KOMISJA
EUROPEJSKA

Bruksela, dnia 2.3.2021 r.
COM(2021) 92 final

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

w sprawie korzystania z podróżnego ubezpieczenia medycznego na podstawie art. 15 rozporządzenia (WE) nr 810/2009 przez posiadaczy wizy w trakcie ich pobytu w państwach członkowskich

SPRAWOZDANIE KOMISJI DLA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY

w sprawie korzystania z podróżnego ubezpieczenia medycznego na podstawie art. 15 rozporządzenia (WE) nr 810/2009 przez posiadaczy wizy w trakcie ich pobytu w państwach członkowskich

I. Wprowadzenie

Od 2004 r.[1] osoby ubiegające się o wizę krótkoterminową muszą przedstawić dowód posiadania „odpowiedniego, ważnego podróżnego ubezpieczenia medycznego", które pokryje pilne leczenie lub powrót z powodu nieprzewidzianych problemów zdrowotnych podczas pobytu w państwach członkowskich UE. Decyzja Rady, na podstawie której przepisy te miały zastosowanie, nie wymagała wówczas oceny skutków i nie przeprowadzono żadnej innej formy dogłębnej analizy skutków tego środka. Przepisy te, bez zmian co do ich istoty, włączono do art. 15 kodeksu wizowego (rozporządzenie (WE) nr 810/2009)[2].

Chociaż okazanie odpowiedniego podróżnego ubezpieczenia medycznego („ubezpieczenia") jest wymagane w przypadku ubiegania się o wizę krótkoterminową, to posiadanie takiego ubezpieczenia nie stanowi warunku wjazdu[3] kontrolowanego na granicach zewnętrznych UE. W związku z tym obywatele państw trzecich, którzy nie podlegają obowiązkowi wizowemu, oraz osoby, które w przyszłości będą ubiegać się o wizę w ramach ETIAS[4], nie mają obowiązku przedstawiania dowodu posiadania ubezpieczenia podczas podróży do UE. Prowadzi to do różnicy w traktowaniu obywateli państw trzecich zwolnionych z obowiązku wizowego i tych, którzy są nim objęci.

We wniosku z 2014 r. dotyczącym przekształcenia kodeksu wizowego Komisja zaproponowała rezygnację z wymogu posiadania ubezpieczenia. Wniosek umotywowano praktycznymi problemami związanymi z wymogiem posiadania ubezpieczenia (zob. poniżej), faktem, że wymóg posiadania ubezpieczenia nie jest kontrolowany na granicach zewnętrznych oraz faktem, że dostępne są bardzo ograniczone dowody[5] faktycznego egzekwowania polis ubezpieczeniowych. Rada odrzuciła powyższy wniosek, który znalazł jednak poparcie

---

[1] Decyzja Rady z dnia 22 grudnia 2003 r. zmieniająca część V pkt 1.4 Wspólnych instrukcji konsularnych oraz część I pkt 4.1.2 Wspólnego podręcznika w odniesieniu do włączenia wymogu posiadania podróżnego ubezpieczenia medycznego jako jednego z dokumentów uzupełniających w celu udzielenia jednolitej wizy wjazdowej (2004/17/WE), Dz.U. L 5 z 9.1.2004, s. 79.

[2] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 810/2009 z dnia 13 lipca 2009 r. ustanawiające Wspólnotowy Kodeks Wizowy (kodeks wizowy), Dz.U. L 243 z 15.9.2009, s. 1.

[3] Art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/399 z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie unijnego kodeksu zasad regulujących przepływ osób przez granice (kodeks graniczny Schengen), Dz.U. L 77 z 23.3.2016, s. 1.

[4] Europejski system informacji o podróży oraz zezwoleń na podróż.
Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/1240 z dnia 12 września 2018 r. ustanawiające europejski system informacji o podróży oraz zezwoleń na podróż (ETIAS) i zmieniające rozporządzenia (UE) nr 1077/2011, (UE) nr 515/2014, (UE) 2016/399, (UE) 2016/1624 i (UE) 2017/2226, Dz.U. L 236 z 19.9.2018, s. 1.

[5] SWD (2014) 101 final.

w Parlamencie Europejskim. Ostatecznie w 2018 r. Komisja wycofała swój wniosek dotyczący przekształcenia.

