COMISIA
EUROPEANĂ

Bruxelles, 2.3.2021
COM(2021) 92 final

RAPORT AL COMISIEI CĂTRE PARLAMENTUL EUROPEAN ȘI CONSILIU

privind utilizarea asigurării medicale de călătorie, în temeiul articolului 15 din Regulamentul (CE) nr. 810/2009, de către titularii de viză pe durata șederii lor în statele membre

RAPORT AL COMISIEI CĂTRE PARLAMENTUL EUROPEAN ȘI CONSILIU

privind utilizarea asigurării medicale de călătorie, în temeiul articolului 15 din Regulamentul (CE) nr. 810/2009, de către titularii de viză pe durata șederii lor în statele membre

I. Introducere

Începând cu 2004[1], solicitanții de viză de scurtă ședere trebuie să facă dovada faptului că dețin *„o asigurare medicală de călătorie corespunzătoare și valabilă”* pentru a acoperi tratamentul medical de urgență sau repatrierea din cauza unor probleme de sănătate neprevăzute în timpul șederii lor în statele membre ale UE. Decizia Consiliului de a aplica aceste norme la momentul respectiv nu a necesitat o evaluare a impactului și nu a fost efectuată nicio altă formă de analiză aprofundată a impactului măsurii. Fără modificări de fond, aceste dispoziții au fost integrate în articolul 15 din Codul de vize [Regulamentul (CE) nr. 810/2009][2].

Deși prezentarea unei asigurări medicale de călătorie adecvate (denumită în continuare „asigurarea”) este o condiție prealabilă pentru solicitarea unei vize de scurtă ședere, deținerea unei astfel de asigurări nu este o condiție de intrare[3] care face obiectul unui control la frontierele externe ale UE. Prin urmare, resortisanții țărilor terțe care nu sunt supuși obligației de a deține viză și viitorii solicitanți de autorizații ETIAS[4] nu sunt obligați să prezinte dovada deținerii unei asigurări atunci când călătoresc către UE. Acest lucru duce la o diferență de tratament între resortisanții țărilor terțe exonerați de obligația de a deține viză și cei care au obligația de a deține viză.

În propunerea sa din 2014 de reformare a Codului de vize, Comisia a propus renunțarea la obligația de asigurare. Propunerea a fost motivată de provocările practice legate de cerința de asigurare (a se vedea mai jos), de faptul că cerința de a deține o asigurare nu este verificată la frontierele externe și de faptul că sunt disponibile dovezi foarte limitate[5] cu privire la aplicarea efectivă a polițelor de asigurare. Consiliul a respins propunerea, care, dimpotrivă, s-a bucurat de sprijin din partea Parlamentului European. În cele din urmă, Comisia și-a retras propunerea de reformare în 2018.

---

[1] Decizia Consiliului din 22 decembrie 2003 de modificare a părții V punctul 1.4 din Instrucțiunile consulare comune și a părții I punctul 4.1.2 din Manualul comun pentru includerea asigurării medicale de călătorie printre documentele justificative necesare pentru obținerea unei vize uniforme (2004/17/CE), JO L 5, 9.1.2004, p. 79.

[2] Regulamentul (CE) nr. 810/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 13 iulie 2009 privind instituirea unui Cod comunitar de vize (Codul de vize), JO L 243, 15.9.2009, p. 1.

[3] Articolul 6 alineatul (1) din Regulamentul (UE) 2016/399 al Parlamentului European și al Consiliului din 9 martie 2016 cu privire la Codul Uniunii privind regimul de trecere a frontierelor de către persoane (Codul Frontierelor Schengen), JO L 77, 23.3.2016, p. 1.

[4] Sistemul european de informații și de autorizare privind călătoriile
Regulamentul (UE) 2018/1240 al Parlamentului European și al Consiliului din 12 septembrie 2018 de instituire a Sistemului european de informații și de autorizare privind călătoriile (ETIAS) și de modificare a Regulamentelor (UE) nr. 1077/2011, (UE) nr. 515/2014, (UE) 2016/399, (UE) 2016/1624 și (UE) 2017/2226, JO L 236, 19.9.2018, p. 1.

