COMISIÓN
EUROPEA

Bruselas, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO

sobre el uso del seguro médico de viaje, con arreglo al artículo 15 del Reglamento (CE) n.º 810/2009, por parte de los titulares de visados durante su estancia en los Estados miembros

INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO

sobre el uso del seguro médico de viaje, con arreglo al artículo 15 del Reglamento (CE) n.º 810/2009, por parte de los titulares de visados durante su estancia en los Estados miembros

I. Introducción

Desde 2004[1], los solicitantes de visados para estancias breves deben presentar la prueba de poseer «*un seguro médico de viaje adecuado y válido*» que cubra el tratamiento médico de urgencia o la repatriación debido a problemas de salud imprevistos durante su estancia en los Estados miembros de la UE. La Decisión del Consejo por la que se aplicaron estas normas en su momento no requirió una evaluación del impacto y no se llevó a cabo ninguna otra forma de análisis en profundidad de la repercusión de la medida. Sin cambios en cuanto al fondo, esas disposiciones se integraron en el artículo 15 del Código de visados [Reglamento (CE) n.º 810/2009][2].

Si bien la presentación de un seguro médico de viaje (en lo sucesivo, «seguro») adecuado es un requisito para solicitar un visado de corta duración, la posesión de dicho seguro no es una condición para la entrada que deba comprobarse[3] en las fronteras exteriores de la UE. Por consiguiente, los nacionales de terceros países que no estén sujetos al requisito de visado y los futuros solicitantes del SEIAV[4] no están obligados a presentar la prueba de haber suscrito un seguro cuando viajan a la UE. Esto da lugar a una diferencia de trato entre los nacionales de terceros países exentos de visado y los que lo necesitan.

En la propuesta de refundición del Código de visados de 2014, la Comisión propuso abandonar el requisito del seguro. Esa propuesta estuvo motivada por los problemas prácticos relacionados con el requisito del seguro (véase más adelante), el hecho de que el requisito de tener un seguro no se comprueba en las fronteras exteriores y el hecho de que se dispone de datos muy limitados[5] en cuanto a la ejecución efectiva de las pólizas de seguro. El Consejo rechazó la propuesta, que

---

1 Decisión del Consejo, de 22 de diciembre de 2003, por la que se modifica el punto 1.4 de la parte V de la Instrucción Consular Común y el punto 4.1.2 de la parte I del Manual Común en relación con la inclusión del requisito de posesión de un seguro médico de viaje entre los documentos justificativos para la expedición de un visado de entrada uniforme (2004/17/CE), DO L 5 de 9.1.2004, p. 79.

2 Reglamento (CE) n.º 810/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de julio de 2009, por el que se establece un Código comunitario sobre visados (Código de visados), DO L 243 de 15.9.2009, p. 1.

3 Artículo 6, apartado 1, del Reglamento (UE) 2016/399 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2016, sobre un código de normas de la Unión para el cruce de personas por las fronteras (Código de fronteras Schengen), DO L 77 de 23.3.2016, p. 1.

4 Sistema Europeo de Información y Autorización de Viajes.
Reglamento (UE) 2018/1240 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de septiembre de 2018, por el que se establece un Sistema Europeo de Información y Autorización de Viajes (SEIAV) y por el que se modifican los Reglamentos (UE) n.º 1077/2011, (UE) n.º 515/2014, (UE) 2016/399, (UE) 2016/1624 y (UE) 2017/2226, DO L 236 de 19.9.2018, p. 1.

5 Documento SWD(2014) 101 final.

por el contrario encontró apoyo en el Parlamento Europeo. Al final, la Comisión retiró su propuesta de refundición en 2018.

En su propuesta de revisión selectiva del Código de visados en 2018, la Comisión no propuso ningún cambio en las disposiciones relativas a los seguros. El Parlamento Europeo y el Consejo acordaron encargar a la Comisión la elaboración de un informe para comprobar la eficacia de esta medida. De conformidad con el artículo 2, apartado 3, del Reglamento (UE) 2019/1155, por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 810/2009[6], la Comisión elaborará un informe que remitirá al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la base de *«los datos disponibles pertinentes disponibles sobre el uso que los titulares de los visados hayan hecho del seguro médico de viaje durante su estancia en el territorio de los Estados miembros, así como los gastos a cargo de las autoridades nacionales o de los proveedores de servicios médicos para los titulares de los visados»*, facilitados por los Estados miembros.

