

369.22:369.042-057.56+614.2(478)

SĂNĂTATEA MUNCITORILOR MIGRANȚI ȘI FINANȚAREA SISTEMULUI MEDICAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Conf. univ. dr. Eduard ȚUGUI, USPEE
eduard.tugui@yahoo.com

Prof. univ. dr. hab. Angela SECRIERU, ASEM
angelasecrieru@yahoo.com

Studiul scoate în evidență problema încadrării muncitorilor migranți în schema de contribuție financiară la sistemul medical din Republica Moldova. Dreptul la sănătate a muncitorilor migranți devine un subiect actual pentru o lume interconectată, în care sute de milioane de muncitori sunt angajați în afara țărilor de origine. Pandemia COVID-19 a resuscitat interesul pentru serviciile medicale oferite muncitorilor migranți, dar interesul este privit, preponderent, din perspectiva statelor-gazdă a migranților, nu a statelor de origine. Cercetarea finanțării sistemului medical, prin prisma antrenării muncitorilor migranți vine să contribuie la modificarea și completarea unor acte normative referitoare la economia sănătății cu teze raportate de includerea migranților în sistemele de sănătate a țărilor de origine și, în același timp, vizează formularea recomandărilor de eficientizare a finanțării sistemului medical din Republica Moldova și asigurării dreptății sociale.

Cuvinte-cheie: *muncitori migranți, sisteme medicale, funcția de producție a sănătății, finanțe publice, asigurări medicale.*

JEL: H12, H51, I13, I18.

Introducere

Pandemia COVID-19 reactualizează relația dintre finanțele publice, drepturile economice și cele sociale, implicit dreptul la muncă și dreptul la sănătate, definitivitate în legislațiile naționale și în Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale

369.22:369.042-057.56+614.2(478)

HEALTHCARE OF MIGRANT WORKERS AND HEALTH SYSTEM FINANCING IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Assoc. Prof. PhD Eduard TUGUI, USPEE
eduard.tugui@yahoo.com

Prof. Hab. Dr. Angela SECRIERU,
ASEM angelasecrieru@yahoo.com

The study highlights the issue of including migrant workers in the financial contribution scheme to the health system in the Republic of Moldova. The right to healthcare of migrant workers is becoming a topical issue for an interconnected world in which hundreds of millions of workers are employed outside their countries of origin. The COVID-19 pandemic has revived interest in medical services for migrant workers, but academic interest is seen predominantly from the perspective of migrant host states, not countries of origin. The research of the medical system financing, by including migrant workers, contributes to the modification and completion of normative acts regarding the health economy with theses related to the inclusion of migrants in the health systems of the countries of origin and, at the same time financing the medical system in the Republic of Moldova and ensuring social justice.

Keywords: *migrant workers, healthcare systems, health production function, public finances, health insurance.*

JEL: H12, H51, I13, I18.

Introduction

The COVID-19 pandemic updates the relationship between public finances and economic and social rights, including the right to work and the right to health, as outlined in national legislation and the International Covenant on Economic, Social and Cultural

și culturale¹. Creșterea mobilității internaționale a forței de muncă, în condițiile globalizării, este tot mai mult înțeleasă prin prisma asigurării medicale pentru muncitorii migranți în țările-gazdă și dreptul la sănătate al acestora. Dar, din moment ce muncitorii migranți au reprezentat unul dintre mecanismele de transmitere a coronavirusului de tip nou în toată lumea, generând cea mai virulentă pandemie de după „gripa spaniolă”, în urmă cu un secol, iar revenirea masivă acasă a muncitorilor sezonieri și circulanți a pus presiune suplimentară pe sistemele naționale de îngrijire a sănătății, dreptul la sănătate a acestor categorii sociale devine crucial și pentru țările de origine.

Insuficienta preocupare, în literatura de specialitate, față de sănătatea muncitorilor migranți în țările de origine s-a concretizat în elaborarea și implementarea unor politici din domeniul sănătății publice, care fac abstracție de acoperirea cu servicii medicale a unui număr mare de cetățeni, în multe zone ale lumii. Pandemia COVID-19 a pus, pentru prima dată, serios problema asigurării medicale a muncitorilor sezonieri și circulanți est-europeni, care sunt angajați (legal sau ilegal) în economiile vest-europene și care au venit în timpul crizei să beneficieze de tratament (gratuit, în cazul infecției cu noul coronavirus) din țările de origine.

Dispoziția nr. 10 din 31 martie 2020 a Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova, prevede, printre altele:

- Începând cu 01 aprilie 2020, în perioada stării de urgență, cetățenii Republicii Moldova și străinii cu permis de ședere pe teritoriul Republicii Moldova, care intenționează să traverseze frontiera de stat pe sensul de intrare în Republica Moldova și nu dețin statut de persoană asigurată în sistemul Asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), vor achita

Rights¹. The wide spreading international labour mobility in the conditions of globalization is increasingly perceived in terms of health insurance for migrant workers in host countries and their right to healthcare. Since migrant workers have been one of the mechanisms of transmitting the new type of coronavirus worldwide, generating the most virulent pandemic since the “Spanish flu” a century ago, and the massive return home of seasonal and circulating workers has put more pressure to national health care systems, the right to healthcare of these social categories also becomes crucial for countries of origin.

Deficient concern in the academic literature for the health of migrant workers in countries of origin has resulted in the development and implementation of public health policies that ignore the coverage of a large number of citizens in many parts of the world. The COVID-19 pandemic has for the first time seriously raised the issue of health insurance for seasonal workers and workers in Eastern Europe, who are employed (legally or illegally) in Western European economies and who came during the crisis to receive treatment (free of charge, in case of infection with the new coronavirus) in the countries of origin.

Provision no. 10 of March 31, 2020 of the Commission for Exceptional Situations of the Republic of Moldova, provides:

- Starting with April 1, 2020, during the state of emergency, citizens of the Republic of Moldova and foreigners with a residence permit on the territory of the Republic of Moldova, who intend to cross the state border to enter the Republic of Moldova and do not have the status of insured person compulsory health care, will pay the compulsory health insurance in a fixed amount.

¹ Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale. Adoptat și deschis spre semnare de Adunarea Generală a Națiunilor Unite, la 16 decembrie 1966, prin Rezoluția 2200 A (XXI). Intrat în vigoare la 3 ianuarie 1976. Ratificat prin Hotărârea Parlamentului Republicii Moldova nr. 217-XII din 28.07.1990./ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature by the United Nations General Assembly on 16 December 1966 by Resolution 2200 A (XXI). Entered into effect on January 3, 1976. Ratified by Decision of the Parliament of the Republic of Moldova no. 217-XII of 28.07.1990.

prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.

- Persoanele ce intenționează să traverseze frontiera de stat, pe calea aeriană, pe sensul de intrare în Republica Moldova, vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, în sumă fixă, inclusiv prin intermediul sistemului guvernamental Mpay.
- Persoanele ce traversează frontiera de stat, pe calea terestră pe sensul de intrare în Republica Moldova, vor completa și semna, în mod obligatoriu, Declarația pe propria răspundere privind obligația achitării, în termen de 72 de ore, a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anul 2020.

Reprezentând, în fond, reacții neașteptate și întârziate la o problemă socială latentă, demersurile autorităților publice încalcă normele constituționale² și sunt contrare cadrului legal existent în domeniul asigurării medicale obligatorii, care face scutiri de la plata obligatorie pentru anumite categorii sociale și pe care Dispoziția nr.10, din 31 martie 2020, a Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova nu le prevede. În plus, dispoziția și măsurile conexe nu au reușit să-i determine pe toți muncitorii întorși acasă să-și procure polița obligatorie de asigurări medicale, în lipsa unor mecanisme eficiente de monitorizare și control al achiziționării polițelor.

Pornind de la realitatea că sistemul medical din Republica Moldova este cronic subfinanțat și de la convingerea că plățile obligatorii de asistență medicală sunt importante pentru finanțele publice, dar cruciale pentru coeziunea socială, studiul formulează o serie de recomandări relevante pentru eficiențizarea finanțării sistemului medical autohton și încearcă, în același timp, să extindă arealul de cercetare a economiei sănătății.

- Persons intending to cross the state border by air on the way to enter the Republic of Moldova will pay the compulsory health insurance, in a fixed amount, through the governmental Mpay system.
- Persons crossing the state border by land on the way to enter the Republic of Moldova, will complete and sign, mandatorily, the Statement of Own Responsibility regarding the obligation to pay within 72 hours the compulsory health insurance for 2020.

Mainly representing unexpected and delayed reactions to a latent social problem, the actions of the public authorities violate the constitutional norms² and are contrary to the existing legal framework in the context of compulsory health insurance, which exempts from compulsory payment certain social categories and which Provision no.10 of March 31, 2020 of the Commission for Exceptional Situations of the Republic of Moldova does not provide for them. Moreover, the provision and related measures failed to cause all returning workers to purchase the compulsory health insurance policy, in the absence of effective mechanisms for monitoring and controlling the purchase of policies.

Considering the reality that the healthcare system in the Republic of Moldova is inveterately underfunded and from the conviction that mandatory health care payments are important for public finances but crucial for social cohesion, the study develops a series of relevant recommendations for contouring efficiently the financing of the local healthcare system and tries to extend the research area of health economy.