[5] SWD (2014) 101 final.

În propunerea sa privind o revizuire specifică a Codului de vize în 2018, Comisia nu a propus nicio modificare a dispozițiilor privind asigurările. Parlamentul European și Consiliul au convenit să încredințeze Comisiei sarcina de a elabora un raport pentru a verifica eficacitatea acestei măsuri. În temeiul articolului 2 alineatul (3) din Regulamentul (UE) 2019/1155 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 810/2009[6], Comisia întocmește un raport care urmează să fie transmis Parlamentului European și Consiliului pe baza *„datelor disponibile relevante privind utilizarea asigurării medicale de călătorie de către titularii de viză pe durata șederii lor pe teritoriul statelor membre, precum și costurile suportate de autoritățile naționale sau de furnizorii de servicii medicale pentru titularii de viză”*, furnizate de statele membre.

În conformitate cu această dispoziție, prezentul raport prezintă provocările (dintre care unele au fost documentate anterior) în ceea ce privește obligația de asigurare, conține un rezumat general al răspunsurilor statelor membre ale UE, inclusiv cu privire la posibilul impact al pandemiei de COVID-19 și sugerează următoarele etape.

1. Provocări legate procedura de acordare a vizelor și absența controalelor la frontieră

Deși obținerea unei asigurări nu pare a fi problematică pentru solicitanți, analizele anterioare, discuțiile frecvente din cadrul Comitetului pentru vize și din cadrul cooperării locale Schengen au arătat că cerința de asigurare ridică probleme în mai multe alte privințe.

– Temeiul juridic

În temeiul articolului 15 din Codul de vize, solicitanții trebuie să facă dovada că dețin o asigurare *„corespunzătoare și valabilă care acoperă toate cheltuielile pe care le-ar putea ocaziona repatrierea pe motive medicale, tratamentele medicale de urgență și/sau spitalizarea de urgență sau decesul, pe durata șederii lor pe teritoriul statelor membre.”* Solicitanții de viză cu intrări multiple trebuie să prezinte o astfel de dovadă pentru prima lor ședere preconizată. La depunerea cererii, persoana în cauză este informată, prin semnarea formularului de cerere, cu privire la necesitatea de a deține o asigurare pentru orice ședere viitoare.

Asigurarea trebuie să acopere perioada de ședere a titularului vizei pe teritoriul statelor membre ale UE. Acoperirea minimă este de 30 000 EUR (nivelul stabilit în 2004), iar creanțele trebuie să fie recuperabile într-un stat membru al UE.

– Termenul de prezentare a asigurării

Solicitantul trebuie să prezinte asigurarea atunci când solicită viză. Prin urmare, solicitanții trebuie să prezinte o asigurare care să acopere perioada preconizată de ședere înainte de a ști dacă și pentru cât timp va fi eliberată viza. În plus, unele consulate insistă, în mod eronat, asupra faptului că asigurarea trebuie să acopere întreaga perioadă de valabilitate[7] a vizei. Unele

[6] Regulamentul (UE) 2019/1155 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 iunie 2019 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 810/2009 privind instituirea unui Cod comunitar de vize (Codul de vize), JO L 188, 12.7.2019, p. 25.

[7] Perioada de ședere autorizată: numărul de zile de ședere la care are dreptul titularul vizei, de exemplu 30 de zile. Perioada de valabilitate a vizei: se adaugă o perioadă de 15 zile la perioada de ședere autorizată pentru a oferi o anumită flexibilitate titularului în utilizarea vizei (planurile sau zborurile pot suferi modificări etc.), ceea ce

consulate decid cu privire la durata de valabilitate a vizei pe baza valabilității asigurării prezentate, ceea ce nu a fost intenția legiuitorilor.

