



CĂTRE: CONSILIUL CONCURENȚEI

8 iunie 2017

Stimați domni,

Subscrisele

Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF), cu sediul în București, str. Ionel Perlea nr. 10, Sector 1, înregistrată la Registrul asociațiilor și fundațiilor sub nr. 126 din 28.11.2008 prin Încheierea nr. 2156/PJ din 12.10.1990 a Judecătoriei Sector 1 București, cod fiscal 7165839, email office@snmf.ro, reprezentată de dr. **Rodica Narcisa Tănăsescu**, în calitate de Președinte,

și

Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF), cu sediul în București, str. Ionel Perlea nr. 10, Sector 1, înscrisă în Registrul Național al Federațiilor sub nr. 26/C/2009 acordat la 14.10.2009 (MJ) și în registrul special de evidență al Tribunalului București sub nr. 12/21.07.2009 în baza sent. Civ. nr. 785/22.05.2009, având codul fiscal 25807740, email fnpmfed@yahoo.com, reprezentată de dr. **Doina-Ileana Mihăilă**, în calitate de Președinte,

Referitor la

Raportul privind piața serviciilor de asistență medicală din România și a activităților conexe acestora,

postat pe site-ul instituției dvs la data de 10 mai 2017, formulăm următoarele

Observații și puncte de vedere:

I. Consiliul Concurenței recomandă Guvernului României să modifice art. 1 alin. (3) al Anexei nr. 2 "CONTRACTUL-CADRU care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017" din H.G. nr. 161/2916, în sensul constituirii comisiei "care stabilește numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural și care decide, în fapt, intrarea pe piață a unor noi medici de familie", "numai din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate și ai direcțiilor de sănătate publică, rolul pe care ar trebui să îl aibă organizațiile profesionale în acest caz, fiind doar unul consultativ." - a patra recomandare, în baza art. 25 alin. 5 lit. a) din Legea concurenței, care apare la nr. 1, pagină a noua a Raportului Consiliului Concurenței privind piața serviciilor de asistență medicală din România și a activităților conexe acestora (denumit în cele ce urmează și "Raport").

Acest text de lege a cărui modificare este propusă de Consiliul Concurenței prevede în prezent următoarele:



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656

*"Necesarul de medici de familie cu liste proprii, atât pentru mediul urban, cât și pentru mediul rural, precum și numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale din asistența medicală primară, cu excepția situației furnizorilor care funcționează în structura sau în coordonarea unor unități sanitare aparținând ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie, **se stabilesc pe unități administrativ-teritoriale/zone urbane de către o comisie formată din reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, direcțiilor de sănătate publică, ai colegiilor teritoriale ale medicilor, ai patronatului județean al medicilor de familie și ai asociației profesionale județene a medicilor de familie (s.n.), pe baza unor criterii care se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Criteriile aprobate în condițiile legii se publică pe pagină web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a caselor de asigurări de sănătate, respectiv pe pagina web a Ministerului Sănătății și a direcțiilor de sănătate publică. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz.**"*

Componenta comisiei mai sus menționate este prevăzută de art. 2 alin. 1 din ANEXA nr. 1: "REGULAMENT-CADRU de organizare și funcționare a comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3)-(6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017 - pentru asistența medicală primară" la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 771/378/2016 privind aprobarea regulamentelor-cadru de organizare și funcționare a comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016:

"Comisia este formată din 7 membri de drept, dintre care 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică, un reprezentant al colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie, un reprezentant al patronatului județean al medicilor de familie și un reprezentant al asociației profesionale județene a medicilor de familie. La lucrările comisiei poate participa, cu rol consultativ, și un reprezentant al administrației publice locale, după caz. Comisia va avea un secretar fără drept de vot, numit de casa de asigurări de sănătate. Comisia se constituie prin act administrativ al președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate, ca urmare a desemnării reprezentanților instituțiilor/organizațiilor anterior menționate de conducătorii acestora. Pentru fiecare membru desemnat, instituțiile/organizațiile menționate anterior vor nominaliza și membrii supleanți echivalenți numeric."

Pentru situația în care nu există la nivel județean patronat al medicilor de familie și/sau asociație profesională a medicilor de familie, art. 5 alin. 1 din cuprinsul aceleiași anexe 1 la ordinul comun mai sus rubricat prevede următoarele:

"În condițiile în care la nivel județean nu există toate structurile prevăzute în componența comisiei, numărul total al membrilor acesteia, precum și numărul reprezentând cvorumul necesar se ajustează în mod corespunzător, pentru a asigura funcționarea comisiei în conformitate cu prevederile legale."