The basic hypothesis – including migrant and circulating workers in the system of compulsory health insurance is *a priori* an approach of social justice and only *a posteriori* an action of financial sustainability of the medical system in the Republic of Moldova.

² Cel puțin art. 27 (2) din Constituția Republicii Moldova, care prevede că: „Oricărui cetățean al Republicii Moldova îi este asigurat dreptul de a-și stabili domiciliul sau reședința în orice localitate din țară, de a ieși, de a emigra și de a reveni în țară”./ Art. 27 (2) of the Constitution of the Republic of Moldova, which states that: “Every citizen of the Republic of Moldova is guaranteed the right to establish his domicile or habitual residence anywhere in the country, to leave, emigrate and return to the country”.

Ipoteza de bază – antrenarea muncitorilor migranți și circulanți în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este *a priori* un demers de dreptate socială și doar *a posteriori* un demers de sustenabilitate financiară a sistemului medical din Republica Moldova.

Cadrul teoretic și metode aplicate

Teoria economică a dezvoltat, între timp, o ramură distinctă – economia sănătății, care studiază funcționarea sistemelor de sănătate, de rând cu factorii și comportamentele, care afectează sănătatea. Articulația economiei sănătății este un proces dinamic, care începe odată cu cea de a V-a Adunare Mondială a Sănătății din 1951, în cadrul căreia, la nivelul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), s-a discutat „importanța economică a medicinei preventive” [18], proces care este exprimat academic într-un articol semnat de către Kenneth Arrow în 1963. Deși Arrow, unul dintre cei mai mari economiști ai secolului XX și laureat al Premiului Nobel în Economie, anul 1972, menționa în acel articol din *American Economic Review* că studiul vizează „industria medicală” și nu „sănătatea” [3], articolul este adesea specificat în categoria celor care au contribuit la nașterea economiei sănătății ca disciplină.

Economia sănătății și-a însușit metodologia microeconomiei neoclasice și s-a arătat preocupată de eficiență, eficacitate, valoare și comportament în producția și consumul de servicii medicale. Printre particularitățile, care disting economia sănătății de alte domenii, se includ intervenția guvernamentală extinsă, incertitudinea și asimetria informației recunoscută, practic, de către toate școlile de gândire economică, și prezența unui agent terț – medicul [5; 16].

Relevant pentru prezentul studiu este faptul, că economiștii din domeniul sănătății s-au aplecat asupra eficienței diferitelor sisteme de sănătate din perspectiva finanțării acestor sisteme, evaluând diferitele tipuri de sisteme de sănătate, pornind de la funcția neoclastică a producției (figura 1).

Literature review and methods applied

The economic theory has developed over time a distinct branch – healthcare economics, that studies the functioning of health systems, along with the factors and behaviours that affect health. The emphasis of the health economy is a dynamic process that begins with the Fifth World Health Assembly in 1951, at which the World Health Organization (WHO) discussed the “economic importance of preventive medicine” [18], a process that is academically expressed in an article signed by Kenneth Arrow in 1963. Although Arrow, one of the greatest economists of the twentieth century and Nobel Laureate in Economy in 1972, mentioned in that article in the *American Economic Review* that the study was about the “medical industry” and not “health” [3], the article is often specified in the category of those that contributed to the birth of the healthcare economics as a discipline.

Healthcare economics has acquired the methodology of neoclassical micro-economics and has been concerned with efficiency, effectiveness, value and behaviour in the production and consumption of medical services. Among the peculiarities that distinguish healthcare economics from other fields are extensive government intervention, uncertainty and instability of information, recognized by almost all schools of economic thinking, and the presence of a third agent – the doctor [5; 16].

Relevant to the respective study is the fact that healthcare economists have focused on the efficiency of different health systems from the perspective of financing these systems, evaluating the different types of health systems starting from the neoclassical function of production (figure 1).

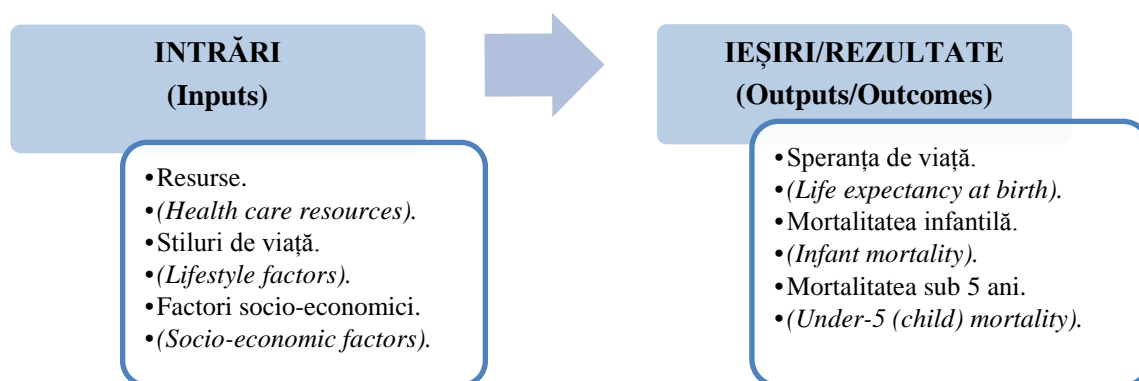


Figura 1. Structura funcției de producție a sănătății/

Figure 1. Structure of health production-function

Sursa: adaptată de autori în baza [1]/ Source: developed by the authors based on [1]

În acest context, relația cauzală dintre intrări și ieșiri/rezultate, în sistemele de sănătate, este studiată, tot mai mult, în literatura de specialitate, dar concluziile sunt, de cele mai multe ori, diferite. Pe de o parte, există autori, care constată o legătură slabă sau insignifiantă între cheltuielile din domeniul sănătății și rezultatele măsurate prin cei trei indicatori menționați în figura 1 [9; 10]. Pe de altă parte, s-au înregistrat tot mai multe studii empirice, care constată o relație cauzală pozitivă între finanțarea sistemelor de sănătate și rezultatele existente în diferite state, exprimate prin speranța de viață, mortalitatea infantilă și mortalitatea la copiii cu vârsta de sub 5 ani [2; 8; 11].

Deși își extinde arealul de cercetare, implicit sub diferite aspecte ale analizei financiare și relației cu piața forței de muncă, economia sănătății este, deocamdată, limitată metodologic de decuplarea „sistemelor naționale de sănătate” de categorii mai extinse, ca „sănătatea globală” sau „sănătatea regională/continentală”. Aceste limite teoretice sunt relevante nu doar pentru globalizarea/regionalizarea, pe care o parcurge ciclic economia mondială, dar devin și mai importante în contextul unor pandemii globale, cum este cazul COVID-19. În mod particular, este insuficient cercetată relația dintre sistemele de sănătate, finanțarea acestora și mobilitatea internațională a forței de muncă, în condițiile globalizării și/sau ale proiectelor integraționiste regionale/continentale. Puținele studii existente cercetează accesul la serviciile medicale al muncitorilor migranți, preponderent, din perspectiva statelor-gazdă, nu a țărilor de origine

In this context, the causal relationship between inputs and outputs/outcomes in health systems is increasingly studied in the literature, but the conclusions are often different. On the one hand, there are authors who find a weak or insignificant link between health expenditure and the results measured by the three indicators mentioned in figure 1 [9; 10]. On the other hand, there are more and more empirical studies that find a positive causal relationship between the financing of health systems and the results in different states, expressed by life expectancy, infant mortality and mortality in children under 5 years [2; 8; 11].

Although it expands its research area, implicitly under various aspects of financial analysis and the relationship with the labour market, the health economy is, for the time being, methodologically limited by decoupling “national health systems” from broader categories, such as “global health” or “regional/continental health”. These theoretical limits are relevant not only for the globalization/regionalization that the world economy is going through cyclically, but they are becoming even more important in the context of global pandemics, such as the COVID-19 case. In particular, the relationship between health systems, their financing and international labour mobility, in the conditions of globalization and/or regional/continental integration projects, is insufficiently researched. The few existing studies examine the access to health services of migrant workers mainly from the perspective of host states, not of the countries of origin of these workers and are

ale acestor muncitori și sunt mai puțin focalizate pe mobilitatea forței de muncă în procesul de integrare europeană [13; 15; 17].

În Republica Moldova, economia sănătății, deocamdată, constituie un domeniu mai puțin cercetat, în timp ce marea parte a cercetărilor realizate vin mai curând din domeniul medicinei, care încearcă să gestioneze sistemul medical, în condițiile economiei de piață, și mai puțin din punct de vedere economic. Astfel, o serie de cercetări sunt axate pe conceptualizarea economiei sănătății și pe managementul în sănătate, iar specialiștii, când cercetează sistemul de asigurări medicale obligatorii, nu acordă suficient spațiu și pentru cele câteva sute de mii de muncitori, care au emigrat din țară [6; 7].