W swoim wniosku z 2018 r. dotyczącym ukierunkowanej zmiany kodeksu wizowego Komisja nie zaproponowała żadnych zmian w przepisach dotyczących ubezpieczeń. Parlament Europejski i Rada zgodziły się powierzyć Komisji zadanie sporządzenia sprawozdania w celu sprawdzenia skuteczności tego środka. Zgodnie z art. 2 ust. 3 rozporządzenia (UE) 2019/1155 zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 810/2009[6] Komisja przygotowuje sprawozdanie, które następnie przekazuje Parlamentowi Europejskiemu i Radzie, wykorzystując „odpowiednie dostępne dane dotyczące stosowania podróżnego ubezpieczenia medycznego [...] przez posiadaczy wizy podczas ich pobytu na terytorium państw członkowskich, jak również kosztów poniesionych przez organy krajowe lub podmioty świadczące posiadaczom wiz usługi medyczne", przekazane przez państwa członkowskie.

Zgodnie z tym przepisem w niniejszym sprawozdaniu przedstawiono problemy (niektóre z nich udokumentowano już wcześniej) związane z wymogiem posiadania ubezpieczenia, zawarto ogólne podsumowanie odpowiedzi państw członkowskich UE, w tym dotyczących możliwego wpływu pandemii COVID-19, oraz sugestie co do dalszych kroków.

1. Problemy związane z procedurą wizową i brakiem egzekwowania na granicy

Chociaż nabycie ubezpieczenia wydaje się być bezproblemowe dla osób ubiegających się o wizę, wcześniejsze analizy, częste dyskusje w komitecie ds. wiz oraz w ramach lokalnej współpracy schengeńskiej wykazały, że wymóg posiadania ubezpieczenia stwarza problemy pod kilkoma innymi względami.

– Podstawa prawna

Zgodnie z art. 15 kodeksu wizowego osoby ubiegające się muszą przedstawić dowód, że posiadają „odpowiednie, ważne" ubezpieczenie pokrywające „wszelkie wydatki, które podczas ich pobytu(-ów) na terytorium państw członkowskich mogą wyniknąć w związku z koniecznością powrotu z powodów medycznych, potrzebą pilnej pomocy medycznej, nagłym leczeniem szpitalnym lub ze śmiercią". Osoby ubiegające się o wielokrotną wizę wjazdową muszą przedstawić wspomniany dowód w przypadku pierwszego planowanego pobytu. Podczas składania wniosku osoba zainteresowana przyjmuje do wiadomości, poprzez podpisanie formularza wniosku, konieczność posiadania ubezpieczenia na wszelkie przyszłe pobyty.

Ubezpieczenie ma obejmować okres pobytu posiadacza wizy w państwach członkowskich UE. Minimalny zakres ubezpieczenia wynosi 30 000 EUR (poziom ustalony w 2004 r.) i musi istnieć możliwość dochodzenia roszczeń w państwie członkowskim UE.

– Czas przedstawienia ubezpieczenia

[6] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1155 z dnia 20 czerwca 2019 r. zmieniające rozporządzenie (WE) nr 810/2009 ustanawiające Wspólnotowy Kodeks Wizowy (kodeks wizowy), Dz.U. L 188 z 12.7.2019, s. 25.

Osoba ubiegająca się musi przedstawić ubezpieczenie przy ubieganiu się o wizę. Osoby ubiegające się o wizę muszą zatem przedstawić ubezpieczenie obejmujące okres planowanego pobytu zanim dowiedzą się, czy i na jak długo zostanie wydana wiza. Co więcej, niektóre konsulaty niesłusznie nalegają, by ubezpieczenie obejmowało cały okres ważności[7] wizy. Niektóre konsulaty decydują o długości okresu ważności wizy na podstawie ważności przedstawionego ubezpieczenia, co nie było intencją prawodawcy.

Niektóre zakłady ubezpieczeń dopuszczają możliwość późniejszego anulowania polisy ubezpieczeniowej. Jest to korzystne dla osób, których wniosek został odrzucony, a które w przeciwnym razie straciłyby pieniądze wydane na ubezpieczenie, jest to jednak również sposób na obejście tego wymogu po przyznaniu wizy.

Osoby ubiegające się o wizę muszą przedstawić dowód ochrony ubezpieczeniowej obejmującej okres pierwszego planowanego pobytu, jeżeli ubiegają się o wielokrotną wizę wjazdową o długim terminie ważności lub kwalifikują się do jej uzyskania. Podpisując wniosek, osoby ubiegające się o wizę przyjmują do wiadomości, że muszą posiadać ubezpieczenie obejmujące kolejne wyjazdy. Nie sprawdza się tego w chwili wjazdu i nie istnieją dowody na to, aby wymóg ten był przestrzegany.