După cum se poate constata observând componenta legală a comisiei menționate, echilibrul de forțe este asigurat, întrucât reprezentanții asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean nu pot constitui niciodată o majoritate care să-și poată impune hotărârea asupra celorlalți membri ai comisiei, fiind maximum 2 din 7. În cazul în care în județul respectiv nu exista patronat județean al medicilor de familie sau nu exista asociație profesională județeană a medicilor de familie, dar exista cel puțin una dintre acestea, numărul membrilor comisiei se reduce la 6 și va exista un singur vot al reprezentanților asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean din totalul de 6. Dacă nu exista nici patronat județean și nici asociație profesională județeană, numărul membrilor comisiei se reduce la 5, medicii de familie nefiind reprezentați la nivelul comisiei în discuție de nicio asociație profesională sau patronală.



În concluzie, reprezentanții asociațiilor profesionale și patronale ale medicilor de familie la nivel județean nu vor putea să fie asimilați decidenților decât dacă vor putea atrage voturile a cel puțin doi dintre ceilalți membri ai comisiei, și anume: cei 2 reprezentanți ai caselor de asigurări de sănătate, cei 2 reprezentanți ai direcției de sănătate publică și reprezentantul colegiului teritorial al medicilor pentru specialitatea medicină de familie. Acest fapt va surveni numai în situația în care decizia ce urmează a fi luată în comisie întrunește criteriul rezonabilității pentru toate părțile, aparent cu interese antagonice, reprezentate la nivelul acestei comisii. Afirmam că părțile au aparent interese antagonice, dar - de fapt - toate lucrează pentru atingerea unui scop ultim comun, cel al furnizării unor servicii de calitate de medicină familie către asigurați și persoane fizice neasigurate.

În acest fel, este înlăturat aparentul arbitrar introdus prin art. 5 alin. (1) din Anexa nr. 1 "CRITERII ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiei constituite în baza prevederilor art. 1 alin. (3)-(6) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017 - pentru asistența medicală primară" la Ordinul comun al Ministrului Sănătății și Președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 772/379 din 29 iunie 2016 privind aprobarea criteriilor ce stau la baza îndeplinirii atribuțiilor comisiilor constituite în baza prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017, care prevede următoarele:

"Comisia poate avea în vedere și alte criterii raportate la condițiile specifice, cu respectarea prevederilor legale în vigoare."

În plus, art. 5 alin. 1 din Ordinul nr. 772/379/2016 a fost gândit de inițiatorii actului normativ menționat, și anume Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, pentru a permite abordarea la nivel județean, a problemelor specifice fiecărui județ, fiind o aplicare în practică a principiului proximității, prevăzut de art. 10 alin. (3) din Tratatul privind Uniunea Europeană: **"Deciziile se iau în mod cât mai deschis și la un nivel cât mai apropiat posibil de cetățean. (s.n.)"**

Comisia are rolul de a asigura o distribuție echitabilă a medicilor, astfel că întreaga populație asigurată să beneficieze de asistența medicală necesară. Comisia analizează fiecare localitate în parte, poate decide scăderea pragului minim de intrare în contract cu casă în cazul localităților în care populația se află sub minimul necesar sau poate cere ajutorul administrațiilor locale pentru sprijinirea deschiderii de cabinete medicale (prin participarea unui reprezentant al administrației locale la ședințele comisiei).

Este firească tentația oricărui medic de a profesa în orașele mari, chiar universitare. În luarea deciziilor privind stabilirea modului de contractare însă trebuie avut în vedere pericolul real al privării celor mai săraci și mai bolnavi dintre români de asistență medicală. Țările membre UE au mecanisme foarte coerente de a menține această distribuție echitabilă exact prin interzicerea deschiderii de cabinete medicale fără nici un control.

În Franța, Colegiul Medicilor avizează deschiderea unui cabinet nou doar dacă există acordul prealabil al tuturor medicilor de familie din zonă. În Germania Asociația Federală a Medicilor este cea care gestionează locațiile disponibile, pentru a nu menționa decât două dintre cele mai bine cotate sisteme de sănătate.

Literatura științifică și experiența internațională abundă în exemple privind eficiența controlului numărului de medici de familie pentru a preveni inechitatea în Sănătate.