Prin raportarea finanțării sistemului de sănătate din Republica Moldova la cetățenii angajați în afara hotarelor țării, care au revenit acasă în timpul pandemiei COVID-19, prezentul studiu încearcă nu doar să răspundă unei provocări existente în sistemul medical autohton, dar și să acopere o breșă teoretică existentă în economia sănătății. Pentru aceasta, sunt realizate următoarele etape de cercetare: sunt definiți factorii care au condus la creșterea costurilor din sistemele de sănătate la nivel global; este elucidată relația cauzală dintre finanțare (input) și rezultate (output) în domeniul sănătății și, anume, a speranței de viață la naștere; sunt evidențiate diferitele modele ale sistemelor de sănătate și ale mecanismelor de finanțare conexe; sunt analizate veniturile și cheltuielile sistemului medical din Republica Moldova; sunt calculate potențialele venituri în mărime fixă, colectate de la muncitorii migranți și discutate măsurile complementare de venituri.

În perioada de realizare a studiului s-a recurs la paradigma metodologiei mixte de cercetare, care presupune combinația dintre metodele cantitative și cele calitative. Astfel, au fost utilizate:

- *Analiza cantitativă a documentelor* – cercetarea studiilor și documentelor existente, colectarea datelor statistice relevante;
- *Metoda comparativă* – compararea diferitelor sisteme de sănătate prin prisma finanțării și a datelor cu privire la diferiți indicatori statistici;
- *Metoda diacronică* – descrierea evoluției datelor cu privire la persoanele asigurate

less focused on labour mobility in the process of European integration [13; 15; 17].

In the Republic of Moldova, the health-care economics is still a less researched field, while most of the research is more in the field of medicine, which tries to manage the medical system under market conditions, and less from the economic point of view. Thus, a series of researches are focused on the conceptualization of the health economics and on health management, and when researching the compulsory health insurance system, it does not provide enough space for the several hundred thousand workers who emigrated from the country [6; 7].

By reporting the financing of the health system in the Republic of Moldova to citizens employed abroad who returned home during the COVID-19 pandemic, this study seeks not only to address a challenge in the domestic healthcare system, but also to cover an existing theoretical gap in health economics. For this, the following research stages are carried out: the factors that led to the increase of costs with global health systems are defined; the causal relationship between funding (input) and outcomes (output) in the field of health, namely life expectancy at birth, is elucidated; the different models of health systems and related funding mechanisms are highlighted; the incomes and expenses of the medical system from the Republic of Moldova are analysed; the potential income collected from migrant workers is calculated and complementary income measures are discussed.

The study involved using the paradigm of mixed research methodology, which involves the combination of quantitative and qualitative methods. Thus, the following methods were used:

- *The quantitative analysis of documents* – research of existing studies and documents, collection of relevant statistical data;
- *The comparative method* – used for comparing different health systems in terms of funding and data on different statistical indicators;
- *The diachronic method* – used in describing the evolution of data on insured persons and financial indicators of the compulsory health insurance system in the Republic of Moldova.

și indicatorii financiari ai sistemului de asigurare medicală obligatorie din Republica Moldova.

Rezultate și discuții

Sănătatea a devenit una dintre valorile fundamentale ale civilizației contemporane, în timp ce dreptul la sănătate a devenit parte a jurisprudenței internaționale și naționale. Calitatea serviciilor medicale este esențială pentru sănătatea cetățenilor și, în consecință, pentru creșterea speranței de viață peste tot în lume, care a ajuns la 72 de ani la nivel global [18]. Provocarea majoră a sistemelor naționale de sănătate, la începutul secolului XXI, este reprezentată de faptul că resursele limitate, tradiționala preocupare a economiei, se conjugă cu creșterea exponențială a costurilor în domeniul îngrijirii sănătății.

Literatura economică specializată definește șapte factori, care stau la baza creșterii costurilor în domeniul îngrijirii sănătății: informația (consumatorul educat); prețul (intensitatea competențelor/calificărilor); inovația (tehnologizarea); structura (stimulentele); stilul de viață (abuzul); standardele de viață (pretențiile crescute de calitate); demografia (îmbătrânirea populației).

Results and discussions

Health has become one of the fundamental values of modern civilization, while the right to health has become part of international and national jurisprudence. The quality of healthcare services is essential for the health of citizens and, as a consequence, for increasing life expectancy worldwide, which has reached 72 years globally [18]. The major challenge for national health systems at the beginning of the 21st century is that limited resources, the traditional concern of the economy, are combined with the exponential increase in healthcare costs.

The specialized economic literature defines seven factors that underlie the increases of costs in the field of health care: information (educated consumer); price (intensity of skills/qualifications); innovation (technology); structure (incentives); lifestyle (abuse); living standards (high quality claims); demography (ageing population).

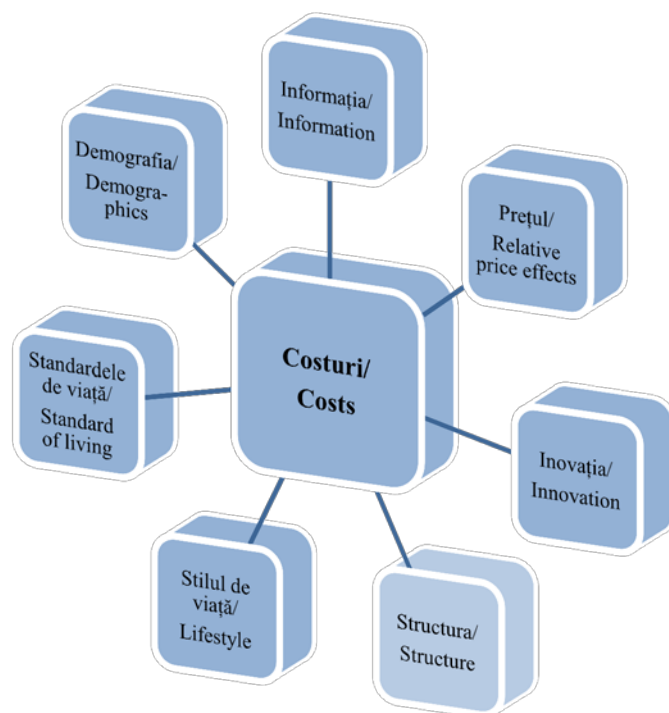


Figura 2. Factorii care au contribuit la creșterea costurilor pentru îngrijirea sănătății/

Figure 2. Major contributors to the growth of health care costs

Sursa: elaborată în baza [14]/ Source: developed based on [14]

Creșterea costurilor, concomitent cu asigurarea accentuată a drepturilor economice și sociale în statele cu un nivel de bunăstare ridicat, a condus la creșterea cheltuielilor din sănătate raportate la Produsul Intern Brut (PIB) și în valori absolute, inițial, în economiile dezvoltate și, treptat, în restul lumii. Datele statistice pentru anul 2017 denotă că cheltuielile globale pentru ocrotirea sănătății s-au cifrat la 7,8 trilioane USD [19, p.11]. Totodată, cheltuielile raportate la PIB, care constituiau 5,8% din PIB, în anul 1970, în Statele pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE), au ajuns la cca 17% în SUA și peste 11% în Franța, în timp ce media pentru Uniunea Europeană reprezenta 9,6%. Există, deocamdată, diferențe substanțiale în diferite state ale lumii, în funcție de cheltuielile pentru ocrotirea sănătății raportate la PIB, inclusiv în interiorul Uniunii Europene, deși diferențele sunt înregistrate și mai mari în valori absolute, care măsoară cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor. Astfel, Franța și Germania au suportat cheltuieli mai mult decât duble comparativ cu România sau Republica Moldova, unde acestea constituie 5,2%, respectiv, 4,4% din PIB (figura 3).

Increasing costs, along with ensuring economic and social rights in welfare states with “powerful governments”, have led to increased health spending compared to GDP and in absolute values, initially in developed economies and gradually in the rest of the world. Statistical data for 2017 show that global healthcare expenditures amounted to USD 7.8 trillion [19, p.11]. At the same time, GDP-related expenditures, which accounted for 5.8% of GDP in 1970 in the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries, reached about 17% in the USA and over 11% in France, while the average for the European Union was 9.6%. There are however substantial divergences in different countries around the world depending on the expenditure on health care compared to GDP, including within the European Union, although the differences are even greater in absolute values, which measure health expenditure per capita. Thus, France or Germany have more than double expenditures compared to Romania or the Republic of Moldova, where they constitute 5.2% and, respectively 4.4% of GDP (figure 3).

