медицинска помощ и/или за болнично лечение по спешност или смърт по време на техния(те) престой(и) на територията на държавите членки“*. Лицата, които кандидатстват за многократна виза, трябва да представят доказателство за първия планиран престой. Когато подава заявлението, с полагането на подпис върху заявлението по образец съответното лице бива осведомено за необходимостта от притежаване на застраховка за бъдещи престои.

[5] Работен документ на службите на Комисията SWD (2014) 101 final.

[6] Регламент (ЕС) 2019/1155 на Европейския парламент и на Съвета от 20 юни 2019 г. за изменение на Регламент (ЕО) № 810/2009 за създаване на Визов кодекс на Общността (Визов кодекс) (ОВ L 188, 12.7.2019 г., стр. 25).

Застраховката трябва да покрива периода на престоя на притежателя на визата в държавите — членки на ЕС. Минималният размер на покритие е 30000 EUR (равнище, определено през 2004 г.) и вземанията трябва да могат да бъдат събрани в държава — членка на ЕС.

– **Време за представяне на застраховка**

Кандидатът трябва да представи застраховката, когато кандидатства за виза. Поради това кандидатите трябва да представят застраховка, обхващаща периода на планиран престой, преди да знаят дали и за какъв период ще им бъде издадена виза. Освен това някои консулства неправилно настояват застраховката да обхваща целия срок на валидност[7] на визата. Някои консулства вземат решение относно продължителността на валидност на визата въз основа на валидността на представената застраховка, като целта на законодателите не е била такава.

Някои застрахователни дружества предвиждат отмяна на застрахователни полици на по-късен етап. Въпреки че това е от полза за лицата, чиито заявления са отхвърлени и които иначе биха изгубили средствата, изхарчени за застраховка, това е и средство за заобикаляне на изискването, след като визата бъде издадена.

Кандидатите трябва да представят доказателство за застрахователно покритие за първия планиран престой, ако кандидатстват или отговарят на изискването за многократна виза с дълъг срок на валидност. Когато подписват заявлението по образец, кандидатите биват осведомени, че трябва да притежават застраховка за последващи пътувания. Това не се проверява при влизане и няма доказателства, че изискването е спазено.

– **Проверки на консулствата във връзка с медицинските застраховки**

От гледна точка на консулствата проверката дали подробните застрахователни полици с висока степен на техническа сложност действително предлагат необходимите гаранции за покритие е обременяваща и отнема много време. Трудността се увеличава поради това, че твърде широката формулировка на член 15 от Визовия кодекс не позволява бързи проверки на съответствието. Предизвикателството да се извършват задълбочени проверки проличава и от проблемите, докладвани от здравния сектор (вж. по-долу).

На някои места след обмен на информация, както е предвидено в член 48, параграф 3, буква г) от Визовия кодекс, държавите — членки на ЕС, са изготвили колективно списък с „препоръчителни застрахователни дружества“, чиито продукти са проверени за съответствие с изискванията. Освен че улеснява за всички задачата, свързана с оценяването, това е и опит да се подтикнат кандидатите да изберат едно от дружествата в списъка и по този начин да се ограничи броят на представяните различни застрахователни

[7] Период на разрешен престой: броят на дните, през които притежателят на визата има право на престой, например 30 дни.
Срок на валидност на визата: към разрешения престой се добавя период от 15 дни, за да се осигури гъвкавост за притежателя на виза, когато използва визата (плановете или полетите могат да бъдат променени и др.), което означава, че дадено лице може да притежава виза, валидна за период от 45 дни, позволяваща престой от 30 дни. Медицинската застраховка за пътуване в чужбина трябва да обхваща период от 30 дни.

полици. На някои места наличието на такива списъци се е оказало мощен инструмент, тъй като застрахователните дружества отправят искания да бъдат включени в списъка (дори ако не се предвижда официално кандидатстване) и са мотивирани да останат в него. Списък на препоръчителните застраховки може също така да даде увереност на кандидатите, че са надлежно застраховани. На повечето места подобна колективна оценка се счита за невъзможна поради броя на наличните застрахователни полици на разположение, включително в интернет. Правилата за конкуренция обаче не позволяват отхвърлянето на застрахователни полици на основания, че не фигурират в такива списъци на „препоръчителни“ застрахователни дружества, ако отговарят на критериите, заложени във Визовия кодекс.

– **Липса на проверки на външните граници**

Както беше споменато, притежаването на застрахователно покритие не се проверява на външните граници. Ето защо това дали притежателите на визи разполагат с валидна полица, която покрива периода им на престой, когато преминават външната граница, и дали спазват изискването всеки път, когато пътуват с многократна виза (която може да бъде валидна за срок до пет години), зависи от добросъвестността им.