– **Weryfikacja ubezpieczenia medycznego przez konsulaty**

Z punktu widzenia konsulatów weryfikacja, czy szczegółowe i mające bardzo techniczny charakter polisy ubezpieczeniowe rzeczywiście oferują niezbędne gwarancje ubezpieczeniowe, jest trudna i czasochłonna. Poziom trudności dodatkowo wzrasta ze względu na bardzo ogólne brzmienie art. 15 kodeksu wizowego, które nie pozwala na szybką weryfikację zgodności. Trudności związane z prowadzeniem szeroko zakrojonych weryfikacji widać również w tym, jakie problemy zgłasza sektor ochrony zdrowia (zob. poniżej).

W niektórych miejscach państwa członkowskie UE – w następstwie wymiany informacji, o której mowa w art. 48 ust. 3 lit. d) kodeksu wizowego – wspólnie sporządziły wykaz „rekomendowanych zakładów ubezpieczeń", których produkty zweryfikowano pod kątem zgodności z wymaganiami. Ułatwia to proces oceny ubezpieczeń z korzyścią dla wszystkich zainteresowanych oraz stanowi próbę skłonienia osób ubiegających się o wizę do wyboru jednego z ujętych w wykazie ubezpieczeń i tym samym ograniczenia liczby różnych przedstawianych polis. W niektórych miejscach posiadanie takich wykazów okazało się skutecznym narzędziem, ponieważ zakłady ubezpieczeń występują o uwzględnienie ich w wykazie (mimo iż nie przewidziano takiego formalnego wniosku) i starają się w nim utrzymać. Dzięki wykazowi „rekomendowanych" ubezpieczeń osoby ubiegające się o wizę mogą się również upewnić, że posiadają odpowiednie ubezpieczenie. W większości miejsc uznano taką zbiorową ocenę za niemożliwą ze względu na liczbę dostępnych polis ubezpieczeniowych, w tym w internecie. Jednocześnie reguły konkurencji uniemożliwiają

[7] Okres dozwolonego pobytu: liczba dni, przez które posiadacz wizy może pozostać, np. 30 dni.
Okres ważności wizy: do okresu dozwolonego pobytu dodaje się okres 15 dni, aby umożliwić posiadaczowi wizy elastyczność w korzystaniu z wizy (plany lub loty mogą ulec zmianie itp.), co oznacza, że dana osoba może posiadać wizę ważną przez 45 dni, pozwalającą na pobyt przez 30 dni. Podróżne ubezpieczenie medyczne ma obejmować okres 30 dni.

odrzucenie polis ubezpieczeniowych z tego powodu, że nie znajdują się one we wspomnianych wykazach „rekomendowanych” ubezpieczeń, jeżeli spełniają one kryteria określone w kodeksie wizowym.

– **Brak weryfikacji na granicach zewnętrznych**

Jak już wspomniano, posiadanie ochrony ubezpieczeniowej nie podlega weryfikacji na granicach zewnętrznych. W związku z tym posiadanie ważnego ubezpieczenia obejmującego okres pobytu w chwili przekraczania granicy zewnętrznej oraz spełnianie tego wymogu przy okazji każdej podróży na podstawie wielokrotnej wizy wjazdowej (której okres ważności może wynosić nawet pięć lat) zależy od dobrej woli posiadaczy wizy.

2. Problemy zgłoszone przez sektor ochrony zdrowia

Komisja przeprowadziła badanie wstępne (2019–2020) w tej sprawie, kontaktując się z instytucjami i agencjami zdrowia publicznego w państwach członkowskich UE. Większość z nich zadeklarowała, że nie jest w stanie udzielić bardziej szczegółowych informacji na temat wykorzystania ubezpieczenia, ponieważ takich danych nie gromadzi się na poziomie centralnym. Jednocześnie zgłoszono następujące nieprawidłowości:

- częsty brak pokrycia finansowego z powodu niewykupienia ubezpieczenia na czas pobytu, wygaśnięcia ubezpieczenia przed zakończeniem leczenia (w szczególności gdy pobyt musiał zostać przedłużony ze względu na stan zdrowia), albo z powodu celowej rezygnacji z ubezpieczenia przez ubezpieczonego przed zakończeniem pobytu;
- niewystarczający zakres ubezpieczenia, w szczególności gdy pułap zwrotu kosztów opieki zdrowotnej jest bardzo niski. Problemem jest również pokrycie planowej opieki zdrowotnej (np. opieka pielęgniarska po leczeniu na ostrym dyżurze lub w przypadku potrzeby dalszego niepowiązanego leczenia po leczeniu na ostrym dyżurze), która wchodzi (w pełni) w zakres polis ubezpieczeniowych;
- zakłady ubezpieczeń często nie dokonują zwrotu kosztów ze względu na klauzule wyłączające lub ze względu na istniejące wcześniej schorzenie lub schorzenia pacjenta, tj. historia choroby znacząco zwiększająca prawdopodobieństwo wystąpienia ubezpieczonego ryzyka;
- nieproporcjonalne wymagania pod względem zwrotu kosztów: niektórych zwrotów kosztów dokonuje się wyłącznie na warunkach niezgodnych z wymogiem tajemnicy lekarskiej (np. żądanie raportów medycznych przed zwrotem kosztów);
- brak możliwości monitorowania pacjentów po ich wypisaniu oraz trudności w skontaktowaniu się z zakładem ubezpieczeń za granicą. Przykładowo pacjent podaje szpitalowi dane swojego zakładu ubezpieczeń, lecz świadczeniodawcy nie otrzymują odpowiedzi od zakładów ubezpieczeń. Wobec braku pokrycia kosztów przez ubezpieczyciela będącego osobą trzecią szpitale są zmuszone wystawiać fakturę bezpośrednio pacjentowi z tytułu poniesionych kosztów, nie mając przy tym gwarancji otrzymania zapłaty;

- większość szpitali stosuje politykę wcześniejszego oszacowania kosztów, którymi następnie obarczają bezpośrednio pacjenta. Oczywiście nie jest to możliwe w nagłych wypadkach;
- często konieczne jest przedłużenie pobytu pacjentów poza okres ważności ich wizy lub przewiezienie ich do innego szpitala. W takich przypadkach zakłady ubezpieczeń odmawiają zwrotu kosztów;
- problematyczny jest również zakres ochrony ubezpieczeniowej – uważa się, że niemal nigdy nie obejmuje on kontynuacji leczenia i dalszej opieki. Mimo tego często przeprowadza się takie leczenie.

II. Wyniki ankiety z 2020 r. dotyczącej ubezpieczenia i poniesionych kosztów

Państwa członkowskie UE zostały wezwane do przekazania „odpowiednich danych dotyczących stosowania podróżnego ubezpieczenia medycznego przez posiadaczy wizy podczas ich pobytu na terytorium państw członkowskich, jak również kosztów poniesionych przez organy krajowe lub podmioty świadczące posiadaczom wiz usługi medyczne" w oparciu o następujące pytania:

- *W jaki sposób sprawdza się, czy posiadacze wizy wymagający pilnego leczenia podczas pobytu posiadają odpowiednie i ważne podróżne ubezpieczenie medyczne? Co się dzieje, jeżeli go nie posiadają?*
- *Jakie dane gromadzi się na temat opieki zdrowotnej świadczonej posiadaczom wiz krótkoterminowych oraz na temat posiadanych przez nich ubezpieczeń?*
- *Jaka organizacja odpowiada za gromadzenie takich danych?*
- *Jaką politykę stosuje się w przypadku nieopłaconych rachunków za leczenie? Czy podejmuje się próby odzyskania takich długów? Jaki jest odsetek udanych przypadków odzyskania należności z tytułu nieopłaconych rachunków za leczenie od pacjentów lub zakładów ubezpieczeń?*
- *Jaka jest (szacunkowa) całkowita wartość nieopłaconych rachunków za leczenie wystawionych posiadaczom wiz krótkoterminowych (2019)? Jak kształtuje się ta wartość w porównaniu z nieopłaconymi rachunkami za leczenie w przypadku innych kategorii obywateli państw trzecich (podróżnych bezwizowych, osób posiadających dokumenty pobytowe lub wizy długoterminowe)?*

Państwa członkowskie UE zostały poproszone o zgromadzenie informacji od wszystkich organów administracji publicznej i zainteresowanych stron w ich krajach, w tym od instytucji ochrony zdrowia, organizacji ubezpieczeniowych oraz świadczeniodawców.

1. Odpowiedzi państw członkowskich UE

Wszystkie państwa członkowskie UE-28 z wyjątkiem jednego oraz państwa stowarzyszone w ramach Schengen udzieliły odpowiedzi, chociaż zakres informacji przekazanych w odpowiedziach był mocno zróżnicowany. Szesnastu respondentów przeprowadziło badania za pośrednictwem różnych organów rządowych, lecz miały one różny zakres. Pozostali respondenci ograniczyli swoje odpowiedzi do oświadczenia, że „dane nie są dostępne".