En consonancia con esa disposición, en el presente informe se presentan los problemas (algunos de los cuales se han documentado anteriormente) que plantea el requisito de seguro, se incluye un resumen general de las respuestas de los Estados miembros, en particular sobre las posibles repercusiones de la pandemia de COVID-19, y se sugieren las siguientes medidas.

1. Dificultades que plantean el procedimiento de visado y la falta de controles en la frontera

Si bien la adquisición de un seguro no parece problemática para los solicitantes, los análisis anteriores y los frecuentes debates en el Comité de visados y en la cooperación local Schengen han demostrado que el requisito del seguro plantea problemas en varios otros aspectos.

– Base jurídica

En virtud del artículo 15 del Código de visados, los solicitantes deben presentar la prueba de poseer un seguro «*adecuado y válido*» que cubra «*aquellos gastos que pudieran ocasionar su repatriación por motivos médicos o por defunción, la asistencia médica de urgencia o la atención hospitalaria de urgencia durante su estancia o estancias en el territorio de los Estados miembros*». Las personas que soliciten un visado para entradas múltiples deben presentar dicha prueba para la primera estancia prevista. Al presentar la solicitud, el interesado toma conocimiento, mediante la firma del formulario de solicitud, de la necesidad de tener un seguro para cualquier estancia futura.

El seguro debe cubrir el período de estancia del titular del visado en los Estados miembros de la UE. La cobertura mínima es de 30 000 EUR (nivel establecido en 2004) y las indemnizaciones deben poder cobrarse en un Estado miembro.

– Momento para presentar el seguro

[6] Reglamento (UE) 2019/1155 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2019, por el que se modifica el Reglamento (CE) n.º 810/2009 por el que se establece un Código comunitario sobre visados (Código de visados), DO C 188 de 12.7.2019, p. 25.

El solicitante debe presentar el seguro al solicitar el visado. Por consiguiente, los solicitantes deben presentar un seguro que cubra el período de estancia previsto antes de saber si se expedirá el visado y por cuánto tiempo. Además, algunos consulados insisten incorrectamente en que el seguro debe cubrir todo el período de validez[7] del visado. Algunos consulados deciden el período de validez del visado en función de la validez del seguro presentado, lo que no era la intención de los legisladores.

Algunas compañías de seguros permiten la cancelación posterior de las pólizas de seguro. Si bien esto beneficia a las personas cuya solicitud ha sido rechazada y que, de otro modo, habrían perdido el dinero gastado en el seguro, también es un medio de eludir el requisito una vez que se ha concedido el visado.

Los solicitantes deben presentar una prueba de la cobertura del seguro para la primera estancia prevista si solicitan o reúnen los requisitos para un visado para entradas múltiples con una validez larga. Al firmar el formulario de solicitud, los solicitantes toman conocimiento de que deben poseer un seguro para los viajes posteriores. Esto no se comprueba a la entrada y no hay pruebas de que se siga el requisito.

– **Control del seguro médico por parte de los consulados**

Desde el punto de vista de los consulados, es difícil y lleva mucho tiempo comprobar si las pólizas de seguro, detalladas y muy técnicas, ofrecen realmente las garantías de cobertura necesarias. El reto es mayor dada la amplitud de la formulación del artículo 15 del Código de visados, que no permite una rápida comprobación del cumplimiento. El reto de llevar a cabo controles exhaustivos también se refleja en los problemas comunicados por el sector sanitario (véase más adelante).