2. Предизвикателства, докладвани от здравния сектор

Комисията проведе предварително проучване (през периода 2019—2020 г.) по този въпрос, като се обърна към държавни лечебни заведения и агенции в държавите — членки на ЕС. Повечето от тях заявиха, че не са в състояние да предложат допълнителна информация относно използването на застраховки, тъй като такива данни не се събират на централизирано равнище. Въпреки това бяха докладвани следните слабости:

– Често отсъствие на финансово покритие, било защото не е сключена застраховка за продължителността на престоя, защото застраховката е изтекла преди края на лечението (особено в случаите, когато престоят на лицето трябва да се удължи поради здравословното му състояние), или защото е прекратена съзнателно от застрахованото лице преди края на престоя му.
– Недостатъчно застрахователно покритие, по-специално когато максималният размер за възстановяване на разноските за грижи е много нисък. Съществува и проблем с покритието за планово лечение (например в отделение за сестрински грижи след лечение в спешно отделение или ако е необходимо по-нататъшно несвързано лечение след лечението по спешност). Това не се покрива (изцяло) от застрахователните полици.
– Застрахователните дружества често не възстановяват разходите поради клаузи за изключване или защото пациентът вече има придружаващо(и) заболяване(ия), т.е. медицинска анамнеза, която значително увеличава вероятността за настъпване на покрития риск.
– Непропорционални изисквания за възстановяване на разходите: възстановяването на някои разходи се извършва само при условия, които не са съвместими с

лекарската тайна (например искане на лекарско заключение преди възстановяване на разходите).

- Пациентите не могат да бъдат проследени след изписването им и трудности при установяването на контакт със застрахователното дружество в чужбина. Например пациентът съобщава на болницата данните за своята застраховка, но доставчиците на здравни услуги не получават отговор от застрахователните дружества. В отсъствието на застраховател — трета страна, който да покрие разходите, болниците са принудени да фактурират разходите директно на пациента без гаранция за плащане.
- Повечето болници имат политика за предварително посочване на цената и впоследствие директно таксуване на пациента. Очевидно това не е изпълнимо при спешни случаи.
- Често пациентите трябва да останат за по-дълъг период от срока на валидност на визата си или да бъдат прехвърлени в друга болница. В такива случаи застрахователните дружества отказват да плащат.
- Проблемите се коренят и в равнището на покритието, за което се счита, че не включва последващо лечение и грижи, които обикновено никога не са обхванати. Независимо от това такова лечение често се провежда.

II. Резултати от проучването от 2020 г. относно застраховките и направените разходи

Държавите — членки на ЕС, бяха поканени да предоставят *„съответните данни за използването на медицинска застраховка за пътуване в чужбина от притежателите на виза по време на престоя им на територията на държавите членки, както и за разходите, направени от националните органи или от доставчиците на медицински услуги за притежателите на виза“* въз основа на следните въпроси:

- *Как се проверява дали притежателите на виза, които се нуждаят от спешна медицинска помощ по време на престоя си, разполагат с подходяща и валидна медицинска застраховка за пътуване в чужбина? Какво се случва, ако това не е така?*
- *Какви данни се събират относно здравните грижи, предоставяни на притежателите на виза за краткосрочно пребиваване, и застраховката, която те притежават?*
- *Коя организация е отговорна за събирането на такива данни?*
- *Каква е политиката по отношение на неплатените сметки за медицинско обслужване? Правят ли се опити за събиране на такива вземания? Какъв е процентът на успеваемост при събирането на неплатени сметки за медицинско обслужване от пациенти или от застрахователни дружества?*
- *Каква е (прогнозната) обща сума на неплатените сметки за медицинско обслужване от притежатели на виза за краткосрочно пребиваване (2019 г.)? Как тази сума се съотнася с неплатените сметки за медицинско обслужване от други*

категории граждани на трети държави (посетители, за които не се прилага изискването за виза; лица, притежаващи разрешение за пребиваване, или притежатели на дългосрочна виза)?

Държавите — членки на ЕС, бяха поканени да съберат данни от целия кръг органи на публичната администрация и заинтересовани страни на своята територия, включително здравни институции, застрахователни организации и доставчици на здравно обслужване.

1. **Отговори от държавите — членки на ЕС**

Отговори бяха получени от всички 28 държави — членки на ЕС, с изключение на една, и асоциираните към Шенген държави, въпреки че равнищата на предоставената в отговорите информация се различават значително. 16 респонденти са извършили проучвания чрез различни правителствени органи, но задълбочеността на проучванията не е еднаква. Останалите респонденти са ограничили отговорите си до заявлението, че „няма налични данни“.