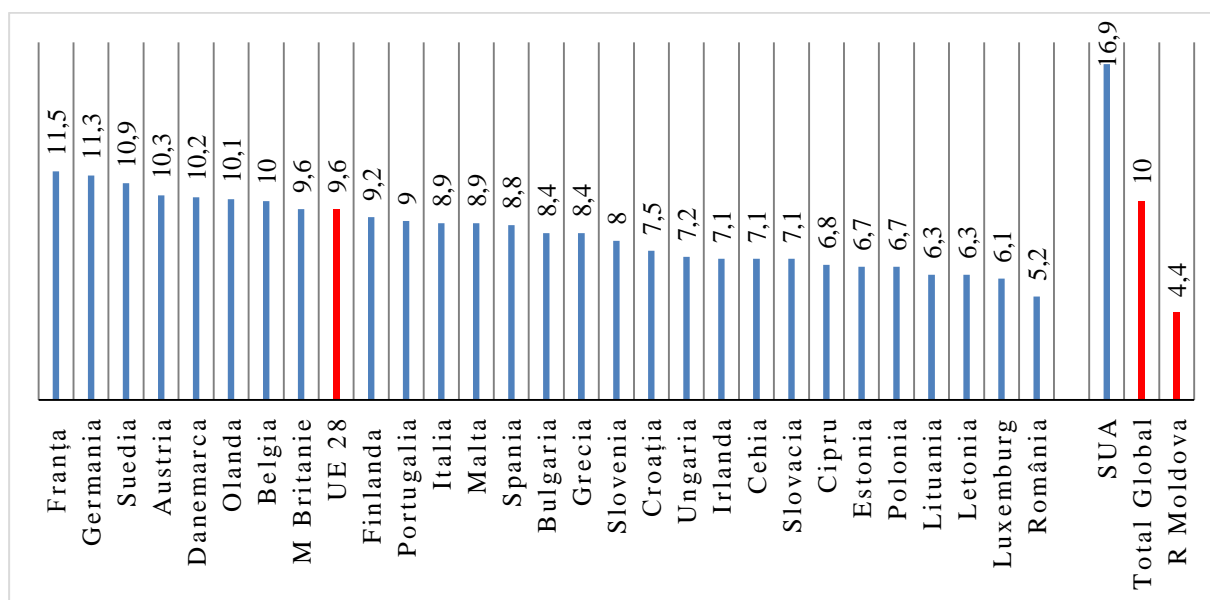


Figura 3. Cheltuielile pentru Ocrotirea Sănătății, 2017 (în % din PIB)/
Figure 3. Healthcare Expenditure, 2017 (% of GDP)

Sursa: elaborată în baza OCED Health Statistics 2018; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database/ Source: developed based on OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database

Creșterea cheltuielilor privind sănătatea, la nivelul întregii lumi, a presupus și creșterea speranței de viață la nivel global, conform datelor din figura 4. Astfel, raportarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății, la nivel național și global, la indicatorii de rezultat, în termenii structurii funcției de producție a sănătății, exprimă relația cauzală pozitivă dintre finanțarea sănătății și rezultatele exprimate în indicatori, precum mortalitatea infantilă sau speranța de viață. Chiar dacă relația cauzală pozitivă este mult mai evidentă în cazul cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor, faptul că România și Republica Moldova, care înregistrează cele mai mici cheltuieli raportate la PIB, dintre țările europene, incluse în analiza comparativă, acestea sunt și statele cu cea mai mică speranță de viață, realitate ce poate fi explicat prin cauzalitatea expusă mai sus.

The increase in health expenditures in the whole world has also meant an increase in global life expectancy, according to the data in figure 4. Thus, the report of national and global health expenditures to outcome indicators, in terms of the structure of the production function of the world expresses the positive causal relationship between health funding and the results expressed in indicators such as infant mortality and life expectancy. Even if the positive causal relationship is much more obvious in the case of per capita health expenditures, the fact that Romania and the Republic of Moldova have the lowest expenditures compared to GDP among European countries included in the comparative analysis, and are also the countries with the lowest life expectancy can be explained by the above mentioned causality.

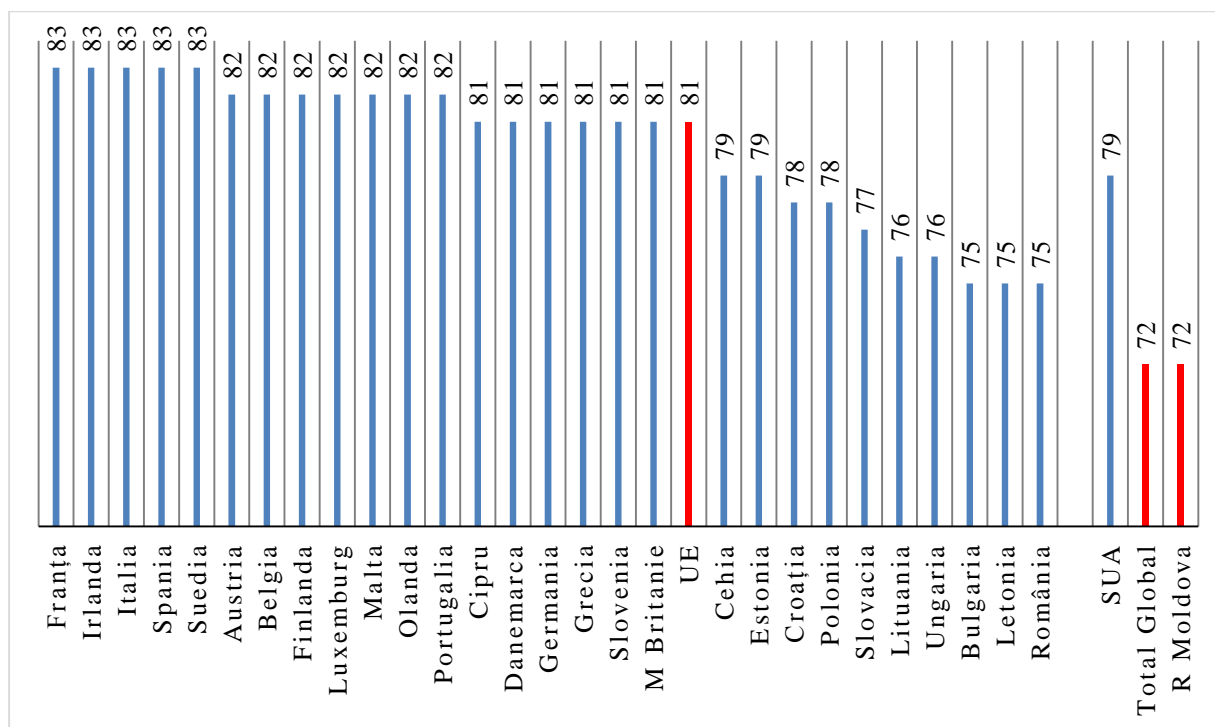


Figura 4. Speranța de viață la naștere, 2019/

Figure 4. Life expectancy at birth, 2019

Sursa: elaborată în baza [19]/ Source: developed based on [19]

În toată lumea, finanțarea sănătății a generat și modele diferite ale sistemelor naționale de sănătate. Astfel, în timp, s-au prefigurat patru modele de bază ale sistemului

Healthcare funding around the world has also generated different models of national healthcare systems. Consequently, four basic models of national healthcare were established

național de sănătate, care au dezvoltat mecanisme diferite de finanțare, precum: modelul Beveridge, introdus în Marea Britanie în 1948 și preluat, ulterior, de Spania, țările scandinave, Noua Zeelandă, Hong Kong; modelul Bismarck, introdus în Germania la sfârșitul sec. XIX și preluat, ulterior, de Franța, Belgia, Țările de Jos, Japonia, Elveția, și într-o anumită măsură de țările din America Latină; modelul național de asigurări, practicat preponderent în Canada, Taiwan, Coreea de Sud; modelul de asigurări private, existent în SUA. Fiecare dintre modele dispune de mecanisme diferite de finanțare (figura 5).

over time, which developed different funding mechanisms: the Beveridge model, introduced in Great Britain in 1948 and later taken over by Spain, the Scandinavian countries, New Zealand, Hong Kong; the Bismarck model, introduced in Germany at the end of the century. XIX and subsequently taken over by France, Belgium, the Netherlands, Japan, Switzerland, and to some extent by Latin American countries; the national insurance model, practiced mainly in Canada, Taiwan, South Korea; the private insurance model, existing in the USA. Each of the models has different funding mechanisms (figure 5).

