EUROPESE
COMMISSIE

Brussel, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

VERSLAG VAN DE COMMISSIE AAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD

betreffende het gebruik van een medische reisverzekering ingevolge artikel 15 van Verordening (EG) nr. 810/2009 door visumhouders tijdens hun verblijf op het grondgebied van de lidstaten

VERSLAG VAN DE COMMISSIE AAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD

betreffende het gebruik van een medische reisverzekering ingevolge artikel 15 van Verordening (EG) nr. 810/2009 door visumhouders tijdens hun verblijf op het grondgebied van de lidstaten

I. Inleiding

Sinds 2004[1] moeten aanvragers van een visum voor kort verblijf aantonen dat zij een "toereikende en geldige medische reisverzekering" hebben afgesloten ter dekking van dringende medische behandelingen of repatriëring als gevolg van onvoorziene gezondheidsproblemen tijdens hun verblijf in de EU-lidstaten. Voor het besluit van de Raad waarbij deze regels van toepassing werden, was destijds geen effectbeoordeling vereist en de gevolgen van de maatregel werden ook niet op een andere manier grondig geanalyseerd. Zonder inhoudelijke wijzigingen werden deze bepalingen opgenomen in artikel 15 van de Visumcode (Verordening (EG) nr. 810/2009)[2].

Bij het aanvragen van een visum voor kort verblijf moet bewijs worden geleverd van een toereikende medische reisverzekering ("verzekering"), maar het hebben van een dergelijke verzekering is geen toegangsvoorwaarde[3] die aan de buitengrenzen van de EU moet worden gecontroleerd. Daarom hoeven niet-EU-onderdanen die niet visumplichtig zijn en toekomstige Etias-aanvragers[4] niet aan te tonen dat zij in het bezit zijn van een verzekering wanneer zij naar de EU reizen. Dit leidt tot een verschil in behandeling tussen niet-EU-onderdanen die van de visumplicht zijn vrijgesteld en visumplichtige niet-EU-onderdanen.

In het voorstel van 2014 tot herschikking van de Visumcode stelde de Commissie voor af te zien van de verzekeringsverplichting. Dit voorstel was ingegeven door de praktische uitdagingen in verband met de verzekeringsplicht (zie hieronder), het feit dat de verzekeringsplicht niet wordt gecontroleerd aan de buitengrenzen en het feit dat zeer weinig bewijs[5] beschikbaar is met betrekking tot de daadwerkelijke uitvoering van verzekeringsovereenkomsten. De Raad verwierp

---

1 Beschikking 2004/17/EG van de Raad van 22 december 2003 tot wijziging van deel V, punt 1.4, van de Gemeenschappelijke Visuminstructies en deel I, punt 4.1.2, van het Gemeenschappelijk Handboek, namelijk de opneming onder de voor te leggen bewijsstukken van het bewijs van een reisverzekering tot dekking van ziektekosten ingeval een eenvormig inreisvisum wordt afgegeven (PB L 5 van 9.1.2004, blz. 79).

2 Verordening (EG) nr. 810/2009 van het Europees Parlement en de Raad van 13 juli 2009 tot vaststelling van een gemeenschappelijke visumcode (Visumcode) (PB L 243 van 15.9.2009, blz. 1).

3 Artikel 6, lid 1, van Verordening (EU) 2016/399 van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2016 betreffende een Uniecode voor de overschrijding van de grenzen door personen (Schengengrenscode) (PB L 77 van 23.3.2016, blz. 1).

4 Europees reisinformatie- en -autorisatiesysteem.
Verordening (EU) 2018/1240 van het Europees Parlement en de Raad van 12 september 2018 tot oprichting van een Europees reisinformatie- en -autorisatiesysteem (Etias) en tot wijziging van de Verordeningen (EU) nr. 1077/2011, (EU) nr. 515/2014, (EU) 2016/399, (EU) 2016/1624 en (EU) 2017/2226 (PB L 236 van 19.9.2018, blz. 1).

5 SWD(2014) 101 final.

het voorstel, dat daarentegen wel werd gesteund in het Europees Parlement. Uiteindelijk heeft de Commissie haar herschikkingsvoorstel in 2018 ingetrokken.