Unele companii de asigurări permit anularea ulterioară a polițelor de asigurare. Deși această măsură este în beneficiul persoanelor a căror solicitare a fost respinsă și care, în caz contrar, ar fi pierdut banii cheltuiți pentru asigurare, ea reprezintă, de asemenea, un mijloc de a eluda cerința odată ce viza a fost acordată.

Solicitanții trebuie să prezinte dovada asigurării pentru prima ședere preconizată dacă solicită o viză cu intrări multiple cu o perioadă lungă de valabilitate sau sunt eligibili pentru o astfel de viză. Prin semnarea formularului de cerere, solicitanții sunt informați că trebuie să dețină o asigurare pentru călătoriile ulterioare. Acest lucru nu este verificat la intrare și nu există nicio dovadă că cerința este respectată.

- **Controalele efectuate de consulate cu privire la asigurarea medicală**

Din perspectiva consulatelor, este dificil și necesită timp să se verifice dacă polițele de asigurare detaliate și foarte tehnice oferă efectiv garanțiile necesare de acoperire. Dificultatea este cu atât mai mare cu cât formularea foarte largă a articolului 15 din Codul de vize nu permite verificări rapide ale conformității. Problemele semnalate de sectorul sănătății (a se vedea mai jos) reflectă, de asemenea, dificultatea de a efectua verificări amănunțite.

În unele cazuri, statele membre ale UE au întocmit împreună, în urma schimbului de informații prevăzut la articolul 48 alineatul (3) litera (d) din Codul de vize, o listă de „companii de asigurări recomandate” ale căror produse au fost verificate pentru a atesta faptul că respectă cerințele. Pe lângă faptul că facilitează sarcina de evaluare pentru toți actorii implicați, aceasta este, de asemenea, o modalitate de a-i incita pe solicitanți să aleagă una dintre asigurările incluse pe listă și, prin urmare, de a limita numărul de polițe diferite prezentate. În unele state membre, aceste liste s-au dovedit a fi un instrument puternic, întrucât companiile de asigurări solicită să fie incluse (chiar dacă nu se are în vedere o astfel de cerere oficială) și doresc să rămână pe listă. O listă de asigurări „recomandate” poate, de asemenea, să le ofere solicitanților garanția că sunt asigurați în mod corespunzător. În majoritatea statelor membre, o astfel de evaluare colectivă a fost considerată imposibilă din cauza numărului de polițe de asigurare disponibile, inclusiv pe internet. Acestea fiind spuse, normele în materie de concurență împiedică respingerea polițelor de asigurare pe motiv că nu se află pe astfel de liste de asigurări „recomandate” dacă îndeplinesc criteriile prevăzute în Codul de vize.

- **Lipsa verificărilor la frontierele externe**

După cum s-a menționat, deținerea unei polițe de asigurare nu este verificată la frontierele externe. Prin urmare, depinde de buna-credință a titularilor de viză deținerea unei asigurări valabile care să acopere perioada lor de ședere atunci când traversează frontiera externă și respectarea acestei cerințe de fiecare dată când călătoresc cu o viză cu intrări multiple (care poate fi valabilă până la cinci ani).

înseamnă că o persoană poate deține o viză valabilă timp de 45 de zile, care permite o ședere de 30 de zile. Asigurarea medicală de călătorie trebuie să acopere o perioadă de 30 de zile.