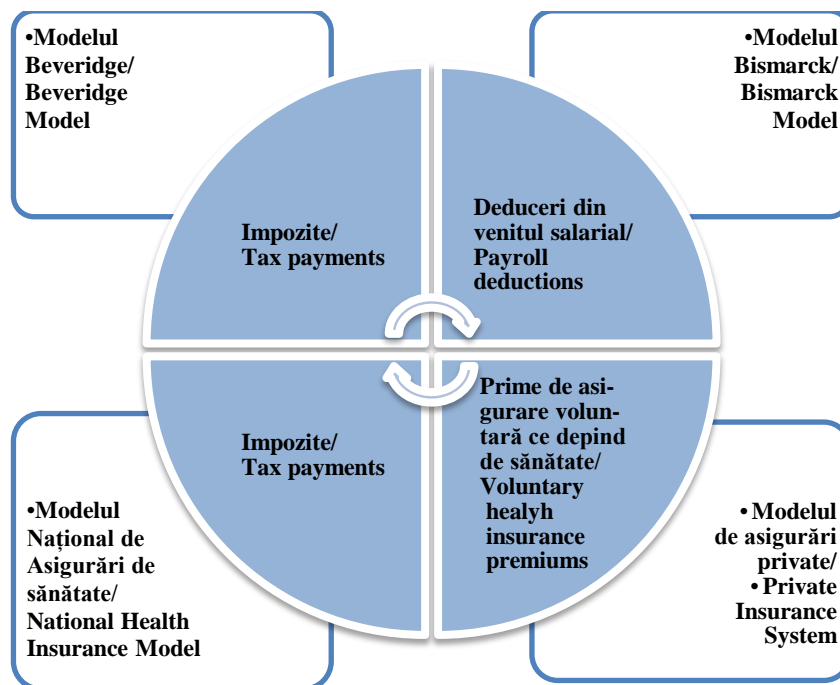


Figura 5. Modele de sisteme de îngrijire a sănătății/

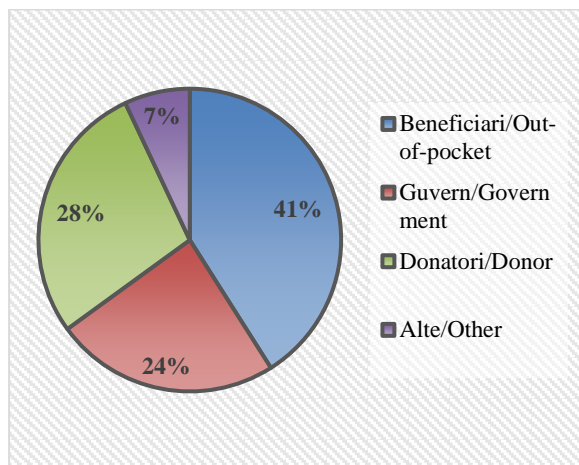
Figure 5. Models of Healthcare Systems

Sursa: elaborată în baza [12]/ Source: developed based on [12]

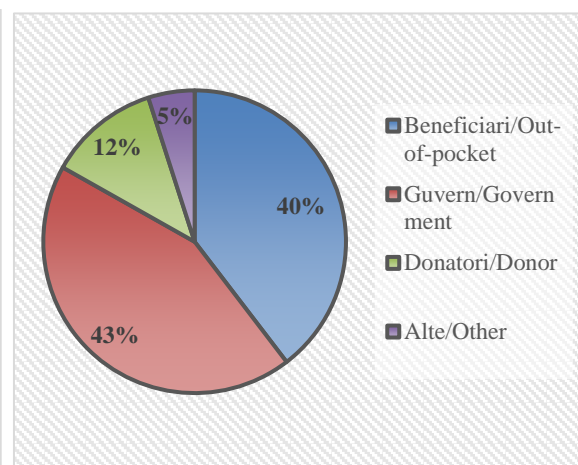
Dincolo de valoarea cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății și a modelelor sistemelor medicale, dar în strânsă corelare cu acestea, sursele de finanțare a domeniului sănătății în diferitele state ale lumii sunt la fel de relevante pentru eficiența și sustenabilitatea sistemului. Sursele de finanțare a sănătății diferă și mai mult în funcție de dezvoltarea socio-economică a statelor (figura 6).

Beyond the value of healthcare expenditures and models of healthcare systems, but in interdependent correlation with them, the sources of health funding in different countries of the world are equally relevant to the efficiency and sustainability of the system. Sources of health financing differ significantly depending on the socio-economic development of the states (figure 6).

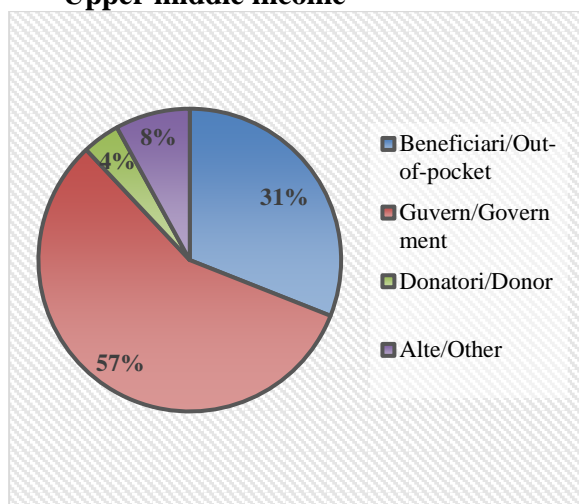
6.a. Venituri joase/ Low income



6.b. Venituri sub medie/ Lower middle income



6.c. Venituri peste medie/ Upper middle income



6.d. Venituri înalte/ High income

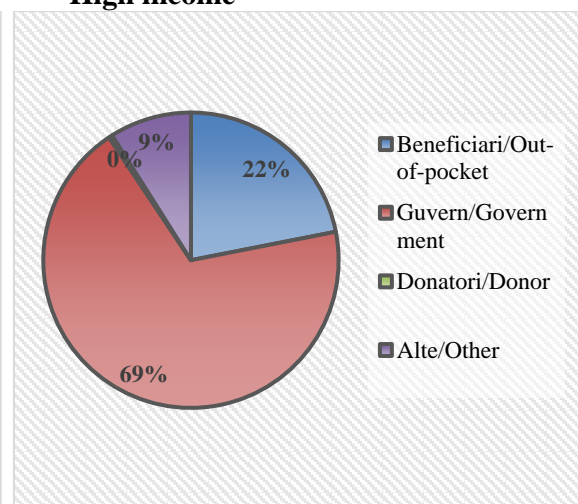


Figura 6. Sursa de finanțare a sănătății în funcție de veniturile țărilor/ Figure 6. Source of health funding depending on the income of the countries

Sursa: elaborată în baza [20, p.9]/ Source: elaborated based on [20, p.9]

Tranziția la economia de piață, în Republica Moldova, a fost asociată și cu reforma sistemului medical, de la sistemul național al sănătății de tip planificat, la modelul Bismark. Complexitatea problemelor existente în sistemul medical din Republica Moldova, asociate cu reformele incoerente, slaba dotare tehnică, lipsa cadrelor medicale calificate sau corupția cronică, depășesc obiectul de cercetare al prezentului studiu. Relevante pentru prezenta cercetare sunt doar sustenabilitatea financiară, care determină, în mare măsură, celelalte probleme ale sistemului medical autohton, corelată cu dreptul la sănătate al muncitorilor migranți.

The transition to market economy in the Republic of Moldova was also associated with the reform of the healthcare system, from the planned national health system to the Bismark model. The complexity of the problems existing in the healthcare system of the Republic of Moldova, associated with incoherent reforms, poor technical equipment, lack of qualified medical staff and acute corruption, go beyond the research object of this study. Relevant for the present research are only the financial sustainability, which largely determines the other problems of the local healthcare system, correlated with the right to health of migrant workers.

Modelul Bismarck se finanțează, preponderent, prin prime obligatorii de asigurări medicale. Cadrul legal din Republica Moldova stabilește condițiile de funcționare a acestui model și prevede mecanismele de finanțare a acestuia. Astfel, Legea nr. 411/1995 referitor la ocrotirea sănătății prevede că mijloacele financiare ale instituțiilor medico-sanitare publice provin din fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală, din sursele bugetare, din servicii prestate contra plată, din donații, granturi și sponsorizări, din alte resurse financiare permise de legislație.

Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală definește această asigurare ca pe „un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune)”. Primele de asigurare obligatorie reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care asiguratul este obligat să le plătească asiguratorului – Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM). Totodată, Legea prevede că Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală fac parte integrantă din bugetul public național și se administrează independent de alte bugete componente ale bugetului public național.

Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărirea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală stabilește cadrul juridic pentru determinarea mărimii, modului și termenelor de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în fondurile constituite și gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină [21, art.1]. În acest context, Legea stipulează categoriile de persoane asigurate de către Guvern și conține două anexe cu diferitele categorii de plătitori:

- Anexa 1 – Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense;

The Bismarck model is one that is mainly financed by compulsory health insurance premiums. The legal framework in the Republic of Moldova establishes the operating conditions of this model and provides for its financing mechanisms. Thus, Law no. 411/1995 on health care provides that the financial means of public health institutions come from the funds of compulsory health insurance, from budgetary sources, from services provided against payment, from donations, grants and sponsorships, from other financial resources allowed by law.

Law no. 1585/1998 on compulsory health insurance, defines this insurance as an autonomous system of financial protection of the population guaranteed by the state in the field of healthcare by setting up, on the basis of solidarity, from the insurance premiums, money funds intended to cover the costs of treatment conditioned by the occurrence of insured situations (illness or disease). Compulsory insurance premiums represent a fixed amount or a percentage contribution to the salary and other rewards, which the insured person is obliged to pay to the insurer – the National Health Insurance Company (CNAM). At the same time Law specifies that the Compulsory health insurance funds are an integral part of the national public budget and are administered independently of other component budgets of the national public budget.

Law no. 1593/2002 on the size, order and terms of payment of compulsory health insurance premiums, establishes the legal framework for determining the size, order and terms of payment of compulsory health insurance premiums in the funds established and managed by the National Health Insurance Company. In this context, the Law specifies the categories of persons insured by the Government and contains two Annexes with different categories of payers:

- Annex 1 – Categories of payers of compulsory health insurance premiums in the form of a percentage contribution to salary and other rewards;
- Annex 2 – Categories of payers of compulsory health insurance premiums, which are insured individually.

- Anexa 2 – Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual.