En algunos lugares, los Estados miembros, tras el intercambio de información previsto en el artículo 48, apartado 3, letra d), del Código de visados, han elaborado conjuntamente una lista de «compañías de seguros recomendadas» cuyos productos se ha comprobado que cumplen los requisitos. Además de facilitar la tarea de evaluación para todos, se trata también de un intento de animar a los solicitantes a elegir uno de los seguros indicados en esa relación y, por lo tanto, de limitar el número de pólizas diferentes presentadas. En algunos lugares, disponer de esas listas ha demostrado ser un instrumento poderoso porque las compañías de seguros solicitan que se las incluya (aunque no está prevista ninguna solicitud oficial de ese tipo) y están deseosas de permanecer en la lista. Una lista de seguros «recomendados» también puede ofrecer a los solicitantes garantías de que están debidamente asegurados. En la mayoría de los lugares, dicha evaluación colectiva se ha considerado imposible debido al número de pólizas de seguro disponibles, incluso en Internet. Dicho esto, las normas de competencia impiden que se rechacen pólizas de seguros por el hecho de no estar en esas listas de seguros «recomendados» si cumplen los criterios establecidos en el Código de visados.

[7] Período de estancia permitido: número de días que el titular del visado está autorizado a permanecer, por ejemplo, 30 días.
Período de validez del visado: se añade un período de 15 días al período de estancia permitido, de forma que el titular del visado tenga flexibilidad para utilizarlo (los planes o los vuelos pueden cambiar, etc.), lo que significa que una persona puede tener un visado válido por 45 días que permita una estancia de 30 días. El seguro médico de viaje debe cubrir un período de 30 días.

- **Ausencia de verificaciones en las fronteras exteriores**

Como se ha mencionado, la posesión de cobertura de seguro no se comprueba en las fronteras exteriores. Por consiguiente, depende de la buena fe de los titulares de los visados que estos tengan un seguro válido que cubra su período de estancia en el momento de cruzar la frontera exterior y que cumplan ese requisito cada vez que viajen con un visado para entradas múltiples (que puede ser válido hasta cinco años).

2. Dificultades señaladas por el sector sanitario

La Comisión llevó a cabo una investigación preliminar (2019-2020) sobre esta cuestión poniéndose en contacto con instituciones y organismos de salud pública de los Estados miembros. La mayoría declaró no poder ofrecer más información sobre el uso de los seguros porque esos datos no se recogen de forma centralizada. Dicho esto, se informó de las siguientes deficiencias:

- Frecuente ausencia de cobertura financiera, ya sea porque no se contrató ningún seguro para toda la duración de la estancia, ya sea porque el seguro expiró antes de que finalizara el tratamiento (especialmente si la estancia del titular tuvo que prolongarse debido a su salud), ya sea porque fue rescindido deliberadamente por la parte asegurada antes del final de su estancia.
- Cobertura insuficiente, en particular cuando el límite máximo de reembolso de la atención es muy bajo. También se plantea la cuestión de la cobertura de la asistencia programable (por ejemplo, la atención en enfermería después de un tratamiento en urgencias, o todo tratamiento adicional no relacionado con el tratamiento de urgencia). Estos cuidados no están (completamente) cubiertos por las pólizas de seguro.
- Las compañías de seguros a menudo no reembolsan los gastos debido a las cláusulas de exclusión o porque un paciente tiene una o varias afecciones médicas preexistentes, es decir, un historial médico que aumenta enormemente la probabilidad de que se produzca el riesgo cubierto.
- Requisitos desproporcionados para el reembolso: algunos reembolsos se efectúan solamente en condiciones que no son compatibles con la confidencialidad médica (por ejemplo, solicitudes de informes médicos antes del reembolso).
- Imposibilidad de localizar a los pacientes después de ser dados de alta y dificultades para contactar con la compañía de seguros en el extranjero. Por ejemplo, el paciente comunica los datos de su seguro al hospital, pero los proveedores de asistencia sanitaria no reciben respuestas de las compañías de seguros. A falta de una tercera aseguradora que cubra los costes, los hospitales están obligados a facturarlos directamente al paciente, sin garantía de pago.
- La mayoría de los hospitales tienen la política de indicar el precio por adelantado y luego facturar directamente al paciente. Esto, obviamente, no puede hacerse en casos de urgencia.
- A menudo, los pacientes deben quedarse más tiempo del que dura su visado o ser trasladados a otro hospital. En esos casos, las compañías de seguros se niegan a pagar.