În rândurile de mai jos prezentăm două exemple:

1. *“Aceste stimulente pot fi atât financiare, cât și educaționale, concentrate pe zonele deprivatate și cu dificultăți în accesul la servicii medicale. În cele din urmă, politicile de sănătate pot deasemenea să includă controlul numărului de medici de familie în zonele unde aceștia sunt din abundență, astfel fiind favorizate zonele cu mai puțini medici. Este imperativ ca cei care creează politicile de sănătate să introducă un sistem care să distribuie medicii de familie într-un mod mai egal și echitabil, luând în considerare ajustarea pentru inechitate și interacțiunea dintre diferitele politici de sănătate, într-un mod care să răspundă nevoilor de sănătate ale populației.”* (Measuring health inequalities in Albania: a focus on the distribution of general practitioners - Pavlos N Theodorakis, Georgios D Mantzavinis, Llukan Rrumbullaku, Christos Lionis and Erik Trell - 21 February 2006 Human Resources for Health 2006, 4:5 doi:10.1186/1478-4491-4-5 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4491-4-5.pdf>).

2. *“În primul rând, prin controlul numărului de medici din zonele declarate ca având relativ prea mulți medici, pentru a reduce inechitatea între zonele cu prea mulți medici și cele cu prea puțini medici. (...) Din anul 1948, NHS [de explicat ce autoritate este aceasta în Anglia] a restricționat accesul medicilor de familie în zonele declarate ca având prea mulți medici. Un control similar a fost introdus și în alte țări cum ar fi Olanda. Cu toate acestea, în Anglia în anul 2002 și în Scoția în anul 2003 s-a renunțat la controlul centralizat și s-a lăsat în seama organizațiilor de asistență medicală primară locale. Acestea erau obligate să se consulte cu medicii de familie locali atunci când luau decizia de a permite introducerea unor noi medici de familie în zonă. (...) Rezultatele noastre aduc câteva dovezi asupra efectelor acestor politici în NHS: În primul rând, controlul numărului de medici de familie nu este suficient pentru a preveni reducerea inechității în distribuția medicilor de familie: echitatea în Anglia a scăzut între mijlocul anilor 1990 și renunțarea la controlul centralizat în anul 2002. În al doilea rând, controlul numărului de medici de familie probabil crește nivelul general de echitate: după renunțarea la controlul centralizat a existat o reducere bruscă a nivelului de echitate.”* (Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland - Maria Goddard, Hugh Gravelle¹, Arne Hole¹, Giorgia Marini Centre for Health Economics; ¹National Primary Care Research and Development Centre, University of York, York, UK <https://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/WheredidalltheGPsgo.pdf>)

În plus, aceste comisii există și pentru asigurarea distribuției echitabile a medicilor din alte specialități, nu numai din asistenta medicală primară (medicina de familie).

Argumentele pentru păstrarea acestor comisii sunt valabile pentru asigurarea distribuției echitabile a medicilor din toate specialitățile, dar cu atât mai multe pentru a medicilor de familie, întrucât medicina de familie este "poarta de intrare" în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

II. Salutăm prima recomandare pe care Consiliul Concurenței o face Guvernului României, Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la punctul 2, în baza art. 25 alin. 5 lit. a) din Legea concurenței, și anume de a se modifica actele normative care se referă la condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în sensul asigurării unei flexibilități a negocierilor, astfel încât aceasta să vină în întâmpinarea nevoilor furnizorilor. Consiliul Concurenței remarca astfel "inegalitatea părților contractante, Casa de Sănătate fiind în măsură să impună furnizorilor încheierea contractelor în anumite condiții." - pagină a noua a Raportului Consiliului Concurenței privind piața serviciilor de asistență medicală din România și a activităților conexe acestora.

Totodată, în acest sens, Consiliul Concurenței constata "existența unui monopson, statul fiind principalul achizitor de servicii și echipamente." - secțiunea 14.3 "Constrângerile care cauzează eșecul unei piețe libere



a serviciilor medicale" din Capitolul 14 "Considerații asupra descentralizării sistemelor de sănătate" al Raportului.

Prin urmare, solicităm excluderea din cuprinsul contractului-cadru de furnizare a serviciilor în asistența medicală primară a tuturor articolelor ("clauze prestabilite") prin care casele județene de asigurări de sănătate nu fac decât să transfere cabinetelor de medicină familie (furnizori de servicii în asistența medicală primară) răspunderea pentru neîndeplinirea obligațiilor legale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. În situația menționată, consecutiv neîndeplinirii obligațiilor legale ale Casei Naționale, nici casele județene nu își pot executa propriile obligații.