In haar voorstel voor een gerichte herziening van de Visumcode in 2018 heeft de Commissie geen wijzigingen voorgesteld aan de bepalingen inzake verzekering. Het Europees Parlement en de Raad kwamen overeen de Commissie te belasten met de taak een verslag op te stellen om de doeltreffendheid van deze maatregel te controleren. Krachtens artikel 2, lid 3, van Verordening (EU) 2019/1155 tot wijziging van Verordening (EG) nr. 810/2009[6] stelt de Commissie een aan het Europees Parlement en de Raad toe te zenden verslag op op basis van door de lidstaten verstrekte *"relevante beschikbare gegevens over het gebruik van de […] medische reisverzekering door visumhouders gedurende hun verblijf op het grondgebied van de lidstaten, alsmede over kosten die door de nationale autoriteiten of verstrekkers van medische zorg voor visumhouders zijn gemaakt".*

Overeenkomstig deze bepaling worden in het onderhavige verslag de uitdagingen (waarvan sommige al eerder zijn gedocumenteerd) in verband met de verzekeringsplicht beschreven. Daarnaast bevat het een algemene samenvatting van de antwoorden van de EU-lidstaten, onder meer over de mogelijke gevolgen van de COVID-19-pandemie, en voorstellen voor volgende stappen.

1. Uitdagingen in de visumprocedure en gebrekkige handhaving aan de grens

Hoewel het afsluiten van een verzekering voor aanvragers geen probleem lijkt, is uit eerdere analyses en frequente besprekingen in het visumcomité en in het kader van de plaatselijke Schengensamenwerking gebleken dat de verzekeringsplicht op verschillende andere punten problemen oplevert.

– De rechtsgrondslag

Op grond van artikel 15 van de Visumcode moeten aanvragers aantonen dat zij in het bezit zijn van een "toereikende en geldige" verzekering ter dekking van "eventuele uitgaven voor repatriëring om medische redenen, dringende medische zorg en/of spoedbehandeling in een ziekenhuis of wegens overlijden tijdens hun verblijf op het grondgebied van de lidstaten". Personen die een visum voor meerdere binnenkomsten aanvragen, moeten dergelijk bewijs aanleveren voor het eerste voorgenomen verblijf. Bij het indienen van de aanvraag wordt de betrokkene er met de ondertekening van het aanvraagformulier van in kennis gesteld dat hij of zij bij een volgend verblijf een verzekering dient te hebben afgesloten.

De verzekering moet de duur van het verblijf van de visumhouder bestrijken en geldig zijn in de EU-lidstaten. De minimumdekking bedraagt 30 000 EUR (vastgesteld in 2004) en vorderingen moeten in een EU-lidstaat kunnen worden ingevorderd.

[6] Verordening (EU) 2019/1155 van het Europees Parlement en de Raad van 20 juni 2019 tot wijziging van Verordening (EG) nr. 810/2009 tot vaststelling van een gemeenschappelijke visumcode (Visumcode) (PB L 188 van 12.7.2019, blz. 25).

– **Tijdstip waarop de verzekering moet worden overgelegd**

De aanvrager moet de verzekering overleggen bij het aanvragen van een visum. Aanvragers moeten daarom een verzekering voor de voorgenomen verblijfsduur overleggen voordat zij weten of en voor welke duur het visum wordt afgegeven. Bovendien vragen sommige consulaten ten onrechte om een verzekering die de volledige geldigheidsduur[7] van het visum dekt. Sommige consulaten bepalen de geldigheidsduur van het visum op basis van de geldigheid van de overgelegde verzekering, wat niet de bedoeling van de wetgever was.

Sommige verzekeringsmaatschappijen staan toe dat een verzekering later wordt opgezegd. Dit is weliswaar gunstig voor personen van wie de aanvraag is afgewezen en die anders het aan de verzekering bestede geld kwijt zouden zijn, maar het is ook een middel om de verzekeringsplicht te omzeilen nadat een visum is afgegeven.