– Los problemas también radican en el nivel de cobertura, que se considera insuficiente para cubrir los tratamientos y cuidados complementarios que normalmente nunca están cubiertos. A pesar de ello, estos tratamientos se llevan a cabo con frecuencia.

II. Resultados de la encuesta de 2020 sobre el seguro y los costes soportados

Se invitó a los Estados miembros a que facilitaran *«los datos pertinentes sobre el uso que los titulares de los visados hayan hecho del seguro médico de viaje durante su estancia en el territorio de los Estados miembros, así como los gastos a cargo de las autoridades nacionales o los proveedores de servicios médicos para los titulares de los visados»*, sobre la base de las siguientes preguntas:

- *¿Cómo se comprueba que los titulares de los visados que necesitan tratamiento médico urgente durante su estancia tienen un seguro médico de viaje adecuado y válido? ¿Qué sucede si no es así?*
- *¿Qué datos se recogen sobre la atención sanitaria prestada a los titulares de visados de corta duración y el seguro que tienen?*
- *¿Qué organización es responsable de la recopilación de esos datos?*
- *¿Cuál es la política sobre las facturas médicas impagadas? ¿Se intenta recuperar esas deudas? ¿Cuál es la tasa de éxito en el cobro de las facturas médicas impagadas por los pacientes o las compañías de seguros?*
- *¿Cuál es el importe total (estimado) de las facturas médicas impagadas por los titulares de visados de corta duración (2019)? ¿Cuánto representa esta cantidad en comparación con las facturas médicas impagadas por otras categorías de nacionales de terceros países (visitantes sin visado; personas con permisos de residencia o visados de larga duración)?*

Se invitó a los Estados miembros a que reunieran información de toda la gama de administraciones públicas y partes interesadas de su país, incluidas las autoridades sanitarias, las organizaciones de seguros y los proveedores de servicios de salud.

1. Respuestas de los Estados miembros de la UE

Todos los Estados miembros de la EU-28, excepto uno, y los Estados asociados de Schengen respondieron, aunque los niveles de información proporcionados en las respuestas variaron considerablemente. Dieciséis encuestados habían realizado investigaciones a través de diversos organismos de la administración, pero la minuciosidad de las investigaciones varía. El resto de los encuestados se limitaron a declarar que «no se dispone de datos».

En cuanto al fondo de las respuestas, el rasgo común es que, por lo general, no hay una recopilación de datos centralizada y formalizada sobre la atención sanitaria prestada a los nacionales de terceros países, y no se recogen datos sobre la base jurídica de la estancia de un determinado paciente nacional de un tercer país (por ejemplo, titular de un visado de corta duración o viajero «sin visado») cuando recibe tratamiento médico. Algunas respuestas ofrecen

una descripción detallada de la organización nacional de la asistencia sanitaria y la recuperación de los pagos, mientras que otras dan contestaciones muy generales. Algunos Estados miembros de la UE comunicaron cifras concretas sobre las facturas médicas impagadas generadas por nacionales de terceros países, pero los métodos de cálculo y los períodos abarcados no permiten hacer una comparación significativa.

– **Garantía general de tratamiento médico urgente**

Por lo general, los hospitales públicos de todos los Estados miembros de la UE ofrecen tratamiento médico urgente a todas las personas, independientemente de su situación de residencia o visado y de la posesión de un seguro médico. Además, varios Estados miembros han concluido acuerdos bilaterales en relación con el tratamiento médico con determinados países no pertenecientes a la Unión Europea a los que se exige visado, lo que significa que es probable que se cubra el coste de los tratamientos para los titulares de visados que sean nacionales de esos países, incluso si no tienen seguro.

– **Controles sobre la posesión de seguro efectuados por las instituciones sanitarias**

Tener un seguro no es una condición previa para recibir tratamiento médico. Sin embargo, la mayoría de los Estados miembros observan que, dependiendo del estado del paciente en el momento de su ingreso, las instituciones médicas pueden exigir un seguro antes del tratamiento, aunque no existe un enfoque uniforme. En la mayoría de los casos, se pide al paciente que muestre dicha prueba después del tratamiento o que pague directamente al hospital; de otro modo, este factura a la aseguradora.