Общата черта на отговорите по същество е, че като цяло на централизирано равнище не се извършва официално събиране на данни относно здравното обслужване, предоставяно на граждани на трети държави, нито на данни относно правното основание за престоя на даден пациент от трета държава (например притежател на виза за краткосрочно пребиваване, лице, за което не се прилага изискването за виза), когато той получава лечение. В някои отговори има подробно описание на организацията на здравното обслужване на национално равнище и събирането на плащания, докато други са много общи. Някои държави — членки на ЕС споделиха конкретни данни относно неплатени сметки за медицинско обслужване на граждани на трети държави, но методите за изчисляване и обхванатите периоди не дават възможност за съдържателно сравнение.

– **Обща гаранция за спешно медицинско лечение**

Като цяло в държавните болници във всички държави — членки на ЕС, се предоставя спешно лечение за всички хора независимо от техния статут на пребиваване или визов статут и това дали притежават медицинска застраховка. В допълнение редица държави — членки на ЕС, са сключили двустранни споразумения в областта на здравното обслужване с определени трети държави, за които се прилага изискването за виза, което означава, че има вероятност разходите за лечение да бъдат покривани за притежателите на виза, които са граждани на тези държави, дори ако те нямат застраховка.

– **Проверки на лечебните заведения във връзка с притежаването на застраховки**

Притежаването на застраховка не е необходимо условие за получаване на лечение. Въпреки това повечето държави — членки на ЕС отбелязват, че в зависимост от състоянието на пациента при неговото приемане лечебните заведения може да изискват застраховка преди лечението, но няма възприет универсален подход. В повечето случаи пациентът трябва да покаже съответно доказателство след лечението или да плати директно на болницата, или тя начислява плащане на застрахователя.

В някои държави — членки на ЕС лечебните заведения изискват от пациента първоначална вноска (например сумата от 300 EUR или по-малко), което обезсмисля събирането на застраховката. Други лечебни заведения изискват всички граждани на трети държави или, ако е приложимо, канещото лице/оказващото финансово подпомагане лице да платят лечението директно.

– **Липса на данни за определянето на това дали притежателите на виза използват своите застраховки**

Когато се събират личните данни на пациентите, може да се събира и информация относно тяхното гражданство. Данни за условията за престой (т.е. дали лицето притежава виза или разрешение за пребиваване) за лица, които са лекувани, не се събират на централизирано равнище, но може да се съхраняват в болниците или на регионално равнище. Някои държави — членки на ЕС, са провели специални проучвания за граждани на трети държави, които са получили лечение, но без да се прави разлика между условията за престой или обхвата на двустранните споразумения в областта на здравното обслужване.

Три държави — членки на ЕС, са посочили, че на външните граници се извършват проверки на случаен принцип, за да се провери дали притежателите на виза имат валидна застраховка. Една от трите посочва, че липсата на застрахователна полица може да доведе до отмяна на визата на основание, че едно от условията за предоставяне на виза вече не е изпълнено.

– **Събиране на неплатени сметки за медицинско обслужване**

Изглежда нито една държава — членка на ЕС не прилага всеобхватни правила или насоки за събиране на неплатени сметки за болнични разходи. Това се дължи и на децентрализираната система за здравеопазване в повечето държави — членки на ЕС, при която отделните институции определят свои собствени практики.

Всички държави — членки на ЕС потвърждават, че събирането от пациентите или застрахователните дружества е изключително предизвикателство (отнемащо време и скъпо струващо).

В някои държави — членки на ЕС, съществуват национални „презастрахователи“ под формата на държавни агенции към министерството на здравеопазването, които покриват разходите на болниците за неплатени сметки за медицинско обслужване, но не разполагат със способи за събиране на задължения от пациента или застрахователя.

Няколко държави — членки на ЕС, посочват примерни оценки на неплатените сметки за лечение на чужденци (без разбивка по гражданство), които варират от 10 % до 60 %, но само една държава е предоставила данни за неплатени сметки за медицинско обслужване специално от притежатели на виза за краткосрочно пребиваване от един регион на държавата (65 %). Тази държава — членка на ЕС посочва също, че процентът на неплатените сметки за медицинско обслужване на граждани на трети държави, които

могат да пътуват до ЕС без виза (и застраховка), е 62 %. При тези условия е трудно да се твърди, че изискването дава някакво отражение.