Aanvragers moeten een bewijs van verzekering voor de duur van het eerste voorgenomen verblijf overleggen indien zij een meervoudig visum met een lange geldigheidsduur aanvragen of daarvoor in aanmerking komen. Met de ondertekening van het aanvraagformulier worden de aanvragers ervan in kennis gesteld dat zij bij een volgende reis een verzekering dienen te hebben afgesloten. Dit wordt bij binnenkomst echter niet gecontroleerd en er is geen bewijs dat aan de eis wordt voldaan.

– **Controle van de ziektekostenverzekering door consulaten**

Vanuit het oogpunt van de consulaten is het lastig en tijdrovend om te controleren of de gedetailleerde en zeer technische verzekeringspolissen daadwerkelijk de nodige dekkingsgaranties bieden. De uitdaging wordt nog vergroot omdat door de zeer ruime formulering van artikel 15 van de Visumcode geen snelle nalevingscontroles mogelijk zijn. De uitdaging in verband met de uitvoering van grondige controles komt ook tot uiting in de door de gezondheidssector gemelde problemen (zie hieronder).

Op sommige locaties hebben de EU-lidstaten, na de uitwisseling van informatie als bedoeld in artikel 48, lid 3, punt d), van de Visumcode, gezamenlijk een lijst opgesteld van "aanbevolen verzekeringsmaatschappijen" waarvan is gecontroleerd of de producten aan de eisen voldoen. Hierdoor wordt de beoordelingstaak voor iedereen gemakkelijker, maar dit is ook een poging om aanvragers een van de verzekeringen van de lijst te laten kiezen en zo het aantal verschillende aangeboden polissen te beperken. Op sommige locaties is het hebben van dergelijke lijsten een krachtig instrument gebleken, omdat verzekeringsmaatschappijen vragen om opgenomen te worden in de lijst (ook al kan dat niet formeel worden aangevraagd) en graag op de lijst willen blijven staan. Een lijst van "aanbevolen" verzekeringen kan aanvragers ook geruststellen dat zij naar behoren verzekerd zijn. Op de meeste locaties werd een dergelijke collectieve beoordeling onmogelijk geacht vanwege het aantal verzekeringen dat beschikbaar is, onder meer op het internet. Door de mededingingsregels kunnen verzekeringspolissen echter niet worden

[7] Toegestane verblijfsduur: het aantal dagen dat de visumhouder mag verblijven, bv. 30 dagen.
Geldigheidsduur van het visum: aan de toegestane verblijfsduur wordt een periode van 15 dagen toegevoegd om de visumhouder flexibiliteit te bieden bij het gebruik van het visum (plannen of vluchten kunnen veranderen enz.), wat betekent dat een persoon in het bezit kan zijn van een visum met een geldigheidsduur van 45 dagen voor een verblijf van 30 dagen. De medische reisverzekering moet geldig zijn voor de duur van 30 dagen.

afgewezen op grond van het feit dat zij niet op dergelijke lijsten van "aanbevolen" verzekeringen staan indien zij voldoen aan de criteria van de Visumcode.

– **Geen controle aan de buitengrenzen**

Zoals vermeld wordt het bezit van een verzekering niet gecontroleerd aan de buitengrenzen. Het wordt dus aan de goede trouw van de visumhouders overgelaten of zij bij het overschrijden van de buitengrens in het bezit zijn van een geldige verzekering die hun verblijfsduur dekt en of zij telkens wanneer zij met een meervoudig visum reizen (dat maximaal vijf jaar geldig kan zijn) aan de verplichting voldoen.

2. Door de gezondheidssector gemelde problemen

De Commissie heeft op dit gebied vooronderzoek verricht (2019-2020) door contact op te nemen met volksgezondheidsinstellingen en -agentschappen in de EU-lidstaten. De meeste verklaarden geen nader inzicht in het gebruik van verzekeringen te kunnen geven omdat dergelijke gegevens niet centraal worden verzameld. Desondanks werden de volgende tekortkomingen gemeld:

– Vaak ontbreekt financiële dekking, ofwel omdat er geen verzekering is afgesloten voor de duur van het verblijf, ofwel omdat deze vóór het einde van de behandeling is afgelopen (in het bijzonder indien het verblijf van de betrokkene wegens zijn of haar gezondheidstoestand moet worden verlengd), ofwel omdat de verzekerde deze vóór het einde van zijn of haar verblijf bewust heeft beëindigd.
– De dekking van de verzekering is ontoereikend, met name wanneer het vergoedingsplafond voor zorg zeer laag is. Daarnaast is er de kwestie van de dekking van planbare zorg (bv. zorg op een verpleegafdeling na behandeling op de spoedeisende hulp of wanneer verdere behandeling noodzakelijk is die geen verband houdt met de eerdere spoedbehandeling). Deze zorg wordt niet (volledig) door verzekeringspolissen gedekt.
– Verzekeringsmaatschappijen vergoeden kosten vaak niet vanwege uitsluitingsclausules of omdat een patiënt reeds een of meer medische aandoeningen heeft, d.w.z. een medische voorgeschiedenis waardoor de kans dat het gedekte risico zich voordoet, aanzienlijk wordt verhoogd.
– Er is sprake van onevenredige eisen voor vergoeding: sommige vergoedingen worden alleen uitgekeerd onder voorwaarden die niet verenigbaar zijn met het medisch beroepsgeheim (bv. verzoeken om medische verslagen vóór vergoeding).
– Patiënten kunnen niet worden getraceerd nadat zij zijn ontslagen en er doen zich problemen voor bij het contact opnemen met de verzekeringsmaatschappij in het buitenland. De patiënt deelt bijvoorbeeld zijn of haar verzekeringsgegevens mee aan het ziekenhuis, maar de zorgverleners krijgen geen antwoord van de verzekeringsmaatschappijen. Als er geen externe verzekeraar is die de kosten dekt, worden ziekenhuizen gedwongen de kosten rechtstreeks aan de patiënt in rekening te brengen, zonder garantie van betaling.
– De meeste ziekenhuizen hanteren een beleid waarbij vooraf een prijsindicatie wordt gegeven en vervolgens rechtstreeks aan de patiënt wordt gefactureerd. Dit is in noodgevallen uiteraard niet mogelijk.

– Vaak moeten patiënten langer blijven dan de geldigheidsduur van hun visum of naar een ander ziekenhuis worden overgebracht. In dergelijke gevallen weigeren verzekeringsmaatschappijen te betalen.
– Ook zijn er problemen wat betreft het niveau van de dekking, dat onvoldoende wordt geacht voor de dekking van vervolgbehandelingen en nazorg die gewoonlijk niet onder de verzekering vallen. Desondanks worden dergelijke behandelingen vaak uitgevoerd.

II. Resultaten van de enquête van 2020 over verzekeringen en gemaakte kosten

De EU-lidstaten werd verzocht "relevante […] gegevens over het gebruik van de […] medische reisverzekering door visumhouders gedurende hun verblijf op het grondgebied van de lidstaten, alsmede over kosten die door de nationale autoriteiten of verstrekkers van medische zorg voor visumhouders zijn gemaakt" te verstrekken op basis van de volgende vragen:

– *Hoe wordt gecontroleerd of visumhouders die tijdens hun verblijf een dringende medische behandeling moeten ondergaan, in het bezit zijn van een toereikende en geldige medische reisverzekering? Wat gebeurt er als dit niet het geval is?*
– *Welke gegevens worden verzameld over de aan houders van een visum voor kort verblijf verleende gezondheidszorg en over de verzekering die zij hebben?*
– *Welke organisatie is verantwoordelijk voor het verzamelen van deze gegevens?*
– *Wat is het beleid ten aanzien van onbetaalde rekeningen voor gezondheidszorg? Wordt er geprobeerd om dergelijke schulden in te vorderen? In hoeveel procent van de gevallen lukt het om onbetaalde medische rekeningen te innen bij patiënten of verzekeringsmaatschappijen?*
– *Wat is het (geschatte) totaalbedrag aan onbetaalde medische rekeningen van houders van een visum voor kort verblijf (2019)? Hoe verhoudt dit bedrag zich tot de onbetaalde medische rekeningen van andere categorieën niet-EU-onderdanen (visumvrije bezoekers; houders van een verblijfsvergunning of een visum voor lang verblijf)?*

De EU-lidstaten werd verzocht input te verzamelen van alle overheidsdiensten en belanghebbenden in hun land, waaronder gezondheidsautoriteiten, verzekeraars en zorgaanbieders.