În cele din urmă, Parlamentul adoptă anual Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

În conformitate cu datele OMS, sursele de finanțare a sănătății, în Republica Moldova, sunt reprezentate de către două mari categorii de plătitori și se situează între categoria țărilor cu venituri sub medie și peste medie. Astfel, 51% reprezintă cota Guvernului și 44% din sursele financiare sunt plătite din buzunarul beneficiarilor, în timp ce 5% sunt asigurate de către donatorii externi (figura 7).

Eventually, the Parliament adopts the Compulsory Health Insurance Funds Act annually.

According to WHO presented data, the sources of healthcare financing in the Republic of Moldova are represented by two major categories of payers and it is between the category of countries with below-middle and above-middle incomes. Thus, 51% represents the Government's share and 44% of the financial sources are paid out by the beneficiaries' contributions, while 5% are provided by external donations (figure 7).

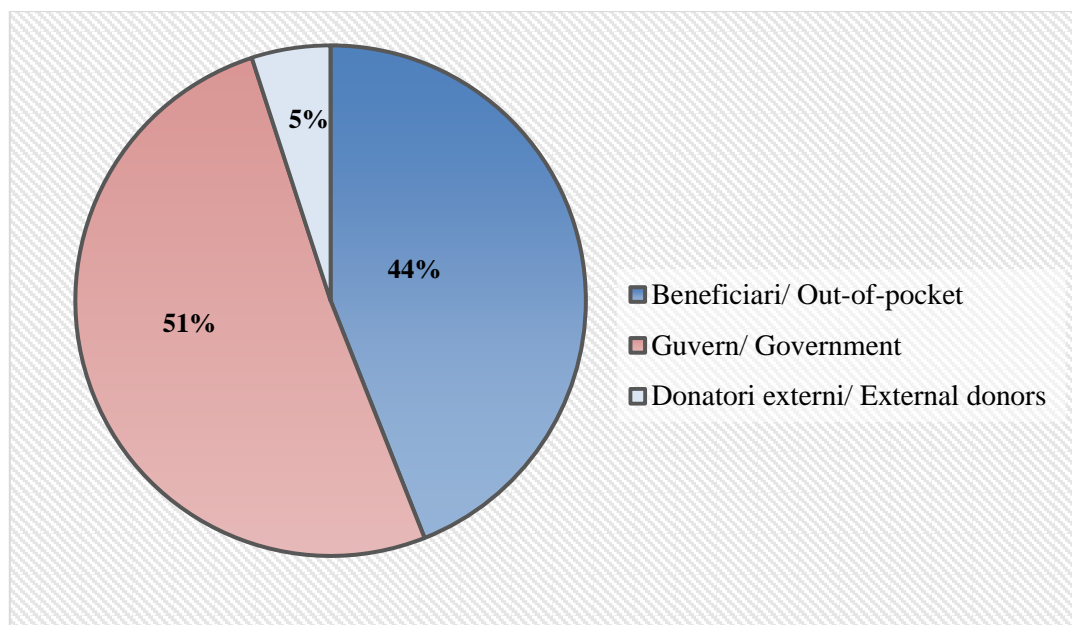


Figura 7. Sursa de finanțare a sănătății în Republica Moldova/

Figure 7. Source of health funding in the Republic of Moldova

Sursa: elaborată în baza [20]/ Source: developed based on [20]

Numărul persoanelor asigurate a crescut constant, în Republica Moldova, inclusiv a crescut gradul de asigurare obligatorie a populației. Dacă, în anul 2014, erau 2 475 659 de persoane asigurate și un grad de asigurare de 85%, atunci, în anul 2018, sunt asigurate 2 642 969, ceea ce prezumă un grad de asigurare de 88,2% (tabelul 1). Chiar dacă rămân cca 12% din populație care nu este asigurată, creșterea cu aproape 200 de mii de persoane asigurate este cu atât mai impresionantă, cu

The number of insured persons has constantly increased in the Republic of Moldova, simultaneously with the degree of the compulsory insurance of the population. Whereas in 2014, there were 2 475 659 people insured and an insurance degree of 85% established, then in 2018 more than 2 642 969 are insured, which means an insurance degree of 88.2% (table 1). Though about 12% of the population remains uninsured, the increase of almost 200 thousand insured persons is impressive when

cât tendința de creștere este contrară dinamicii demografice și obstrucționată de către emigrarea în masă a populației.

compared to the demographic dynamics and mass emigration of the population.

Tabelul 1/ Table 1

Persoane asigurate, anii 2014-2018/ Insured Persons, Years 2014-2018

	UM	2014	2015	2016	2017	2018
Persoane asigurate, total/ Insured Persons, total	NP	2 475 659	2 571 960	2 575 586	2 608 426	2 642 969
Gradul de asigurare/ Degree of Insurance	%	85,0	85,6	85,8	86,9	88,2
Persoane angajate/ Persons Employed	NP	846 790	850 107	852 124	860 261	874 643
Persoane asigurate individual/ Persons Insured Individually	NP	48 925	48 307	40 113	53 684	55 451
Persoane asigurate de Guvern/ Persons Insured by Government	NP	1 579 944	1 673 546	1 683 349	1 694 481 1	1 712 875

Sursa: elaborat conform datelor CNAM /Source: elaborated according NHIC data

Deși, între anii 2015-2020, nu au fost majorate nici mărimea primei în cotă procentuală, nici mărimea în sumă fixă, veniturile și cheltuielile fondurilor obligatorii de asigurare medicală (FAOAM) au crescut în această perioadă. Veniturile au crescut până la 7 636,3 milioane MDL, în anul 2019, în timp ce cheltuielile până la 7 489,7 milioane MDL. Proiectul cu privire la modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM) pe anul 2020, adoptat în Parlamentul Republicii Moldova, la data de 23 aprilie 2020, prevede venituri totale în valoare de 8 miliarde 151 milioane 392 mii de lei, dintre care veniturile din primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală din salariu și alte recompense – 4 miliarde 972 milioane 862 mii de lei. Totodată, cheltuielile în FAOAM constituie 8 miliarde 383 de milioane 392 mii de lei, în timp ce deficitul urmează să fie acoperit din contul soldului format la data de 1 ianuarie 2020, în sumă de 549 milioane 696 mii 500 de lei (tabelul 2).

Although the size of the insurance premium as a percentage and the size of the amount were not increased between 2015-2020, the revenues and expenditures of the compulsory health insurance funds (CHIF) increased during this period. Revenues increased to MDL 7,636.3 million in 2019, while expenditures to MDL 7,489.7 million. The draft amendment to the Law on Compulsory Health Insurance Funds (CHIF) for 2020, adopted in the Parliament of the Republic of Moldova on April 23, 2020 provides for total revenues amounting to MDL 8 billion 151 million 392 thousand, of which revenues from compulsory health insurance premiums in the form of a percentage contribution from salary and other rewards – MDL 4 billion 972 million 862 thousand. At the same time, the expenditures in CHIF constitute MDL 8 billion 383 million 392 thousand, while the deficit is to be covered from the account of the balance established on January 1, 2020 in the amount of MDL 549 million 696 thousand 500 (table 2).

Tabelul 2/ Table 2

**Indicatori financiari ai sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală,
anii 2015-2020/ Financial indicators of the compulsory health insurance system,
years 2015-2020**

	UM	2015	2016	2017	2018	2019e	2020p
Venituri FAOAM / CHIF Income	mil. MDL	5 062,9	5 764,2	6 256,6	6 877,4	7 636,3	8 151,4
Cheltuieli FAOAM/ CHIF Expenditure	mil. MDL	5 152,5	5 673,4	6 260,8 6	6 714,1	7 489, 7	8 383,4
Ponderea cheltuielilor în PIB/ GDP Expenditure Share	%	3,5	3,5	3,5	3,5	-	-
Mărimea primei în cotă procentuală/ Size of Premium %	%	9	9	9	9	9	9
Mărimea primei în sumă fixă/ Size of Fixed Amount Premium	MDL	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0	4 056,0

Sursa: elaborat conform datelor CNAM/ Source: elaborated according to NHIC data

Creșterea numărului de persoane asigurate în ultimii ani și, respectiv, creșterile atestate la bugetul FAOAM, nu schimbă fundamental sistemul medical din Republica Moldova. Finanțarea sistemului de sănătate autohton rămâne a fi insuficientă, atât ca pondere în PIB, cât și ca valori absolute pe cap de locuitor. Această subfinanțare cronică a sistemului medical, devenită principala problemă a sistemului medical din Republica Moldova, suscită, în mare măsură, corupția generalizată în medicină, dotarea precară tehnică și cu medicamente a instituțiilor medicale publice, lipsa personalului medical etc. Pandemia COVID-19 a elucidat vulnerabilitățile sistemului medical autohton, în special, prin faptul că s-a atestat cea mai mare rată a infecțiilor în rândul lucrătorilor medicali, provocată de penuria de echipamente corespunzătoare.