2. Dificultăți semnalate de sectorul sănătății

Comisia a efectuat cercetări preliminare (2019-2020) pe această temă contactând instituțiile și agențiile din domeniul sănătății publice din statele membre ale UE. Majoritatea au declarat că nu sunt în măsură să ofere informații suplimentare cu privire la utilizarea asigurărilor, întrucât astfel de date nu sunt colectate la nivel central. Acestea fiind spuse, au fost semnalate următoarele lacune:

- absența frecventă a acoperirii financiare, fie pentru că nu a fost încheiată nicio asigurare pe durata ședерii, fie pentru că aceasta a expirat înainte de încheierea tratamentului (în special dacă șederea persoanelor a trebuit să fie prelungită din cauza stării lor de sănătate), fie pentru că a fost reziliată cu bună știință de către persoana asigurată înainte de încheierea ședерii sale;
- acoperirea insuficientă a asigurării, în special atunci când plafonul de rambursare pentru îngrijire este foarte scăzut. Există, de asemenea, o problemă de acoperire pentru îngrijirile care pot fi programate (de exemplu, îngrijirea medicală în secție în urma tratamentului la serviciul de urgență sau în cazul în care este necesar un tratament suplimentar nerelaționat în urma tratamentului de urgență). Aceste îngrijiri medicale nu sunt acoperite (integral) de polițele de asigurare;
- în general, companiile de asigurări nu rambursează costurile din cauza clauzelor de excludere sau din cauza faptului că un pacient are o afecțiune (afecțiuni) medicală (medicale) preexistentă (preexistente), și anume antecedente medicale care măresc considerabil probabilitatea ca riscul acoperit să apară;
- cerințe disproporționate pentru rambursare: unele rambursări sunt subordonate unor condiții care nu sunt compatibile cu secretul medical (de exemplu, cererile de rapoarte medicale înainte de acordarea unei rambursări);
- imposibilitatea de a urmări pacienții după ieșirea lor din spital și dificultățile întâmpinate în contactarea companiei de asigurări din străinătate. De exemplu, pacientul comunică spitalului coordonatele sale de asigurare, dar furnizorii de servicii medicale nu primesc răspunsuri de la companiile de asigurări. În lipsa unui asigurător terț care să acopere costurile, spitalele sunt obligate să factureze costurile direct pacientului, fără garanția plății;
- majoritatea spitalelor au o politică de indicare anticipată a prețului și de facturare ulterioară direct către pacient. Evident, acest lucru nu poate fi realizat în cazuri de urgență;
- adesea, pacienții trebuie să rămână mai mult decât perioada de valabilitate a vizei sau să fie transferați către un alt spital. În astfel de cazuri, companiile de asigurări refuză să plătească;
- există, de asemenea, probleme în ceea ce privește nivelul acoperirii, considerat ca fiind insuficient pentru a acoperi tratamentele și îngrijirile ulterioare care, de obicei, nu sunt acoperite niciodată. Cu toate acestea, astfel de tratamente sunt adesea efectuate.

II. Rezultatele sondajului din 2020 privind asigurările și costurile suportate

Statele membre ale UE au fost invitate să furnizeze *„date relevante privind utilizarea asigurării medicale de călătorie de către titularii de viză în timpul șederii lor pe teritoriul statelor membre, precum și costurile suportate de autoritățile naționale sau de furnizorii de servicii medicale pentru titularii de viză”*, pe baza următoarelor întrebări:

- *Cum se verifică faptul că titularii de viză care necesită tratament medical de urgență pe durata șederii lor dispun de o asigurare medicală de călătorie adecvată și valabilă? Ce se întâmplă în caz contrar?*
- *Ce date sunt colectate cu privire la asistența medicală acordată titularilor de vize de scurtă ședere și la asigurarea pe care o dețin?*
- *Care este organismul responsabil cu colectarea acestor date?*
- *Care este politica privind facturile neplătite pentru asistență medicală? Se încearcă recuperarea unor astfel de sume neplătite? Care este rata de recuperare efectivă a facturilor medicale neplătite de la pacienți sau de la companiile de asigurări?*
- *Care este cuantumul total (estimat) al facturilor medicale neplătite de titularii de viză de scurtă ședere (în 2019)? Unde se situează această sumă în raport cu facturile medicale neplătite de alte categorii de resortisanți ai unor țări terțe (vizitatori scutiți de viză; persoane care dețin permise de ședere sau vize de lungă ședere)?*

Statele membre ale UE au fost invitate să colecteze informații de la ansamblul administrațiilor publice și al părților interesate din țara lor, inclusiv autoritățile sanitare, organismele de asigurări și furnizorii de servicii medicale.