Jeżeli chodzi o treść odpowiedzi, ich cechą wspólną jest fakt, że ogólnie rzecz biorąc, nie gromadzi się centralnie danych na temat opieki zdrowotnej świadczonej obywatelom państw trzecich. Nie gromadzi się również danych na temat podstawy prawnej pobytu danego pacjenta będącego obywatelem państwa trzeciego poddawanego leczeniu (czy jest to np. posiadacz wizy krótkoterminowej lub osoba podróżująca zwolniona z obowiązku wizowego). W niektórych odpowiedziach zawarto szczegółowy opis krajowej organizacji opieki zdrowotnej i odzyskiwania płatności, podczas gdy w innych przypadkach udzielono bardzo ogólnych odpowiedzi. Niektóre państwa członkowskie UE przekazały konkretne dane liczbowe dotyczące nieopłaconych rachunków za leczenie wystawionych obywatelom państw trzecich, lecz metody obliczeniowe i okresy, który dotyczą dane, nie pozwalają na żadne miarodajne porównanie.

- **Ogólna gwarancja pilnego leczenia**

Ogólnie rzecz biorąc, we wszystkich państwach członkowskich UE szpitale publiczne zapewniają pilne leczenie wszystkim osobom, niezależnie od tego, czy posiadają one dokument pobytu lub wizę i czy posiadają ubezpieczenie medyczne. Ponadto szereg państw członkowskich UE zawarło umowy dwustronne z niektórymi państwami niebędącymi członkami UE objętymi obowiązkiem wizowym w sprawie leczenia, co oznacza, że koszt wszelkiego leczenia posiadaczy wizy będących obywatelami tych państw prawdopodobnie zostanie pokryty, nawet jeżeli nie posiadają oni ubezpieczenia.

- **Weryfikacja posiadania ubezpieczenia prowadzona przez instytucje ochrony zdrowia**

Posiadanie ubezpieczenia nie jest warunkiem wstępnym podjęcia leczenia. Większość państw członkowskich UE zauważa jednak, że w zależności od stanu pacjenta w chwili przyjęcia instytucje ochrony zdrowia mogą wymagać ubezpieczenia przed podjęciem leczenia, przy czym nie istnieje w tym zakresie żadne spójne podejście. W większości przypadków wymaga się, aby pacjent okazał odpowiedni dowód po zakończeniu leczenia lub zapłacił za nie bezpośrednio szpitalowi, lub szpital obciąża kosztami ubezpieczyciela.

Instytucje ochrony zdrowia niektórych państw członkowskich UE wymagają, aby pacjent dokonał przedpłaty (np. kwoty wynoszącej co najmniej 300 EUR), przez co zwrot kosztów z tytułu ubezpieczenia staje się nieistotny. Inne wymagają bezpośredniego opłacenia leczenia od wszystkich obywateli państw trzecich lub, w stosownych przypadkach, od osoby zapraszającej/osoby pokrywającej koszty pobytu.

- **Brak danych pozwalających na ustalenie, czy posiadacze wizy korzystają z ubezpieczenia**

Przy okazji gromadzenia danych osobowych pacjentów można gromadzić również informacje na temat ich obywatelstwa. Informacje dotyczące warunków pobytu (tj. czy dana osoba posiada wizę lub dokument pobytowy) osób poddanych leczeniu nie są gromadzone na poziomie centralnym, lecz mogą być przechowywane w szpitalu lub na poziomie regionalnym. Niektóre państwa członkowskie UE przeprowadziły badania *ad hoc* dotyczące obywateli państw trzecich

poddanych leczeniu, nie wyodrębniając przy tym jednak warunków pobytu ani zakresu umów dwustronnych w sprawie leczenia.

Trzy państwa członkowskie UE wskazały, że na granicach zewnętrznych prowadzi się losowe kontrole celem zweryfikowania, czy posiadacze wizy posiadają ważne ubezpieczenie. Jedno spośród tych trzech państw wskazuje, że brak polisy ubezpieczeniowej może prowadzić do nieuznania wizy ze względu na to, że nie jest spełniony jeden z warunków jej udzielenia.