Primele de asigurare medicală obligatorie în sumă fixă, prin care se dorește antrenarea muncitorilor migranți la sistemul național de asigurări medicale, au o pondere mică în FAOAM. Acestea constituie puțin peste

The increase in the number of insured persons in recent years and, respectively, the increases established to the CHIF budget, does not fundamentally change the healthcare system in the Republic of Moldova. The financing of the local health system remains insufficient, both as a share in GDP and in absolute values per capita. This acute underfunding of the healthcare system, which has become the main problem of the healthcare system in the Republic of Moldova, largely raises widespread corruption in healthcare, poor technical and drug endowment of public health institutions, lack of medical staff, etc. The COVID-19 pandemic has elucidated the vulnerabilities of the domestic healthcare system, in particular by the fact that the highest rate of infections among medical workers has been attested due to the shortage of appropriate equipment.

Compulsory fixed-term health insurance premiums, which are intended to train migrant workers in the national health insurance system, have a small share in CHIF. These are just over 100 million MDL in recent years,

100 de milioane MDL, în ultimii ani, depășind 113 milioane în anul 2020. Din moment ce nici o instituție publică din Republica Moldova nu deține date exacte cu privire la numărul emigranților din Republica Moldova, implicit date referitoare la numărul muncitorilor circulanți și sezonieri, pentru a calcula potențialul de colectare a fondurilor de la muncitorii migranți, am recurs la o simulare, utilizând datele publice existente. Pentru aceasta, am făcut diferența dintre numărul populației cu reședință obișnuită, raportată de către Biroul Național de Statistică și numărul de persoane asigurate, raportate de către CNAM. După care, diferența a fost înmulțită cu mărimea primei în sumă fixă, inițial cu 100%, după care cu 50% din aceasta, din moment ce cadrul legal prevede această reducere pentru persoanele, care o procură până la data de 31 martie (tabelul 3).

exceeding 113 million in 2020. Since no public institution in the Republic of Moldova has accurate data on the number of emigrants from the Republic of Moldova, implicitly data on the number of seasonal and circulating workers in order to calculate the fund-raising potential of migrant workers, we resorted to a simulation using existing public data. For this, we differentiated between the number of the population with habitual residence, reported by the National Bureau of Statistics, and the number of insured persons, reported by the NHIC. After that, the difference was multiplied by the size of the fixed amount premium, initially by 100%, then by 50% of it, since the legal framework provides for this reduction for those who purchase it until March, 31 (table 3).

Tabelul 3/ Table 3

**Potențialul de colectare a sumelor de la muncitorii circulanți și sezonieri, anii 2015-2020/
Financial indicators of the compulsory health insurance system, years 2015-2020**

	Numărul/ Nr.	Venituri FAOAM/ CHIF Income		Potențial de colectare, milioane MDL/ Collection Potential, millions MDL		Potențial de colectare, % față de FAOAM/ Collection potential, % compared CHIF	
		mil. MDL	%	Cost integral/ Full Cost	Cost cu reducere/ Discount Cost	Cost integral/ Full Cost	Cost cu reducere/ Discount Cost
Persoane asigurate	2 642 969	6.877,4	100	7.034,6	6.956,0	102,3	101,1
<i>Individual/ Insured Persons</i>	55 451	110,4	1,6	267,6	189,0	3,4	2,7
<i>Individually</i>							
Populație cu reședință obișnuită	2 681 734	6.877,4	100	7.034,6	6.956,0	102,3	101,1
<i>Diferența/Migranți/ Population with habitual residence</i>	38.765	-	-	157, 2	78,6	2,3	1,1
<i>Difference/Migrants</i>							

*Sursa: calculat în baza datelor Biroului Național de Statistică și CNAM/
Source: calculated according to National Bureau of Statistics and NHIC*

Potențialul de colectare a veniturilor de la muncitorii migranți și sezonieri, conform simulării realizate, este relativ modest. Capacitatea maximă de colectare variază între 78,6 și 157,2 milioane MDL, aceasta pornind de la premisa că poate fi asigurat un grad de acoperire cu prime de asigurare medicală de 100%. Totodată, creșterea raportată procentual la veniturile FAOAM variază între 1-2%, ceea ce prezintă importanță pentru fiecare buget public, dar nu semnificativă. În cele din urmă, cota primelor AOAM, în sumă fixă din totalul fondurilor de asigurări medicale obligatorii, poate crește de la 1,6%, cât este în prezent, la cca 3%.

Prin urmare, încadrarea muncitorilor migranți (în special, a celor circulanți și sezonieri, care nu sunt exonerati de cadrul legal de la procurarea primelor de asigurare medicală) în sistemul de asigurare medicală obligatorie nu va soluționa sustenabilitatea financiară a sistemului de îngrijire a sănătății din Republica Moldova, pentru care este nevoie de reforme structurale și intervenții complexe. Implementarea mecanismelor fezabile de colectare a primelor obligatorii de la muncitorii migranți reprezintă, mai curând, un demers de dreptate socială, în special când cadrul legal existent prevede, expres, principiul universalității și egalității. Faptul că muncitorii migranți reveniți în țară, în contextul pandemiei, nu erau persoane asigurate în sistemul național, dar au beneficiat de tratament gratuit în sistemul medical, a elucidat pentru prima dată, în mod evident, această nedreptate socială.

În acest context, impunerea muncitorilor migranți să procure prime de asigurare medicală obligatorie trebuie să fie asociată cu un set de măsuri conexe, care să o facă constituțională, fezabilă și parte a unei reforme a întregului sistem medical menite să asigure sustenabilitatea financiară a acestuia. Printre aceste măsuri pot fi enumerate:

- Reforma justiției și modernizarea instituțiilor publice, în vederea îmbunătățirii guvernantei și reducerii corupției;
- Introducerea de noi mecanisme formale de coplată pentru a reduce plățile informale și a crește bugetele instituțiilor medicale;

The collection potential of income from migrant and seasonal workers, according to the simulation, is relatively modest. The maximum collection capacity varies between 78.6 and 157.2 million MDL, based on the premise that a degree of coverage with 100% health insurance premiums can be provided. At the same time, the percentage increase in CHIF revenues varies between 1-2%, which is important for every public budget, but not significant. Finally, the share of CHI premiums in the fixed amount of the total compulsory health insurance funds can increase from 1.6%, as it is now, to about 3%.

Therefore, including migrant workers (especially circulating and seasonal workers, who are not exempted from the legal framework from the procurement of health insurance premiums) in the compulsory health insurance system will not solve the financial sustainability of the health care system in the Republic of Moldova, which requires structural reforms and complex interventions. The implementation of feasible mechanisms for collecting compulsory premiums from migrant workers is rather an approach to social justice, especially when the existing legal framework expressly provides for the principle of universality and equality. The fact that migrant workers returning to the country in the context of the pandemic, were not insured persons in the national system but received free treatment in the medical system, clearly elucidated for the first time this social injustice.

In this context, requiring migrant workers to obtain compulsory health insurance premiums must be associated with a set of related measures, making it constitutional, feasible and part of a reform of the entire health-care system aimed at ensuring its financial sustainability. The measures are as follows:

- The reform of justice and modernization of public institutions, in order to improve governance and reduce corruption;
- Introduction of new formal co-payment mechanisms to reduce informal payments and increase the budgets of healthcare institutions;

- Eficientizarea mecanismului de colectare a polițelor în vederea identificării și capacitării persoanelor care nu sunt asigurate;
 - Eficientizarea mecanismului de achitare a primei de asigurări medicale de către muncitorii circulanți și sezonieri:
 - renunțarea la mecanismele anti-constituționale impuse prin Decizia nr. 10 din 31 martie 2020 a Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova;
 - definirea unor termene de 14 zile lucrătoare, asumate prin Declarații pe propria răspundere, pentru a plăti primele de asigurări obligatorii;
 - corelarea acestor plăți obligatorii cu Legea nr. 105/2018 cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj;
 - corelarea asigurării medicale, de către Guvern, pentru pensionari, cu contribuția individuală a muncitorilor migranți la FAOAM.
 - Inițierea negocierilor cu statele membre ale Uniunii Europene și Comunității Statelor Independente (CSI) pentru semnarea unor Acorduri în domeniul sănătății muncitorilor migranți, după modelul Acordurilor de securitate socială;
 - Încadrarea diasporei (cetățenilor moldoveni, care locuiesc și muncesc în afara țării în bază permanentă, cel puțin 183 zile pe an) în sistemul de finanțare a serviciilor de sănătate din Republica Moldova:
 - asigurarea medicală pentru cetățenii din diasporă poate fi doar benevolă, prin deschiderea unor fonduri cu destinație specială. (Exp.: Un fond care să finanțeze dotarea tehnică/dotarea cu medicamente a spitalelor raionale sau îngrijirea persoanelor în etate, pe care diaspora le are în custodie).
 - Dezvoltarea Asigurărilor medicale benevole.
 - Streamlining the collection mechanism of policies in order to identify and train people who are not insured;
 - Streamlining the mechanism for paying the health insurance premium by circulating and seasonal workers:
 - the rejection of the anti-constitutional mechanisms imposed Provision no. 10 of March 31, 2020 of the Commission for Exceptional Situations of the Republic of Moldova;
 - establishing 14 working day deadline, in order to pay the compulsory insurance premiums;
 - correlation of mandatory payments with Law no. 105/2018 on the promotion of employment and unemployment insurance;
 - correlation of health insurance for retired persons by the Government, with the individual contribution of migrant workers to CHIF.
 - Initiation of negotiations with the member states of the European Union and the Commonwealth of Independent States (CIS) to sign Agreements for migrant workers' healthcare, following the model of the Social Security Agreements;
 - Include the diaspora (Moldovan citizens living and working abroad on a permanent basis, at least 183 days a year) to finance the healthcare system in the Republic of Moldova:
 - health insurance for diaspora citizens can only be voluntary, by opening special purpose funds. (e.g.: A fund to finance the technical endowment/hospital equipment and drugs for district hospitals or for the elder-care, which the diaspora has in custody).
 - Development of Voluntary Health Insurance.
- Conclusions**
- The healthcare economics will become an important branch of contemporary economics, as the COVID-19 pandemic