1. Răspunsurile statelor membre ale UE

Toate statele membre ale UE-28, cu excepția unuia, și statele asociate spațiului Schengen au răspuns la sondaj, deși informațiile comunicate variază considerabil. 16 respondenți au efectuat investigații prin intermediul diverselor organisme guvernamentale, însă gradul de precizie al investigațiilor variază. Restul respondenților s-au limitat la a declara că „nu sunt disponibile date”.

În ceea ce privește conținutul răspunsurilor, trăsătura comună este aceea că, în general, nu există o colectare centralizată oficială de date privind asistența medicală acordată resortisanților țărilor terțe și nu sunt colectate date privind temeiul juridic al șederii unui anumit pacient resortisant al unei țări terțe (de exemplu, titular al unei vizei de scurtă ședere, călător „scutit de viză”) atunci când acesta primește tratament medical. Unele răspunsuri oferă o descriere detaliată a organizării naționale a asistenței medicale și a recuperării plăților, în timp ce altele oferă răspunsuri foarte generale. Unele state membre ale UE au comunicat cifre specifice privind facturile medicale neplătite de către resortisanții țărilor terțe, dar metodele de calcul și perioadele acoperite nu permit nicio comparație semnificativă.

- **Garanția generală a tratamentului medical de urgență**

În general, spitalele publice din toate statele membre ale UE oferă tratament medical de urgență pentru toate persoanele, indiferent dacă au sau nu statutul de rezident, dețin o viză sau o asigurare medicală. În plus, o serie de state membre ale UE au încheiat acorduri bilaterale cu anumite țări terțe supuse obligației de viză cu privire la tratamentul medical, ceea ce înseamnă că este probabil ca costul oricărui tratament să fie acoperit pentru titularii de viză care sunt resortisanți ai țărilor respective, chiar dacă aceștia nu dețin o asigurare.

- **Verificarea deținerii unei asigurări efectuată de către instituțiile sanitare**

Deținerea unei asigurări nu este o condiție prealabilă pentru a beneficia de tratament medical. Cu toate acestea, majoritatea statelor membre ale UE observă că, în funcție de starea pacientului la internare, instituțiile medicale pot solicita o asigurare înainte de administrarea unui tratament, dar nu există o abordare uniformă. În majoritatea cazurilor, pacientului i se cere să prezinte o astfel de dovadă după tratament sau să plătească direct spitalul. Acesta din urmă poate trimite ulterior factura asigurătorului.

Instituțiile medicale din unele state membre ale UE solicită pacientului un acont (de exemplu, 300 EUR sau mai puțin), ceea ce face ca recuperarea asigurării să fie irelevantă. Altele impun tuturor rezidenților din afara UE sau, dacă este cazul, persoanei care face invitația/își ia angajamentul de luare în întreținere, să plătească tratamentul în mod direct.

- **Date insuficiente pentru a stabili dacă titularii de viză își utilizează asigurarea**

Atunci când se colectează date cu caracter personal ale pacienților, se pot colecta, de asemenea, informații privind naționalitatea acestora. Condițiile de ședere (și anume deținerea unei vize sau a unui permis de ședere) pentru persoanele care au fost tratate nu sunt colectate la nivel central, ci pot fi păstrate în cadrul spitalului sau la nivel regional. Unele state membre ale UE au efectuat anchete ad-hoc cu privire la resortisanții țărilor terțe care au beneficiat de tratament medical, dar fără a face distincție între condițiile de ședere sau acoperirea acordurilor bilaterale privind tratamentul medical.