– **Odzyskiwanie nieopłaconych rachunków za leczenie**

Nie wydaje się, aby którekolwiek państwo członkowskie UE stosowało przekrojowe zasady lub wytyczne dotyczące odzyskiwania nieopłaconych rachunków za leczenie. Wynika to również ze zdecentralizowanej organizacji opieki zdrowotnej w większości państw członkowskich, w ramach której poszczególne instytucje muszą wypracować sobie swoją własną praktykę.

Wszystkie państwa członkowskie UE potwierdzają, że odzyskiwanie płatności od osób fizycznych lub zakładów ubezpieczeń za granicą jest niezwykle trudne (czasochłonne i kosztowne).

W niektórych państwach członkowskich UE podlegające ministerstwu zdrowia agencje publiczne pełnią rolę krajowych „reasekuratorów", którzy pokrywają koszty szpitali z tytułu nieopłaconych rachunków, lecz nie dysponują środkami umożliwiającymi odzyskiwanie płatności od pacjenta lub ubezpieczyciela.

Szereg państw członkowskich UE podaje szacunkowy odsetek nieopłaconych rachunków za leczenie obywateli innych państw (bez podziału na obywatelstwo) wynoszący 10–60 %, lecz tylko jedno państwo udostępniło dane dotyczące nieopłaconych rachunków za leczenie konkretnie posiadaczy wiz krótkoterminowych z jednego regionu kraju (65 %). Wspomniane państwo członkowskie UE wskazuje również, że odsetek nieopłaconych rachunków za leczenie obywateli państw trzecich, którzy mogą podróżować do UE bez wizy (i bez ubezpieczenia), wynosi 62 %. Biorąc pod uwagę ten kontekst, trudno jest argumentować, że przedmiotowy wymóg ma jakiekolwiek znaczenie.

2. Obecna sytuacja: brak jasnych danych

Między doświadczeniami państw członkowskich UE występują istotne różnice wynikające głównie z różnic między systemami opieki zdrowotnej. Pilne leczenie jest powszechnie dostępne, a kwestia pokrycia kosztów jest drugorzędna. W niektórych państwach członkowskich UE dwustronne umowy w sprawie opieki zdrowotnej z państwami niebędącymi członkami UE obejmują swoim zakresem leczenie niezależnie od tego, czy dana osoba posiada ubezpieczenie, czy nie. Sytuacja kształtuje się różnie również w zależności od tego, czy opieka zdrowotna jest świadczona na podstawie prywatnej umowy komercyjnej, jest świadczona bezpośrednio przez instytucje państwowe, czy ma miejsce w ramach połączenia tych dwóch wariantów, gdy państwo jest „reasekuratorem". Przedstawione przez państwa członkowskie UE szacunkowe wartości odpowiadające nieopłaconym rachunkom za leczenie znacząco się od siebie różnią. Niektóre państwa członkowskie UE uważają, że problem nie jest istotny, deklarując, że „posiadacze wiz ponoszą koszty swojego leczenia", przy czym nie popierają tego twierdzenia dowodami. Inne

państwa uznają tę kwestię za niezwykle problematyczną, zauważając, że próg ubezpieczeniowy wynoszący 30 000 EUR jest niewystarczający.

Ponieważ posiadanie ubezpieczenia nie stanowi warunku wjazdu i w związku z tym nie podlega weryfikacji w chwili wjazdu, nie istnieją dane potwierdzające, że posiadacze wizy posiadają odpowiednie ubezpieczenie przy okazji każdej podróży.

Ponadto gromadzenie dokładnych danych dotyczących rachunków nieopłaconych przez posiadaczy wiz krótkoterminowych jest trudne i wydaje się, że nie ma ono miejsca. Przyczyny stojące za nieopłacaniem rachunków (wystawionych na obywateli państw trzecich) pozostają zatem nieznane, a szereg kwestii wymaga wyjaśnienia, np.:

- Jaki jest odsetek posiadaczy wiz krótkoterminowych potrzebujących pilnego leczenia podczas swojego pobytu, którzy nie posiadają żadnego ubezpieczenia lub posiadają niewystarczające ubezpieczenie?
- Czy niewystarczający zakres ubezpieczenia można wytłumaczyć faktem, że w obecnej podstawie prawnej nie określono wyraźnie wymogów, które ubezpieczenie musi spełniać, aby móc je uznać za odpowiednie?
- Czy próg ubezpieczeniowy (30 000 EUR) jest zbyt niski, aby pokryć wszystkie koszty?
- Z jakich powodów zakłady ubezpieczeń odmawiają pokrycia poniesionych kosztów leczenia?
- Dlaczego instytucje nie ubiegają się o zwrot kosztów? Czy dzieje się tak ze względu na małą szansę powodzenia, czy może dlatego, że ostatecznie należności są pokrywane przez organy centralne?