Algunas instituciones médicas de los Estados miembros exigen al paciente un pago inicial (cantidades de 300 EUR o menos, por ejemplo), lo que hace que el cobro del seguro resulte irrelevante. Otras exigen que todos los residentes de un tercer país o, si procede, la persona que invita o el patrocinador paguen directamente el tratamiento.

– **Falta de datos que permitan determinar si los titulares de visados usan su seguro**

Al recabar los datos personales de los pacientes, también se puede recopilar información sobre su nacionalidad. Las condiciones de estancia (es decir, si la persona es titular de un visado o de un permiso de residencia) de las personas que han recibido tratamiento no se recogen de forma centralizada, pero pueden conservarse a nivel hospitalario o regional. Algunos Estados miembros han realizado encuestas *ad hoc* sobre los nacionales de terceros países que han recibido tratamiento médico, pero sin establecer distinciones entre las condiciones de estancia o la cobertura de los acuerdos bilaterales sobre tratamiento médico.

Tres Estados miembros han indicado que se realizan controles aleatorios en las fronteras exteriores para comprobar si los titulares de los visados tienen un seguro válido. Uno de los tres indica que la ausencia de una póliza de seguro puede llevar a la revocación del visado por el hecho de que una de las condiciones para su concesión ha dejado de cumplirse.

– **Cobro de las facturas médicas impagadas**

Ningún Estado miembro de la Unión Europea parece aplicar normas o directrices transversales para el cobro de las facturas de hospital impagadas. Esta circunstancia se debe también a la descentralización de la asistencia sanitaria en la mayoría de los Estados miembros, que deja en manos de cada institución el establecimiento de su propia práctica.

Todos los Estados miembros confirman que cobrar a los particulares o a las compañías de seguros en el extranjero es un proceso sumamente difícil (requiere tiempo y es costoso).

En algunos Estados miembros existen «reaseguradoras» nacionales en forma de organismos públicos dependientes del Ministerio de Sanidad que cubren los gastos de los hospitales por las facturas impagadas, pero que no tienen medios para procurar el cobro del paciente o de la aseguradora.

Varios Estados miembros indican que las estimaciones de las facturas médicas impagadas por el tratamiento de extranjeros (sin distinción de nacionalidad) oscilan entre el 10 % y el 60 %, pero sólo uno facilitó datos sobre las facturas médicas específicamente impagadas por los titulares de visados de corta duración de una región del país (65 %). Dicho Estado miembro también indica que la tasa de impago de las facturas médicas de los nacionales de terceros países que pueden viajar sin visado (y sin seguro) a la Unión Europea es del 62 %. Dadas estas circunstancias, es difícil sostener que el requisito de seguro médico supone una verdadera diferencia.

2. Situación actual: no hay una imagen clara

Existen considerables diferencias entre las experiencias de los distintos Estados miembros, debido principalmente a las diferencias en sus sistemas sanitarios. El tratamiento médico urgente se ofrece de forma universal y la cobertura del coste es una cuestión secundaria. En algunos Estados miembros, los acuerdos bilaterales de asistencia sanitaria con terceros países cubren el tratamiento médico, independientemente de que la persona en cuestión tenga o no un seguro. Las situaciones también difieren dependiendo de si la asistencia sanitaria tiene lugar bajo un «contrato» comercial privado, es proporcionada directamente por las instituciones públicas o se ofrece con arreglo a una combinación de ambos modelos donde el estado es el «reasegurador». Las estimaciones de los Estados miembros sobre las cantidades que representan las facturas médicas impagadas varían considerablemente. Algunos Estados miembros consideran que el problema es insignificante y afirman que los «titulares de los visados pagan sus gastos médicos», sin aportar pruebas al respecto. Otros consideran que se trata de una situación muy preocupante y señalan que el umbral de cobertura de 30 000 EUR es insuficiente.