Concluzii

- Economia sănătății va deveni o ramură importantă a științei economice contemporane, din moment ce pandemia COVID-19 a pus presiune pe sistemele naționale de sănătate publică și a condus la una dintre cele mai grave crize economice globale, după care a solicitat mari deficite bugetare în majoritatea economiilor lumii.
- Dreptul la sănătate al muncitorilor migranți devine important, deopotrivă, pentru finanțele publice ale statelor-gazdă cât și ale statelor de origine, drept pentru care acestea trebuie să constituie un subiect distinct al economiei sănătății în condițiile mobilității internaționale crescute a forței de muncă în secolul XXI.
- În Republica Moldova, economia sănătății este, deocamdată, un domeniu mai puțin cercetat, în timp ce marea parte a studiilor sunt axate pe managementul sistemului medical, în condițiile economiei de piață sau problemelor generale ale asistenței medicale obligatorii și mai puțin pe finanțarea sistemului de sănătate din perspectiva muncitorilor migranți.
- Diferitele mecanisme de finanțare existente în lumea contemporană sunt determinate de diversele modele de sănătate și, în special, de gradul de dezvoltare a statelor.
- În Republica Moldova, este prefigurat treptat modelul Bismarck, bazat pe primele de asigurare medicală obligatorii, care este asociat cu o subfinanțare cronică a sistemului medical.
- Finanțarea insuficientă a sistemului medical suscită, în mare măsură, corupția generalizată în medicină, dotarea tehnică și cu medicamente precară a instituțiilor medicale publice, lipsa personalului medical, în timp ce pandemia COVID-19 a elucidat vulnerabilitățile sistemului medical autohton.
- Antrenarea muncitorilor migranți în sistemul de plăți obligatorii este, înainte de toate, un demers de dreptate socială (*social justice*) și, doar parțial, poate

- put pressure on national systems of public health and led to the one of the most serious global economic crises, after which it called for large budget deficit in most of the world's economies.
- The right to health of migrant workers becomes important for both the public finances of host and home/ origin states, that is why it must be a distinct subject of the health economy in the face of increased international labour mobility in the 21st century.
- In the Republic of Moldova, the health economy is still a less researched field, while most research is focused on the management of the healthcare system in market conditions or general issues of compulsory health care, less on financing the health system from the perspective of migrant workers.
- The different financing mechanisms that exist in the contemporary world are determined by the various health models and, in particular, by the degree of development of the states.
- The Bismarck model is gradually confirmed in the Republic of Moldova, based on compulsory health insurance premiums, which is associated with a chronic underfunding of the healthcare system.
- Insufficient funding of the health system largely raises the issue of widespread corruption in healthcare, poor technical and drug equipment of public health institutions, lack of medical staff, while the COVID-19 pandemic has elucidated the vulnerabilities of the local healthcare system.
- The training of migrant workers in the system of compulsory payments is above all an approach of social justice and can only partially solve the financial sustainability of the healthcare system in the Republic of Moldova.
- The decisions imposed by Provision no. 10 of March 31, 2020 of the Commission for Exceptional Situations of the Republic of Moldova, that set the con-

să soluționeze sustenabilitatea financiară a sistemului medical din Republica Moldova.

- Demersurile impuse prin Decizia nr. 10, din 31 martie 2020, a Comisiei pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova, care condiționează revenirea acasă a muncitorilor migranți de procurarea poliței de asigurare medicală, sunt anti-constituționale și ineficiente.
- Simulările și calculele realizate denotă că instituirea unor mecanisme legale și eficiente de colectare a plăților fixe obligatorii, de la muncitorii migranți, ar putea crește veniturile FAOAM cu cca 78,6-157,2 milioane MDL.

Eficiențizarea mecanismului de achitare a primei de asigurări medicale, de către muncitorii circulanți și sezonieri, trebuie să fie asociată cu o serie de reforme structurale și sectoriale conexe, care să asigure buna funcționare și sustenabilitatea financiară a sistemului medical din Republica Moldova.

dition of purchasing health insurance policy by migrant workers, are unconstitutional and inefficient.

- The simulations and calculations carried out reveal the fact that the establishment of legal and efficient mechanisms for collecting mandatory fixed payments from migrant workers, could increase CHIF revenues by about 78.6-157.2 million MDL.

The efficiency of the payment mechanism of the health insurance premium by the circulating and seasonal workers, must be associated with a series of related structural and sectoral reforms, which will ensure the proper functioning and financial sustainability of the healthcare system in the Republic of Moldova.

Bibliografie/Bibliography:

1. ANTON, Sorin; ONOFREI, Mihaela. Health Care Performance and Health Financing Systems in Countries from Central and Eastern Europe, În: *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 2012, nr. 35, February, pp. 22-32. ISSN 18422845.
2. ANYANWU, C.; ERHIJAKPOR, O. Health Expenditures and Health Outcomes in Africa. În: *African Development Review*, 2009, vol. 21, no. 2, pp. 400-433. ISSN 1467-8268.
3. ARROW, Kenneth. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. În: *The American Economic Review*, AEA, 1963, vol. 53, no. 5, December, pp. 941-973. ISSN 1944-7981.
4. BERGER, C.; MESSER, J. Public Financing of Health Expenditures, Insurance, and Health Outcomes. În: *Applied Economics*, 2002, vol. 34, no. 17, pp. 2105-2113. ISSN 1466-4283.
5. CULYER, Anthony. *The dictionary of health economics*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing, 2005. 390 p. ISBN 1 84376 208 0.
6. EȚCO, Constantin. *Management în Sistemul de Sănătate*. Chișinău: Epigraf, 2006. 864 p. ISBN 978-9975-924-79-5.
7. EȚCO, C.; BUGA, M.; CIOCANU, M.; DAMAȘCAN, G.; URȘU, P. *Asigurarea obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova: realizări și perspective*. Chișinău: Epigraf SRL, 2011. 432 p. ISBN-978-9975-109-69-7.
8. EVANS, B., TANDON, A., MURRAY, L., LAUER, A. Comparative Efficiency of National Health Systems: Cross National Econometric Analysis. În: *British Medical Journal*, 2011, vol. 323, no. 7308, pp. 307-310. ISSN 1756-1833.
9. FILMER, D.; HAMMER, J.; PRITCHETT, L. Weak Links in the Chain: A Diagnosis of Health Policy in Poor Countries. În: *The World Bank Research Observer*, 2000, vol. 15, no. 2, pp. 199-224. ISSN 1564-6971.

10. FILMER, D.; PRITCHETT, L. The Impact of Public Spending on Health: Does Money Matter? În: *Social Science & Medicine*, 1999, vol. 49, no. 10, pp. 1309-1323. ISSN 0277-9536.
11. GANI, A. Health Care Financing and Health Outcomes in Pacific Island Countries. În: *Health Policy and Planning*, vol. 24, no. 1, pp. 72-81. EISSN 1460-2237.
12. VERMA, A. K., HASSALI, M. A., SALEEM F. *Health care financing in Malaysia: A way forward*. In: *Archives of Pharmacy Practice*, Vol. 6, Issue 4, 2015, p. 93-97. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/282753916_Health_care_financing_in_Malaysia_A_way_forward
13. KHONGGTHANACHAYOPIT S.; LAOHASIRIWONG, W. *Accessibility to health services among migrant workers in the Northeast of Thailand*. [On-line], 2017, Disponibil : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5615766/>.
14. KOBELT, Gisela. *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation*. London: Office of Health Economics, 2013. 98 p. ISBN 978-1-899040-44-5.
15. McPAKE, Barbara; NORMAND Charles. *Health Economics: An international perspective*. London and New York: Routledge, 2008. 292 p. ISBN 0-203-93504-7.
16. SIMON, J.; KISS, N.; ŁASZEWSKA, A.; MAYER, S. *Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Labour Migrants in the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. 85 p. ISBN-13: 978-92-890-5109-5.
17. VLĂDESCU, Cristian (coord.). *Managementul Serviciilor de Sănătate*, București: Expert, 2000. 340 p. ISBN 9739282822.
18. WB. *The World Bank Life expectancy at birth Database*. [On-line], 2020. Disponibil: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.
19. WHO. *Global Health expenditure database*. [On-line], 2020. Disponibil: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
20. XU, K., et al. *Global Spending on Health: A World in Transition*. WHO, 2019.