Dodatkową, lecz istotną kwestią jest fakt, że nie istnieją dowody na to, aby obywatele państw trzecich objęci obowiązkiem wizowym stwarzali inne trudności dla systemu opieki zdrowotnej niż obywatele państw trzecich mogący podróżować do UE bez wizy[8] (zob. powyżej). W związku z tym bardzo wątpliwe jest, czy różne wymogi dotyczące tych kategorii podróżnych są uzasadnione.

W swoich odpowiedziach niektóre państwa członkowskie UE argumentują, że przedmiotowy wymóg należy również postrzegać jako sposób ochrony podróżnych, w razie gdyby potrzebowali pilnego leczenia podczas pobytu. Troska ta powinna mieć jednak zastosowanie do wszystkich obywateli państw trzecich podróżujących do UE.

3. Wpływ pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 i wynikające z niej globalne ograniczenia podróżowania spowodowały nagłe i niemal zupełne wstrzymanie działań związanych z wizami począwszy od końca marca

[8] W 2019 r. wydano około 15 mln wiz krótkoterminowych, spośród których ponad 50 % stanowiły wielokrotne wizy wjazdowe. Dla porównania w sprawozdaniu pt. „Technical Study on Smart Borders" [Analiza techniczna na temat inteligentnych granic] stwierdzono, że przewidywany ruch na granicach zewnętrznych w 2020 r. w przypadku obywateli państw trzecich nieobjętych obowiązkiem wizowym wyniesie 104 mln.

2020 r. oraz doprowadziły do sytuacji, w której duża liczba posiadaczy wiz przebywających w państwach członkowskich UE została pozbawiona możliwości wyjazdu przed wygaśnięciem ich wiz. Pandemia dodatkowo podkreśliła naglącą potrzebę oceny skuteczności ubezpieczeń, a państwa członkowskie pochyliły się nad następującymi pytaniami:

- *Jaki jest wpływ bieżącej pandemii COVID-19? Czy w tym okresie zauważyli Państwo jakiekolwiek zmiany, jeżeli chodzi o nieopłacone rachunki za leczenie? Jeżeli dane te nie są jeszcze dostępne, należy wskazać, kiedy staną się dostępne.*
- *Jakie przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego i opieki medycznej mają zastosowanie do posiadaczy wiz krótkoterminowych, którzy z powodu pandemii COVID-19 muszą pozostać w strefie Schengen przez okres dłuższy niż 90 dni?*

Odpowiedzi państw członkowskich UE na powyższe pytania były bardzo podobne: jest zbyt wcześnie, aby ocenić wpływ pandemii, lecz biorąc pod uwagę małe liczby podróżnych będących obywatelami państw trzecich (nieobjętych lub objętych obowiązkiem wizowym), można założyć, że nie będzie ona mieć wpływu. Większość państw członkowskich UE nie wymagała, aby osoby mimowolnie przekraczające okres dozwolonego pobytu wykupiły ubezpieczenie obejmujące ich przedłużony pobyt i w okresie tym zapewniano ich leczenie w nagłych przypadkach. Osoby wymagające innego rodzaju leczenia podczas swego przedłużonego pobytu musiałyby samodzielnie pokryć jego koszty.

W listopadzie 2020 r. państwa członkowskie UE znowu zaczęły rozpatrywać niewielkie ilości wniosków wizowych na całym świecie i pojawiła się wówczas kwestia ubezpieczeń, bezpośrednio związana z pandemią COVID-19. Wyrywkowe kontrole przeprowadzone w kwietniu 2020 r. pokazują, że kilka znaczących zakładów ubezpieczeń obecnie oferuje polisy ubezpieczeniowe, które zawierają konkretne klauzule wyłączające z zakresu ubezpieczenia koszty leczenia związane z wybuchem epidemii lub pandemii, lub obejmują jedynie część tych kosztów. Podobne tendencje odnotowały również konsulaty państw członkowskich UE.