Trei state membre ale UE au indicat că se efectuează controale aleatorii la frontierele externe pentru a verifica dacă titularii de viză dețin o asigurare valabilă. Unul dintre acestea indică faptul că absența unei polițe de asigurare poate conduce la revocarea vizei pe motiv că una dintre condițiile de acordare a vizei nu mai este îndeplinită.

- **Recuperarea facturilor medicale neplătite**

Niciun stat membru al UE nu pare să aplice norme sau orientări transversale privind recuperarea facturilor de spitalizare neplătite. Această tendință se explică, de asemenea, prin descentralizarea asistenței medicale în majoritatea statelor membre ale UE, care permite fiecărei instituții să își stabilească propria practică.

Toate statele membre ale UE confirmă că recuperarea de la persoane fizice sau de la companiile de asigurări din străinătate este extrem de dificilă (necesită timp și este costisitoare).

În unele state membre ale UE, există „reasigurători” naționali sub forma unor agenții publice din cadrul Ministerului Sănătății care acoperă costurile suportate de spitale pentru facturile neplătite, dar nu au niciun mijloc de a solicita o rambursare din partea pacientului sau a asigurătorului.

Mai multe state membre ale UE indică estimări ale facturilor medicale neplătite pentru tratarea resortisanților străini (fără deosebire de naționalitate) care variază de la 10 % la 60 %, dar numai un singur stat membru a comunicat date privind facturile medicale neplătite, în special de către titularii de viză de scurtă ședere, într-o regiune a țării (65 %). Statul membru respectiv indică, de asemenea, că rata facturilor medicale neplătite pentru resortisanții țărilor terțe care pot călători fără viză (și fără asigurare) în UE este de 62 %. În acest context, este dificil să se afirme că cerința aduce o schimbare reală.

2. Situația actuală: nu există o imagine clară

Situația variază considerabil între statele membre ale UE, în principal din cauza diferențelor dintre sistemele de sănătate. Tratamentul medical de urgență este oferit în mod universal, iar acoperirea costurilor este o chestiune secundară. În unele state membre ale UE, acordurile bilaterale privind asistența medicală încheiate cu țări din afara UE acoperă tratamentul medical, indiferent dacă persoana în cauză deține sau nu asigurare. Situațiile diferă, de asemenea, în funcție de acordarea sau nu a asistenței medicale în cadrul unui „contract” privat comercial, acordarea acesteia în mod direct de către instituții de stat sau ambele situații, în cazul în care statul este „reasigurătorul”. Estimările statelor membre privind sumele reprezentate de facturile medicale neplătite variază considerabil. Unele state membre ale UE consideră că problema este nesemnificativă, afirmând că „titularii de viză își plătesc cheltuielile medicale”, fără a furniza dovezi. Altele consideră că este vorba despre un subiect preocupare major, subliniind că pragul de acoperire de 30 000 EUR este insuficient.

Întrucât deținerea unei asigurări nu este o condiție de intrare și, prin urmare, nu este verificată la intrare, nu există nicio dovadă că titularii de viză dețin asigurarea corespunzătoare de fiecare dată când călătoresc.

În plus, colectarea de date precise privind facturile neplătite de către titularii de viză de scurtă ședere este dificilă și pare inexistentă. Prin urmare, motivele pentru facturile neplătite (generate de resortisanții țărilor terțe) rămân necunoscute și sunt necesare clarificări cu privire la o serie de aspecte, cum ar fi:

- Care este proporția titularilor de viză de scurtă ședere care au nevoie de tratament medical de urgență pe durata șederii lor și care nu dețin nicio asigurare sau dețin o asigurare insuficientă?
- Asigurarea insuficientă poate fi explicată prin faptul că temeiul juridic actual nu precizează în mod clar cerințele pentru ca o asigurare să fie considerată adecvată?
- Este nivelul de acoperire (30 000 EUR) prea scăzut pentru a acoperi toate costurile?