2. Настоящо положение: картината е неясна

Съществуват значителни различия в опита между държавите — членки на ЕС, главно поради различията в системите за здравеопазване. Спешното медицинско лечение се предлага повсеместно и покриването на разходите е въпрос от второстепенно значение. В някои държави — членки на ЕС, двустранните споразумения с трети държави в областта на здравното обслужване обхващат лечение независимо от това дали съответният пациент притежава застраховка, или не. Ситуациите се различават и в зависимост от това дали здравното обслужване се предоставя съгласно частен търговски „договор“, дали се предоставя пряко от държавни институции или е съчетание между тези два варианта, при което държавата изпълнява ролята на „презастрахователя“. Оценките на държавите — членки на ЕС на размера на неплатените сметки за медицинско обслужване се различават значително. Някои държави — членки на ЕС, оценяват проблема като несъществен и посочват, че „притежателите на виза плащат своите медицински разходи“, без да предоставят доказателства за това. Други считат, че това е сериозен проблем, като отбелязват, че прагът на покритие от 30 000 EUR е недостатъчен.

Тъй като притежаването на застраховка не е необходимо условие за влизане и съответно не се проверява при влизане, не са налице доказателства, че притежателите на виза имат подходяща застраховка всеки път, когато пътуват.

Освен това е трудно да се съберат точни данни за неплатените сметки от страна на притежателите на виза за краткосрочно пребиваване и изглежда, че такива не съществуват. Следователно причините за неплатени сметки (на граждани на трети държави) остават неизвестни и е необходима яснота по редица аспекти, като например:

- Какъв е делът на притежателите на виза за краткосрочно пребиваване, нуждаещи се от спешно лечение по време на престоя си, които не притежават застраховка или застраховката, която притежават, не е достатъчна?
- Може ли недостатъчното застрахователно покритие да бъде обяснено с факта, че в разпоредбите на действащото правно основание не са ясно разписани изискванията, при които застраховката се счита за подходяща?
- Равнището на покритие (30 000 EUR) твърде ниско ли е, за да покрива всички разходи?
- Какви са причините застрахователните дружества да отказват да покриват направени медицински разходи?
- Защо лечебните заведения не събират вземанията? Дали поради ниския процент на успеваемост, или защото в крайна сметка централните органи покриват задълженията?

Допълнителен, но съществен проблем е това, че няма доказателства, че гражданите на трети държави, за които се прилага изискването за виза, представляват различни проблеми за здравеопазването в сравнение с гражданите на трети държави, които могат да пътуват

до ЕС без виза[8] (вж. по-горе). Поради това е твърде спорно дали различните изисквания спрямо тези категории пътуващи лица са оправдани.

В отговорите си някои държави — членки на ЕС твърдят, че изискването следва да се разглежда и като средство за защита на пътуващите лица, в случай че те се нуждаят от спешно лечение по време на престоя си. Този въпрос обаче следва да се отнася за всички граждани на трети държави, които пътуват до ЕС.

3. Въздействие на пандемията от COVID-19

От края на март 2020 г. насам пандемията от COVID-19 и последвалите ограничения за пътуване в световен мащаб внезапно и почти напълно прекратиха дейностите по издаване на визи и голям брой притежатели на виза, намиращи се в държави — членки на ЕС, бяха възпрепятствани да напуснат въпросните държави до изтичането на валидността на техните визи. Вследствие на пандемията допълнително пролича спешната нужда от оценка на ефективността на застраховането и на държавите членки бяха зададени следните въпроси:

- *Какво е въздействието на настоящата пандемия от COVID-19? Забелязали ли сте промени при неплатените сметки за медицинско обслужване през този период? Ако все още не са на разположение такива данни, следва да посочите кога ще се разполага с тях.*
- *Какви са разпоредбите за здравно осигуряване и медицинско обслужване, приложими за притежателите на виза за краткосрочно пребиваване, които трябва да останат в Шенгенското пространство за повече от 90 дни поради пандемията от COVID-19?*

Отговорите на държавите — членки на ЕС на тези въпроси бяха много сходни: твърде рано е да се определи дали пандемията е оказала въздействие, но малкият брой пътуващи лица от трети държави („за които не се прилага изискването за виза“ или „за които се прилага изискването за виза“) предполага, че няма да има въздействие. Повечето държави — членки на ЕС, не изискват от лицата, неволно надвишили разрешения срок на престой, да сключат застраховка за удължения си престой и по време на този период им е предоставяно лечение по спешност. Лицата, които имат нужда от друг вид лечение по време на своя удължен престой, трябва да покриват разходите сами.