III. Dalsze kroki

Przedstawione dane nie przesądzają o skuteczności obecnego wymogu posiadania ubezpieczenia. W niniejszym sprawozdaniu wykazano, że brakuje adekwatnych i wiarygodnych danych, które umożliwiłyby Komisji dokonanie pełnej oceny skuteczności obecnie obowiązujących przepisów. Istnieje jednak dostatecznie dużo dowodów wskazujących na problemy, z jakimi mierzą się różne podmioty zaangażowane we wprowadzanie środków, i już na tym etapie można wysnuć następujące wnioski:

1) Nie ma dowodów wskazujących na to, aby obecny wymóg posiadania ubezpieczenia prowadził do znacznego odciążenia systemów opieki zdrowotnej w wyniku zapewnienia płatności za leczenie, ponieważ problem nieopłaconych rachunków utrzymuje się. Dodatkowo dużym problemem wydaje się odzyskiwanie nieopłaconych rachunków za leczenie, nawet w przypadkach, gdy w czasie leczenia pacjent posiada ubezpieczenie.

2) W sposobie, w jaki skonstruowano obecny wymóg, można stwierdzić następujące niedoskonałości:

- termin przedstawienia dowodu (przy składaniu wniosku wizowego);
- ogólne, niejasne i być może nieaktualne przepisy dotyczące ochrony ubezpieczeniowej utrudniające personelowi konsularnemu weryfikację zgodności ubezpieczenia;
- przy przekraczaniu przez posiadacza wizy granicy UE nie weryfikuje się, czy rzeczywiście posiada on ubezpieczenie.

3) Z informacji przekazanych przez państwa członkowskie UE wynika, że brak równoważnych wymogów dotyczących podróżnych nieobjętych obowiązkiem wizowym może stanowić część problemu związanego z nieopłaconymi rachunkami za opiekę szpitalną, ponieważ nie istnieją dowody na to, aby obywatele państw trzecich objęci obowiązkiem wizowym powodowali inne trudności dla systemu opieki zdrowotnej niż obywatele państw trzecich mogący podróżować do UE bez wizy.

Można przewidzieć kilka wariantów działań następczych:

- zaakceptowanie obecnej sytuacji, w której nie istnieją żadne rzeczywiste dowody wskazujące na korzyści dla systemów opieki zdrowotnej, a która wiąże się ze znanymi problemami osób ubiegających się o wizę, wyzwaniami stojącymi przed konsulatami, wpisanymi w tę sytuację problemami strukturalnymi i brakiem dostępnych danych, które pozwoliłyby ocenić, czy wymóg posiadania ubezpieczenia jest rzeczywiście stosowany zgodnie z założeniami;
- przyznanie, że podstawa prawna (opracowana 17 lat temu) jest nieaktualna i należy ją poprawić celem zapewnienia, aby służyła zamierzonemu celowi, a mianowicie, aby posiadacze wiz posiadali odpowiednie ubezpieczenie podczas pobytu, na przykład poprzez określenie precyzyjnych wymogów dotyczących polis, do których ubezpieczyciele muszą się wyraźnie odwoływać w swojej polisie („Gwarantowane normy minimalne dotyczące unijnego podróżnego ubezpieczenia medycznego”). Przepisy mogłyby obejmować standardowe procedury płatności w celu zapewnienia zwrotu kosztów; możliwość przedłużenia zakresu ubezpieczenia w przypadku pobytów wykraczających poza termin wygaśnięcia wizy ze względu na wydłużone leczenie; oraz możliwość bieżącej ochrony ubezpieczeniowej dla posiadaczy wielokrotnych wiz wjazdowych („system, w ramach którego płaci się za rzeczywiste skorzystanie z usługi”). Weryfikację, czy polisy ubezpieczeniowe przedstawione przez osoby ubiegające się o wizę spełniają wymóg prawny, mógłby również umożliwić konsulatom „znak gwarancji”, szczególnie w przypadku pełnej cyfryzacji procedury wizowej;
- uznanie faktu, że nie powinno być różnic w traktowaniu obywateli państw trzecich objętych obowiązkiem wizowym i tych zwolnionych z tego obowiązku, jeżeli chodzi o ubezpieczenie podczas ich pobytu w UE, oraz rozważenie rozszerzenia obowiązku posiadania ubezpieczenia na podróżnych zwolnionych z obowiązku wizowego przy jednoczesnym zapewnieniu, aby weryfikacja zgodności odbywała się w odpowiednim momencie (tj. w momencie podróży).

Aby uzyskać jasność co do skuteczności wymogu posiadania ubezpieczenia i ewentualnej konieczności rewizji podstawy prawnej, Komisja zamierza – w oparciu o niniejsze sprawozdanie – rozpocząć badanie mające na celu zgromadzenie dodatkowych danych.