Cu titlu de exemplu, modelul de contract de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară încheiat între casele județene de asigurări și cabinetele de medicină familie conține un număr de 16 obligații pentru casa de asigurări și un număr de 46 de obligații pentru cabinetul de medicina familiei. În ceea ce privește sancțiunile, contractul nu prevede nici o sancțiune pentru neexecutarea obligațiilor casei de asigurări, însă cabinetul are sancțiuni aferente aproape fiecărei obligații, de la avertisment până la reziliere, inclusiv imputarea a 5-10% din valoarea per capita și recuperarea contravalorii serviciilor prestate de alți furnizori în baza documentelor eliberate de medicul de familie. Modelul de contract nu poate fi negociat deoarece obligațiile și sancțiunile fac parte din Contractul-cadru aprobat prin Hotărâre a Guvernului.

Cu titlu de exemplu:

Platforma Informatică a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (PIAS), formată din cele patru componente interdependente SIUI, SIPE, DES și CEAS, funcționează de mulți ani de zile defectuos, a avut parte de nenumărate întreruperi de la momentul punerii în funcțiune și până în prezent, întreruperi ce au perturbat activitatea din întreg sistemul de sănătate și au adus nemulțumiri atât în rândul medicilor, cât și al pacienților (care au avut de suferit prin prelungirea timpului de așteptare, imposibilitatea prestării unor servicii medicale, imposibilitatea eliberării rețetelor necesare). De asemenea, funcționarea defectuoasă a componentelor PIAS a generat neplata unor servicii către medicii din cabinetele de medicină de familie, ambulatoriul de specialitate sau spitale, imputări de rețete compensate, dar și imputări al căror quantum a fost cu mult mai mare decât valoarea serviciului sau a rețetei compensate.

Deși Platforma Informatică a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (PIAS) are ca scop declarat și asumat o gestionare corectă a fondurilor FNUASS, dar și o gestionare corectă a calității și a categoriilor de asigurați (pensionar 0-700, handicap, revoluționar etc), asistență la prescrierea medicamentelor prin implementarea avertizărilor legate de protocoale sau în cazul prescrierii de produse incompatibile sau a dozelor neadecvate, o informatizare cu beneficii pentru sistem, medici și pacienți, realitatea demonstrează faptul că singurul scop realizat (imperfect!) este cel de control al cheltuirii banilor.

În rest, niciunul dintre aceste deziderate nu este realizat:

- *Categoria de asigurat nu este gestionată corect*, existând nenumărate probleme, precum încadrări greșite ale persoanelor în alte categorii decât cele în care se încadrează, cazuri de invalidare eronată a categoriei de asigurat, fapt ce duce la vătămarea acestora, cu creșterea gradului de nemulțumire populației față de serviciile acordate în cadrul sistemului public de asistență medicală (exemple: nou născuți, student, elevi, handicap etc) sau lipsa totală a gestionării categoriilor de pacienți cu venituri doar din pensii cu o valoare mai mică de 700 de lei;
- *Categoria de "pacient internat", în situația în care sistemul informatic nu informează asupra acestei situații, iar medicul de familie nu cunoaște întotdeauna faptul că pacientul din cabinet apare "internat".* În realitate, spitalele publice din România adesea nu dețin medicația necesară bolilor cronice ale pacienților și îi trimit pe aceștia, fără nici un document (anexa 22A de unde?) la medicul de familie. Deținem mii de declarații ale pacienților care arată ca bolnavii nu primesc toate cele necesare tratamentului în spitale;



- *Asistența la prescrierea medicamentelor, cu implementarea posologiei acestora, a interacțiunilor și a avertizărilor de prescriere în cazul produselor a căror prescriere în cadrul sistemului de asigurări de sănătate se face pe baza protocoalelor de prescriere, este inexistentă practic (cu mici excepții care nu fac altceva decât să demonstreze că dacă se dorește, acestea pot fi implementate, așa cum a fost promis încă de la introducerea rețetelor electronice).*

Sunt astfel necesare următoarele măsuri urgente:

- 1. Limitarea la maximum a încărcăturii birocratice inutile și întoarcerea medicului spre pacient:**
 - a. modificarea aplicațiilor informatice și realizarea conexiunilor CNAS cu alte instituții ale statului (Casa de pensii, ANAF, oficiu handicap, universități etc), care vor prelua tot ceea ce ține de tipul de asigurat, pacient 0-700, legi speciale;
 - b. Reducerea la maxim a nevoii de tipărire de orice fel: rețete unice (cu toată schema terapeutică a pacientului) și realizarea trimiterilor electronice, rețete tab I și III electronice, concedii medicale electronice;
- 2. Eliminarea riscului de imputări prin modificări de legislație și prin avertismente generate de PIAS**
 - a. Modificarea PIAS, în așa fel încât CNAS, prin sistemul informatic să preia răspunderea pentru drepturile pe care le are pacientul. Medicul de familie trebuie să poată recomanda tratamentul necesar, fără restricții, conform pregătirii curriculare și conform nevoilor pacientului, iar CNAS, prin sistemul informatic să își asume responsabilitatea rețetelor compensate (90%, 50%, 20%, 100%), sau necompensate;
 - b. Modificări ale PIAS, astfel încât acesta să genereze avertismente pentru diferite impuneri ale CNAS;
 - c. Modificarea legislației referitoare la suprapunerea protocoalelor terapeutice cu protocoalele de prescriere, care la ora actuală aduce imputări medicului de familie și împiedică medicul de familie să ofere bolnavilor rețetele necesare;
- 3. Stabilirea măsurilor care să impună cu necesitate finalizarea actului medical, (prin rețeta compensată, scrisoare medicală, concediu medical), de către orice furnizor din sistemul medical public (spital, UPU, ambulator de specialitate). Nerespectarea acestor reguli produce vătămări populației, care este nevoită să facă drumuri inutile. De ani de zile medicul de familie este încărcat birocratic suplimentar cu acte administrative care nu-l aparțin și care sunt în defavoarea activității medicale.**

În legătură cu aceste contracte, vă solicităm să modificați paragraful ultim din cuprinsul secțiunii 3.4 "Finanțarea medicinei de familie" din cadrul Capitolului 3 "Asistența medicală primară" al Raportului în sensul în care mai puțin de 5 % din valoarea totală a veniturilor încasate de cabinetele de medicină familie se realizează din alte venituri decât cele provenind din contractele încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate.

În paragraful mai sus menționat se indică în prezent un procent de 10% și se reține că ar fi încheiate contractele de furnizare de servicii medicale în asistența medicală primară de CNAS, când, de fapt, ele se încheie de casele județene de asigurări de sănătate.

În același sens, pentru evitarea oricărui dubiu, vă solicităm modificarea titlului graficului nr. 33 din Raport (pagina 57) din "Repartizarea furnizorilor de asistență medicală primară, care aveau încheiate contracte de furnizare de servicii de medicină primară cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate la nivel județean" în "Repartizarea furnizorilor de asistență medicală primară, care aveau încheiate contracte de furnizare de servicii de medicină primară cu casele județene de asigurări de sănătate" și modificarea în consecință și a paragrafului de imediat sub grafic.



Federația Națională a Patronatelor Medicilor de Familie (FNPMF)

Str. George Enescu nr. 27-29, sector 1, București

Fax +40212110062



Societatea Națională de Medicina Familiei (SNMF)

Str. Ionel Perlea 10, sector 1, București

Fax +40213154656

III. Tot la punctul 2 al Raportului, în baza art. 25 alin. 5 lit. a) din Legea concurenței, Consiliul Concurenței recomandă Guvernului României, Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate să abroge prevederile legale referitoare la stabilirea unui număr minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie, precum și cele referitoare la denunțarea unilaterală de către casa de asigurări de sănătate a contractelor încheiate cu cabinetele de medicină de familie - pagină a zecea a Raportului.

Eliminarea numărului minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie va duce la creșterea numărului de cabinete de medicină de familie în zonele urbane – centre universitare – și la dispariția cabinetelor de medicină de familie din zonele urbane mici, rurale și din zonele izolate.

Eliminarea prevederilor legale actuale nu va genera concurență mai mare și nici creșterea calității serviciilor medicale pe întregul cuprins al țării, ci va duce la concentrarea furnizorilor de servicii medicale decontate de casele județene de asigurări de sănătate în zonele urbane mari și dispariția acestora din zonele urbane mici și rurale. Același tipar poate fi observat și în cazul altor furnizori de servicii, cum ar fi farmaciile, cabinetele de stomatologie, laboratoarele medicale.

Cu stimă,

Președinte FNPMF

Dr. Doina Mihăilă



Președinte SNMF

Dr. Rodica Tănăsescu