1. Antwoorden van EU-lidstaten

Alle lidstaten van de EU-28, met uitzondering van één, en de geassocieerde Schengenlanden hebben geantwoord, hoewel de mate van informatieverstrekking in de antwoorden aanzienlijk verschilde. Door 16 respondenten was via verschillende overheidsinstanties onderzoek gedaan, maar de grondigheid van die onderzoeken loopt uiteen. De overige respondenten beperkten hun antwoord tot de verklaring dat er geen gegevens beschikbaar zijn.

Wat de inhoud van de antwoorden betreft, is het gemeenschappelijke kenmerk dat er over het algemeen geen geformaliseerde centrale gegevensverzameling plaatsvindt met betrekking tot aan onderdanen van niet-EU-landen verstrekte gezondheidszorg en dat er geen gegevens worden

verzameld op wettelijke basis van het verblijf van een bepaalde niet-EU-patiënt (bv. houder van een visum voor kort verblijf, "visumvrije" reiziger) wanneer hij of zij een medische behandeling krijgt. Sommige antwoorden bevatten een gedetailleerde beschrijving van de nationale organisatie van de gezondheidszorg en de invordering van betalingen, terwijl andere antwoorden zeer algemeen zijn. Sommige EU-lidstaten deelden specifieke cijfers over onbetaalde medische rekeningen van niet-EU-onderdanen. Door de berekeningsmethoden en de perioden waarop de cijfers betrekking hebben, is echter geen zinvolle vergelijking mogelijk.

– **Algemene garantie van dringende medische behandeling**

In het algemeen wordt door openbare ziekenhuizen in alle EU-lidstaten dringende medische zorg verstrekt aan iedereen, ongeacht de verblijfs- of visumstatus en het bezit van een ziektekostenverzekering. Daarnaast heeft een aantal EU-lidstaten met bepaalde "visumplichtige" niet-EU-landen een bilaterale overeenkomst inzake medische behandelingen gesloten, wat betekent dat de kosten van een behandeling waarschijnlijk worden gedekt voor visumhouders die onderdaan zijn van die landen, zelfs als zij niet in het bezit zijn van een verzekering.

– **Controle op het bezit van een verzekering door zorginstellingen**

Het afsluiten van een verzekering is geen voorwaarde voor het krijgen van een medische behandeling. De meeste EU-lidstaten merken echter op dat medische instellingen, afhankelijk van de toestand van de patiënt bij opname, vóór de behandeling een verzekering kunnen verlangen. Er is evenwel geen uniforme aanpak. In de meeste gevallen wordt de patiënt verzocht na de behandeling een bewijs van verzekering te leveren of de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis te betalen, of het ziekenhuis verhaalt de kosten op de verzekeraar.

Sommige medische instellingen van de EU-lidstaten eisen een aanbetaling van de patiënt (bv. bedragen van 300 EUR of minder), waardoor de verzekeringsvergoeding niet meer relevant is. Andere eisen dat elke niet-EU-ingezetene of, in voorkomend geval, een uitnodigende persoon/sponsor de behandeling rechtstreeks betaalt.

– **Gebrek aan gegevens om te bepalen of visumhouders hun verzekering gebruiken**

Bij het verzamelen van persoonsgegevens van patiënten kan ook informatie over hun nationaliteit worden verzameld. De verblijfsomstandigheden (d.w.z. of de betrokkene in het bezit is van een visum of een verblijfsvergunning) van behandelde personen worden niet centraal verzameld, maar kunnen in het ziekenhuis of op regionaal niveau worden bewaard. Sommige EU-lidstaten hebben ad-hoconderzoek gedaan naar niet-EU-onderdanen die een medische behandeling hebben ondergaan, maar zonder onderscheid te maken tussen verblijfsomstandigheden of dekking van bilaterale overeenkomsten inzake medische behandeling.

Drie EU-lidstaten hebben aangegeven dat aan de buitengrenzen steekproefcontroles worden uitgevoerd om na te gaan of visumhouders in het bezit zijn van een geldige verzekering. Een van de drie wijst erop dat het ontbreken van een verzekering kan leiden tot intrekking van het visum op grond van het feit dat niet langer aan een van de voorwaarden voor de afgifte van het visum wordt voldaan.