- Care sunt motivele pentru care companiile de asigurări refuză să acopere costurile medicale suportate?
- De ce nu încearcă instituțiile medicale să obțină plata? Această tendință se explică prin rata scăzută de recuperare efectivă sau faptul că, în cele din urmă, autoritățile centrale acoperă sumele datorate?

O altă problemă semnificativă este că nu există nicio dovadă că resortisanții țărilor terțe care au nevoie de viză prezintă probleme diferite în ceea ce privește asistența medicală în comparație cu resortisanții țărilor terțe care pot intra în UE fără viză[8] (a se vedea mai sus). Prin urmare, este foarte discutabil dacă diferențele în ceea ce privește obligațiile dintre aceste categorii de călători sunt justificate.

În răspunsurile lor, unele state membre ale UE susțin că obligația de asigurare ar trebui privită, de asemenea, ca un mijloc de protecție a călătorilor în cazul în care aceștia ar avea nevoie de tratament medical de urgență pe durata ședерii lor. Cu toate acestea, această preocupare ar trebui să se aplice tuturor resortisanților țărilor terțe care intră pe teritoriul UE.

3. Impactul pandemiei de COVID-19

Pandemia de COVID-19 și restricțiile de călătorie la nivel mondial care au urmat au oprit brusc și aproape complet operațiunile de acordare a vizelor începând cu sfârșitul lunii martie 2020 și un număr mare de titulari de viză prezenți în statele membre ale UE nu au putut părăsi teritoriul înainte de data expirării vizei lor. Pandemia a evidențiat și mai mult necesitatea stringentă de a evalua eficacitatea asigurărilor și au fost adresate următoarele întrebări statelor membre:

- *Care este impactul actualei pandemii de COVID-19? Ați observat vreo modificare în ceea ce privește facturile de asistență medicală neplătite în această perioadă? Dacă aceste date nu sunt încă disponibile, vă rugăm să indicați când vor fi disponibile.*
- *Care sunt dispozițiile privind asigurarea de sănătate și asistența medicală care se aplică titularilor de vize de scurtă ședere care trebuie să rămână în spațiul Schengen mai mult de 90 de zile din cauza pandemiei de COVID-19?*

Răspunsurile statelor membre ale UE la aceste întrebări au fost foarte asemănătoare: este prea devreme pentru a stabili dacă pandemia a avut un impact, dar numărul mic de călători resortisanți ai țărilor terțe („scutiți de viză” sau „supuși obligației de a deține viză”) sugerează că nu va exista niciun impact. Majoritatea statelor membre ale UE nu au solicitat persoanelor care au depășit în mod involuntar durata autorizată a sejurului să încheie o asigurare pentru prelungirea ședерii lor și îngrijirile de urgență au fost acordate în perioada respectivă. Persoanele care au nevoie de alte tipuri de tratament medical pe durata ședерii lor prelungite trebuie să își acopere singure costurile aferente.

[8] În 2019, au fost eliberate aproximativ 15 milioane de vize de scurtă ședere, dintre care peste 50 % erau vize cu intrări multiple. Prin comparație, raportul referitor la „Studiul tehnic privind frontierele inteligente” a concluzionat că indicațiile privind traficul preconizat la frontierele externe în 2020 pentru resortisanții țărilor terțe care pot călători fără viză ar fi de 104 milioane.

În noiembrie 2020, statele membre ale UE au reînceput să prelucreze cererile de viză depuse în număr redus în întreaga lume și a apărut un aspect referitor la asigurări legat în mod direct de pandemia de COVID-19. Controalele la fața locului efectuate în aprilie 2020 arată că mai multe companii de asigurări importante oferă în prezent polițe de asigurare care conțin clauze specifice ce exclud de la acoperire costurile medicale legate de o epidemie sau de o pandemie sau care le acoperă doar parțial. Tendințe similare au fost raportate și de consulatele statelor membre ale UE.