Към ноември 2020 г. държавите — членки на ЕС започнаха отново да обработват малобройните заявления за издаване на виза по целия свят и възникна аспект по отношение на застраховането, пряко свързан с пандемията от COVID-19. Извършените през април 2020 г. проверки на място показват, че няколко големи застрахователни дружества понастоящем предлагат застрахователни полици, съдържащи специални

[8] През 2019 г. са издадени около 15 милиона визи за краткосрочно пребиваване и над 50 % от тях са многократни визи. За сравнение в доклада „Техническо проучване относно интелигентните граници“ е заключено, че очакваният брой граждани на трети държави, за които не се прилага изискването за виза и които ще преминат външните граници през 2020 г., ще бъде 104 милиона души.

клаузи, които изключват от покритието медицинските разходи, свързани с епидемия или избухване на пандемия, или ги покриват само отчасти. Подобни тенденции бяха отчетени и от консулствата на държавите — членки на ЕС.

III. Следващи стъпки

Изводите по отношение на ефикасността на действащото изискване за притежаване на застраховка не са категорични. Настоящият доклад показва, че липсват съответни и солидни данни, които биха позволили на Комисията да оцени в пълна степен ефикасността на действащите правила. Въпреки това има достатъчно доказателства за предизвикателствата пред различните участници в прилагането на мерките и вече могат да бъдат направени следните заключения:

1) Няма доказателства, които да предполагат, че с настоящото изискване за притежаване на застраховка се предоставя съществено облекчение за системите за здравеопазване, като се гарантира плащане на лечението, тъй като проблемът с неплатените сметки остава нерешен. Освен това събирането на неплатени сметки за медицинско обслужване изглежда е значителен проблем дори в случаите, когато в момента на лечението пациентът притежава застраховка.

2) Могат да се посочат следните недостатъци в начина на разписване на действащото изискване:

   – Графикът за представяне на доказателство (при подаване на заявлението за издаване на виза).

   – Широко и неясно формулирани и вероятно остарели правила относно застрахователното покритие, което затруднява консулските служители при проверката на съответствието на застраховката.

   – Действителното притежаване на застраховка не се проверява, когато притежателят на виза преминава граница на ЕС.

3) Предоставената от държавите — членки на ЕС, информация сочи, че липсата на еднакви изисквания за пътуващите лица, за които не се прилага изискването за виза, би могла да бъде част от проблема с неплатените сметки за медицинско обслужване, тъй като няма доказателства, че гражданите на трети държави, за които се прилага изискването за виза, представляват различни проблеми за здравеопазването в сравнение с гражданите на трети държави, които могат да пътуват до ЕС без виза.

Може да бъдат предвидени няколко варианта на последващи действия:

– Настоящата ситуация да се приеме без реални доказателства за ползите за системите за здравеопазване, въпреки известните проблеми за кандидатите за виза, предизвикателството пред консулствата, заложените структурни проблеми и липсата на налични данни, които биха дали възможност за оценка на това дали

изискването за притежаване на застраховка действително се прилага по предназначение.

– Да се признае, че правното основание е остаряло (съставено е преди 17 години) и трябва да бъде подобрено, за да се гарантира, че изпълнява предвидената цел, т.е. притежателите на виза да имат подходяща застраховка по време на престоя си, например като се установят точни изисквания за полиците, които застрахователите трябва изрично да посочват в своите полици („гарантиран минимален стандарт на ЕС за медицинска застраховка за пътуване в чужбина“). Разпоредбите може да включват стандартни процедури на плащане, за да се гарантира възстановяване на разходите; възможност за удължаване на покритието в случай на престой след изтичането на визата поради удължено лечение; и възможност за непрекъснато покритие за притежателите на многократна виза (разходопокривна система). Също така, с въвеждането на „знак за гаранция“, особено когато визовата процедура стане напълно цифровизирана, би могло да се позволи на консулствата да проверяват дали застрахователните полици, представяни от кандидатите за виза, съответстват на правните изисквания.

– Да се признае фактът, че по време на престоя си в ЕС гражданите на трети държави, за които се прилага изискването за виза, и онези, за които не се прилага изискването за виза, не следва да бъдат третирани по различен начин по отношение на застрахователното покритие; и да се обмисли разпростиране на обхвата на изискването до пътуващи лица, за които не се прилага изискването за виза, като същевременно се гарантира, че съответствието се проверява в подходящия момент (например в момента на пътуването).

За да получи яснота по отношение на ефикасността на изискването за притежаване на застраховка и на евентуалната нужда от преразглеждане на правното основание, Комисията възнамерява въз основа на настоящия доклад да започне проучване с цел събиране на допълнителни данни.