– **Invordering van onbetaalde medische rekeningen**

Geen enkele EU-lidstaat lijkt horizontale regels of richtsnoeren toe te passen voor de invordering van onbetaalde ziekenhuisrekeningen. Dit is onder andere het gevolg van de gedecentraliseerde opzet van de gezondheidszorg in de meeste EU-lidstaten, waardoor het aan de individuele instelling wordt overgelaten om haar eigen praktijken te bepalen.

Alle EU-lidstaten bevestigen dat invordering bij personen of verzekeringsmaatschappijen in het buitenland een grote uitdaging is (tijdrovend en duur).

In sommige EU-lidstaten bestaan nationale "herverzekeraars" in de vorm van openbare instanties onder het Ministerie van Volksgezondheid die de kosten van ziekenhuizen dekken wat betreft onbetaalde rekeningen, maar geen mogelijkheden hebben tot invordering bij de patiënt of de verzekeraar.

Verschillende EU-lidstaten geven schattingen van het percentage medische rekeningen voor de behandeling van buitenlandse onderdanen (zonder onderscheid naar nationaliteit) dat niet wordt betaald, die variëren van 10 % tot 60 %. Slechts één lidstaat heeft gegevens gedeeld over onbetaalde medische rekeningen specifiek van houders van een visum voor kort verblijf uit één regio van het land (65 %). Die EU-lidstaat geeft ook aan dat het percentage onbetaalde medische rekeningen van niet-EU-onderdanen die visumvrij (en zonder verzekering) naar de EU mogen reizen, 62 % bedraagt. Tegen deze achtergrond kan moeilijk worden beweerd dat de verplichting een werkelijk verschil maakt.

2. Huidige situatie: geen duidelijk beeld

Er bestaan aanzienlijke verschillen in de ervaringen tussen de EU-lidstaten, voornamelijk als gevolg van de verschillen in de gezondheidszorgstelsels. Dringende medische zorg wordt aan iedereen aangeboden en de dekking van de kosten is van ondergeschikt belang. In sommige EU-lidstaten worden medische behandelingen gedekt door bilaterale overeenkomsten inzake gezondheidszorg met niet-EU-landen, ongeacht of de betrokkene al dan niet verzekerd is. Situaties kunnen ook verschillen afhankelijk van of de gezondheidszorg plaatsvindt op grond van een particuliere commerciële "overeenkomst", rechtstreeks wordt verleend door overheidsinstanties of een combinatie van beide waarbij de staat de "herverzekeraar" is. De schattingen van de EU-lidstaten van de bedragen die onbetaalde medische rekeningen vertegenwoordigen, lopen sterk uiteen. Sommige EU-lidstaten zijn van oordeel dat het probleem onbeduidend is en stellen dat "visumhouders hun medische kosten betalen", zonder hiervan bewijs te leveren. Andere zijn van mening dat dit een punt van grote zorg is, waarbij zij erop wijzen dat de dekkingsdrempel van 30 000 EUR ontoereikend is.

Aangezien het bezit van een verzekering geen voorwaarde voor binnenkomst is en dus niet bij binnenkomst wordt gecontroleerd, is er geen bewijs dat visumhouders telkens wanneer zij reizen over de juiste verzekering beschikken.

Het verzamelen van precieze gegevens over onbetaalde rekeningen van houders van een visum voor kort verblijf is bovendien moeilijk en lijkt niet te gebeuren. Het blijft dus onbekend waarom

rekeningen (van niet-EU-onderdanen) niet worden betaald. Daarom moet er duidelijkheid komen over een aantal aspecten, zoals:

- Hoeveel procent van de houders van een visum voor kort verblijf die tijdens hun verblijf dringend een medische behandeling nodig hebben, bezit geen verzekering of is onvoldoende verzekerd?
- Kan een ontoereikende verzekeringsdekking worden verklaard door het feit dat in de huidige rechtsgrondslag niet duidelijk is aan welke eisen een verzekering moet voldoen?
- Is het niveau van dekking (30 000 EUR) te laag om alle kosten te dekken?
- Om welke redenen weigeren verzekeringsmaatschappijen de gemaakte medische kosten te vergoeden?
- Waarom gaan medische instellingen niet over tot invordering? Is dit te wijten aan het lage succespercentage of aan het feit dat de centrale autoriteiten uiteindelijk de schulden dekken?