Dado que la posesión de un seguro no es una condición para la entrada y que, por lo tanto, no se comprueba a la entrada, no hay pruebas de que los titulares de los visados tengan el seguro adecuado cada vez que viajan.

Además, la recopilación de datos precisos sobre las facturas impagadas por los titulares de visados de corta duración es difícil y parece inexistente. Así pues, las razones del impago de las facturas (de nacionales de terceros países) siguen siendo desconocidas y es necesario aclarar varios aspectos, como por ejemplo:

- ¿Cuál es la proporción de titulares de visados de corta duración que necesitan tratamiento médico urgente durante su estancia y que no tienen ningún seguro o tienen un seguro insuficiente?
- ¿Puede explicarse la insuficiencia de la cobertura del seguro por el hecho de que la base jurídica actual no especifica claramente los requisitos para que un seguro se considere adecuado?
- ¿El nivel de cobertura (30 000 EUR) es demasiado bajo para cubrir todos los costes?
- ¿Cuáles son los motivos por los que las compañías de seguros se niegan a cubrir los gastos médicos sufragados?
- ¿Por qué renuncian las instituciones médicas a cobrarlos? ¿Se debe acaso al escaso porcentaje de éxito en esa gestión o porque, al final, las autoridades centrales cubren las deudas?

Un aspecto adicional pero importante es que no hay datos que indiquen que los nacionales de terceros países que necesitan visado presenten, en lo que respecta a la asistencia sanitaria, problemas diferentes a los de los nacionales de terceros países que pueden viajar sin visado a la UE[8] (véase más arriba). Por consiguiente, es muy discutible que los diferentes requisitos aplicables a estas categorías de viajeros estén justificados.

En sus respuestas, algunos Estados miembros sostienen que el requisito debe considerarse también como un medio para proteger a los viajeros en caso de que necesitaran tratamiento médico urgente durante su estancia. Sin embargo, esta precaución debería aplicarse a todos los ciudadanos de terceros países que viajen a la UE.

3. Impacto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 y las consiguientes restricciones a los viajes en todo el mundo pusieron fin súbitamente, y casi por completo, a las operaciones de concesión de visados a partir de finales de marzo de 2020; un gran número de titulares de visados presentes en los Estados miembros no pudieron salir al expirar su visado. La pandemia puso además de relieve la necesidad apremiante de evaluar la eficacia de los seguros, para lo que se formularon las siguientes preguntas a los Estados miembros:

- *¿Cuál es el impacto de la actual pandemia de COVID-19? ¿Ha notado algún cambio en las facturas médicas impagadas durante este período? Si no se dispone aún de esos datos, debe indicar cuándo se dispondrá de ellos.*
- *¿Cuáles son las disposiciones sobre el seguro médico y la asistencia sanitaria que se aplican a los titulares de visados para estancias cortas que tienen que permanecer en el espacio Schengen durante más de 90 días a causa de la pandemia de COVID-19?*

[8] En 2019, se emitieron alrededor de 15 millones de visados de corta duración, de los cuales más del 50 % eran visados para entradas múltiples. En comparación, el informe sobre el «Estudio técnico sobre fronteras inteligentes» llegó a la conclusión de que las indicaciones acerca del tráfico previsto en las fronteras exteriores en 2020, en lo que respecta a los ciudadanos de terceros países «sin visado», serían de 104 millones.

Las respuestas de los Estados miembros de la UE a estas preguntas fueron muy similares: es demasiado pronto para determinar si la pandemia ha tenido un impacto, pero el bajo número de viajeros nacionales de terceros países («sin visado» o «con visado obligatorio») sugiere que no lo habrá. La mayoría de los Estados miembros no exigieron a las personas que sobrepasaron involuntariamente el período de estancia autorizada que contrataran un seguro para la prolongación de su estancia, y les administraron los tratamientos de urgencia necesarios durante ese período. Las personas que necesiten otros tipos de tratamiento médico durante su estancia prolongada tendrán que sufragar los gastos por sí mismas.