III. Etapele **următoare**

Imaginea nu este concludentă în ceea ce privește eficiența obligației actuale în materie de asigurare. Prezentul raport arată faptul că lipsesc date relevante și solide care ar permite Comisiei să evalueze pe deplin eficiența normelor actuale. Cu toate acestea, există numeroase dovezi privind dificultățile cu care se confruntă diferiți actori în punerea în aplicare a măsurilor. Se pot formula deja următoarele concluzii:

1) nu există dovezi care să sugereze că actuala obligație de asigurare oferă un sprijin semnificativ pentru sistemele de sănătate prin asigurarea plății tratamentului, deoarece problema facturilor neplătite persistă. În plus, recuperarea facturilor de spitalizare neplătite pare a fi o problemă considerabilă, chiar și în cazurile în care pacientul deține o asigurare la momentul tratamentului.

2) pot fi identificate următoarele deficiențe în ceea ce privește modul în care este concepută obligația actuală:

   - momentul prezentării documentelor justificative (la depunerea cererii de viză);
   - normele generale, neclare și, posibil, depășite privind acoperirea asigurării, care îngreunează, prin urmare, verificarea de către personalul consular a faptului că asigurarea este conformă;
   - deținerea efectivă a unei asigurări nu este verificată atunci când titularul de viză traversează frontiera UE.

3) informațiile furnizate de statele membre ale UE indică faptul că absența unor cerințe echivalente pentru călătorii scutiți de obligația de a deține viză ar putea explica parțial problema facturilor de spitalizare neplătite, întrucât nu există nicio dovadă că resortisanții țărilor terțe care au nevoie de viză prezintă probleme diferite în ceea ce privește asistența medicală în comparație cu resortisanții țărilor terțe care pot intra în UE fără viză.

Ar putea fi avute în vedere mai multe opțiuni pentru măsurile ulterioare:

- acceptarea situației actuale fără nicio dovadă reală a faptului că este benefică pentru sistemele de sănătate, în pofida problemelor cunoscute cu care se confruntă solicitanții de viză, a dificultăților semnalate de consulate, a problemelor structurale integrate și a lipsei de date disponibile care ar permite să se evalueze dacă obligația de asigurare este aplicată efectiv conform planificării;
- recunoașterea faptului că temeiul juridic (elaborat în urmă cu 17 ani) este depășit și trebuie îmbunătățit pentru a se asigura că acesta este adecvat scopului urmărit, și anume

ca titularii de viză să dețină o asigurare adecvată pe durata șederii lor, de exemplu prin definirea unor cerințe precise de asigurare pe care asigurătorii trebuie să le menționeze în mod explicit în polița lor („standardul minim garantat pentru asigurarea medicală de călătorie în UE”). Dispozițiile ar putea include proceduri de plată standard pentru a asigura recuperarea costurilor; posibilitatea unei acoperiri extinse în cazul șederilor care depășesc data de expirare a vizei din cauza unui tratament prelungit; și posibilitatea unei acoperiri continue pentru titularii de vize cu intrări multiple (plată pe serviciu medical - *„pay as you go”*). O „etichetă de garanție” ar putea, de asemenea, în special atunci când procedura de acordare a vizei devine complet digitalizată, să le permită consulatelor să verifice dacă polițele de asigurare prezentate de solicitanții de viză respectă cerințele legale;

– recunoașterea faptului că nu ar trebui să existe un tratament diferit între resortisanții țărilor terțe care au obligația de a deține viză și cei scutiți de obligația de a deține viză în ceea ce privește acoperirea asigurării pe durata șederii lor în UE și luarea în considerare a extinderii obligației de asigurare la călătorii scutiți de obligația de a deține viză, garantând, în același timp, faptul că respectarea acestei obligații este verificată la momentul oportun (și anume, atunci când are loc călătoria).

Pentru a avea o imagine mai clară privind eficacitatea obligației de asigurare și eventuala necesitate a unei revizuiri a temeiului juridic, Comisia intenționează, pe baza prezentului raport, să realizeze un studiu pentru a colecta date suplimentare.