Een bijkomend, maar belangrijk punt is dat er geen bewijs is dat visumplichtige niet-EU-onderdanen voor de gezondheidszorg andere problemen opleveren dan niet-EU-onderdanen die visumvrij naar de EU kunnen reizen[8] (zie hierboven). Het is dan ook zeer de vraag of de verschillende eisen die voor deze categorieën reizigers gelden, gerechtvaardigd zijn.

In hun antwoorden stellen sommige EU-lidstaten dat de verzekeringsplicht ook moet worden gezien als een middel om reizigers te beschermen wanneer zij tijdens hun verblijf dringende medische zorg nodig hebben. Dit zou echter voor alle niet-EU-onderdanen die naar de EU reizen moeten gelden.

3. Gevolgen van de COVID-19-pandemie

Door de COVID-19-pandemie en de daaruit voortvloeiende wereldwijde reisbeperkingen zijn de visumoperaties vanaf eind maart 2020 plotseling vrijwel volledig stopgezet en kon een groot aantal visumhouders die zich in EU-lidstaten bevonden, niet vertrekken voordat hun visum was verlopen. De pandemie heeft nog duidelijker gemaakt dat de doeltreffendheid van verzekering dringend moet worden geëvalueerd. De volgende vragen zijn aan de lidstaten gesteld:

- *Welke gevolgen heeft de huidige COVID-19-pandemie? Hebt u in deze periode veranderingen geconstateerd met betrekking tot onbetaalde zorgrekeningen? Als dergelijke gegevens nog niet beschikbaar zijn, dient u aan te geven wanneer deze gegevens wel beschikbaar zullen zijn.*
- *Welke bepalingen inzake ziektekostenverzekering en medische zorg zijn van toepassing op houders van een visum voor kort verblijf die als gevolg van de COVID-19-pandemie langer dan negentig dagen in het Schengengebied moeten blijven?*

[8] In 2019 werden ongeveer 15 miljoen visa voor kort verblijf afgegeven, waarvan meer dan 50 % een meervoudig visum betrof. Ter vergelijking werd in het verslag over de technische studie inzake slimme grenzen (*Technical Study on Smart Borders*) geconcludeerd dat de indicaties voor het verwachte verkeer aan de buitengrenzen in 2020 voor "visumvrije" niet-EU-onderdanen worden geraamd op 104 miljoen.

De antwoorden van de EU-lidstaten op deze vragen kwamen sterk met elkaar overeen: het is nog te vroeg om vast te stellen of de pandemie gevolgen heeft gehad, maar op grond van het lage aantal reizigers uit niet-EU-landen ("visumvrij" of "visumplichtig") wordt aangenomen dat er geen gevolgen zullen zijn. De meeste EU-lidstaten hebben onvrijwillige "verblijfsduuroverschrijders" niet verplicht om een verzekering af te sluiten voor hun verlengde verblijf. Eventuele spoedbehandelingen werden tijdens die periode toegestaan. Mensen die tijdens hun verlengde verblijf andere medische behandelingen nodig hebben, moeten de kosten zelf dragen.

In november 2020 zijn de EU-lidstaten weer begonnen met de verwerking van de lage aantallen visumaanvragen uit de hele wereld. Daarnaast is er een verzekeringsaspect naar voren gekomen dat rechtstreeks verband houdt met de COVID-19-pandemie. Uit steekproefcontroles die in april 2020 zijn uitgevoerd, blijkt dat verschillende grote verzekeringsmaatschappijen nu verzekeringspolissen aanbieden met specifieke bepalingen die medische kosten in verband met een epidemie of een pandemie van de dekking uitsluiten of slechts gedeeltelijk dekken. De consulaten van de EU-lidstaten hebben vergelijkbare trends gemeld.