En noviembre de 2020, los Estados miembros volvieron a tramitar solicitudes de visado —en escaso número— de todo el mundo, proceso en el que ha surgido un aspecto relacionado con los seguros directamente vinculado a la pandemia de COVID-19. Las inspecciones aleatorias realizadas en abril de 2020 muestran que varias de las principales compañías de seguros ofrecen ahora pólizas de seguro que contienen cláusulas específicas que excluyen de la cobertura los gastos médicos relacionados con un brote epidémico o pandémico, o los cubren sólo en parte. Los consulados de los Estados miembros también han comunicado tendencias similares.

III. **Próximas** etapas

El panorama no es concluyente en cuanto a la eficiencia del actual requisito de seguro. El presente informe muestra que faltan datos pertinentes y sólidos que permitan a la Comisión evaluar plenamente la eficacia de las normas actuales. No obstante, hay abundantes pruebas de los problemas que se plantean a los distintos agentes en la aplicación de las medidas y ya se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1) No hay datos que sugieran que el actual requisito de seguro proporcione un alivio importante a los sistemas sanitarios al garantizar el pago del tratamiento, ya que el problema de las facturas impagadas sigue existiendo. Además, el cobro de las facturas hospitalarias impagadas resulta un problema considerable, incluso en los casos en que el paciente tiene un seguro en el momento del tratamiento.

2) Pueden identificarse las siguientes deficiencias en la actual concepción del requisito vigente:

   – El momento de la presentación de la prueba (al presentar la solicitud de visado).

   – Las generales, poco claras y posiblemente obsoletas normas sobre la cobertura de los seguros, que dificultan al personal consular comprobar que el seguro es conforme.

   – La efectiva posesión del seguro no se comprueba cuando el titular del visado cruza la frontera de la UE.

3) La información proporcionada por los Estados miembros indica que la ausencia de requisitos equivalentes para los viajeros exentos de visado podría ser parte del problema de las facturas hospitalarias impagadas, ya que no hay pruebas de que los nacionales de terceros países que están sujetos a la obligación de visado presenten, para la asistencia

sanitaria, problemas diferentes que los nacionales de terceros países que pueden viajar sin visado a la UE.

Podrían preverse varias opciones de medidas para el futuro:

– Aceptar la situación actual sin disponer de ninguna prueba real de que sea beneficiosa para los sistemas sanitarios y a pesar de los problemas conocidos para los solicitantes de visados, las dificultades para los consulados, los problemas estructurales arraigados y la falta de datos disponibles que permitan evaluar si el requisito de seguro se aplica realmente como se pretende.

– Reconocer que la base jurídica ha quedado obsoleta (pues se elaboró hace diecisiete años) y debe mejorarse para garantizar que permita alcanzar la finalidad prevista, a saber, que los titulares de los visados tengan un seguro adecuado durante su estancia, por ejemplo, definiendo requisitos precisos en materia de pólizas a los que los aseguradores deberán hacer referencia explícita en su póliza («Norma mínima garantizada del seguro médico de viaje en la UE»). Las disposiciones podrían incluir procedimientos de pago estándar para garantizar la recuperación de los costes; la posibilidad de ampliar la cobertura en caso de estancias que rebasen la fecha de vencimiento del visado debido a un tratamiento prolongado, y la posibilidad de cobertura continua para los titulares de visados para entradas múltiples («pago por uso»). Una «etiqueta de garantía» también podría, en particular cuando el procedimiento de visado se digitalice completamente, permitir a los consulados comprobar que las pólizas de seguro presentadas por los solicitantes de visado cumplen con el requisito legal.

– Reconocer el hecho de que no debe haber un trato diferente entre los nacionales de terceros países que necesitan visado y los que no lo necesitan en lo que respecta a la cobertura del seguro durante su estancia en la UE y considerar la posibilidad de ampliar el requisito del seguro a los viajeros que no necesitan visado, asegurando al mismo tiempo que se compruebe su cumplimiento en el momento oportuno (es decir, cuando tenga lugar el viaje).

Con el fin de tener una idea más precisa en cuanto a la eficacia del requisito de seguro y de la posible necesidad de revisar la base jurídica, la Comisión tiene la intención, sobre la base del presente informe, de iniciar un estudio para reunir datos adicionales.