III. Volgende stappen

Het beeld geeft geen uitsluitsel over de doeltreffendheid van de huidige verzekeringsplicht. Uit dit verslag blijkt dat er geen relevante en betrouwbare gegevens zijn aan de hand waarvan de Commissie de doeltreffendheid van de huidige regels volledig zou kunnen beoordelen. Er is echter volop bewijs van de uitdagingen voor de verschillende actoren bij de uitvoering van de maatregelen. De volgende conclusies kunnen reeds worden getrokken:

1) Er zijn geen aanwijzingen dat de huidige verzekeringsplicht voor een aanzienlijke ontlasting van de gezondheidszorgstelsels zorgt door de betaling van behandelingen te garanderen. Het probleem van onbetaalde rekeningen blijft namelijk bestaan. Daarnaast lijkt de invordering van onbetaalde ziekenhuisrekeningen een groot probleem te zijn, zelfs wanneer de patiënt op het moment van de behandeling in het bezit is van een verzekering.

2) De volgende zwakke punten kunnen worden vastgesteld in de opzet van de huidige verplichting:

   – het tijdstip waarop het bewijs moet worden overgelegd (bij het indienen van de visumaanvraag);

   – de algemene, onduidelijke en mogelijk verouderde regels inzake verzekeringsdekking, waardoor consulair personeel moeilijk kan controleren of de verzekering conform is;

   – wanneer de visumhouder de EU-grens oversteekt, wordt niet gecontroleerd of hij of zij daadwerkelijk in het bezit is van een verzekering.

3) Uit de door de EU-lidstaten verstrekte informatie blijkt dat het ontbreken van gelijkwaardige eisen voor visumvrije reizigers deel kan uitmaken van het probleem van onbetaalde ziekenhuisrekeningen, aangezien er geen bewijs is dat visumplichtige niet-

EU-onderdanen voor de gezondheidszorg andere problemen opleveren dan niet-EU-onderdanen die visumvrij naar de EU kunnen reizen.

Er kunnen verschillende opties voor vervolgmaatregelen worden overwogen:

- de huidige situatie aanvaarden zonder echt bewijs van voordelen voor de gezondheidszorgstelsels, ondanks de bekende problemen voor visumaanvragers, de uitdaging voor consulaten, de ingebedde structurele problemen en het gebrek aan beschikbare gegevens aan de hand waarvan kan worden beoordeeld of de verzekeringsplicht daadwerkelijk wordt toegepast zoals beoogd;

- erkennen dat de rechtsgrondslag achterhaald is (17 jaar geleden opgesteld) en moet worden verbeterd om ervoor te zorgen dat deze het beoogde doel dient, namelijk dat visumhouders tijdens hun verblijf in het bezit zijn van een toereikende verzekering, bijvoorbeeld door precieze poliseisen vast te stellen waarnaar verzekeraars uitdrukkelijk in hun polis moeten verwijzen ("gegarandeerde EU-minimumnorm voor medische reisverzekeringen"). Mogelijke bepalingen betreffen onder meer standaardbetalingsprocedures om de invordering van de kosten te waarborgen, de mogelijkheid om de dekking te verlengen als het verblijf wegens langdurige behandeling voortduurt nadat het visum is verlopen en de mogelijkheid van doorlopende dekking voor houders van een meervoudig visum ("pay as you go"). Met een "garantielabel" zouden, met name wanneer de visumprocedure volledig wordt gedigitaliseerd, de consulaten bovendien kunnen controleren of de verzekeringen van visumaanvragers aan de wettelijke eisen voldoen;

- erkennen dat visumplichtige en visumvrije niet-EU-onderdanen tijdens hun verblijf in de EU niet verschillend mogen worden behandeld vanwege de verzekeringsdekking en overwegen de verzekeringsplicht uit te breiden tot visumvrije reizigers, waarbij ervoor moet worden gezorgd dat de naleving op het juiste moment wordt gecontroleerd (d.w.z. wanneer er wordt gereisd).

Om duidelijkheid te krijgen over de doeltreffendheid van de verzekeringsplicht en over de eventuele noodzaak van een herziening van de rechtsgrondslag, is de Commissie voornemens, voortbouwend op dit verslag, een studie te starten om aanvullende gegevens te verzamelen.