

Stéphane Brissy^{1,2}

A REGULAÇÃO DAS PROFISSÕES DE SAÚDE NA FRANÇA *

¹*Université de Nantes*. Nantes, França.

²*Université Paris Descartes*. Paris, França.

Correspondência: stephane.brissy@univ-nantes.fr

Recebido: 19/06/2018. Revisado: 19/09/2018. Aprovado: 24/09/2018.

*Artigo original desenvolvido no âmbito da pesquisa "Arranjos institucionais de mediação das diferentes instituições de regulação de profissões de saúde no Brasil: itinerário jurídico-administrativo de criação de novas profissões de saúde e aperfeiçoamento da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde/MS", realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) em 2018.

RESUMO

A regulação jurídica das profissões de saúde faz parte de uma política de saúde pública e contribui para o estabelecimento de um sistema de saúde de qualidade e acessível a todos. No entanto, há muito tempo, as questões regulatórias são monopolizadas por entidades profissionais, principalmente pelos conselhos médicos, que defendem um sistema liberal e a autonomia jurídica das profissões. A regulação das profissões de saúde na França ainda é precária, porém, tende a se tornar cada vez mais um assunto de interesse de todos os cidadãos.

Palavras-Chave

Agências Regionais de Saúde; Competências; Convenção do Exercício Profissional; Ética Profissional; Poder Normativo.

Introdução

A atual regulação das profissões de saúde na França é fruto de um processo longo e conturbado. O enquadramento jurídico das atividades dos profissionais de saúde – tema deste artigo – não pode ser analisado sem se considerarem os embates e coalizões sociais e políticos que envolvem, e seguirão envolvendo, a construção dos sistemas de proteção social e de saúde.

Apesar de, atualmente, a lei afirmar que “a política de saúde é responsabilidade do Estado”¹, nem sempre foi assim. A construção de um sistema de proteção social foi possível apenas com a participação das organizações profissionais de trabalhadores e de empregadores, dando corpo à ideia de democracia social². Mas, paralelamente, o modelo de sistema de saúde pública com base no exercício liberal e individual da medicina, livre da autoridade estatal, impregnou o sistema de saúde na França³. Esta concepção liberal e não estatal para a atuação dos profissionais da saúde implicou uma forte demanda por autorregulação e, portanto, importantes poderes normativos foram confiados aos representantes de cada profissão, por meio dos sindicatos e também de ordens profissionais com competência para regular o conjunto das respectivas profissões. Sem gozar de uma capacidade plena de autorregulação, há tempos as profissões médicas têm sido responsáveis pela organização do sistema de saúde pública na França, com consequências sobre a regulação das profissões de saúde, médicas e não médicas.

À custa de alguns escândalos no campo da saúde pública, que trouxeram à tona os perigos da falta de intervenção do Estado na área, as autoridades públicas tornaram-se mais conscientes das questões de saúde e começaram a construir uma política nacional de saúde pública, sobrepujando as ordens profissionais. No entanto, a regulação das profissões de saúde não é um assunto da esfera estatal apenas: a herança histórica da organização da área da saúde pública na França não foi totalmente apagada, e cada vez mais os processos de regulação são compartilhados entre o poder público e outros atores que contam com um poder normativo ou “quase” normativo⁴. Ao mesmo tempo, o Estado francês se responsabilizou por definir, por meio de estratégias anuais ou plurianuais de saúde, objetivos para o sistema de saúde, como, por exemplo:

[...] a promoção de condições de vida saudável, a melhora do estado de saúde da população, a redução das desigualdades sociais e entre os territórios [franceses fora da França], a igualdade entre

¹Art. L 1411-1 alínea 2 do Código de Saúde Pública (CSP). LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>>. Acesso em: 19 set. 2018.

²BEC, C. *La sécurité sociale: une institution de la démocratie*. Paris: Gallimard, 2014.

³HASSENFEL, P. *Les médecins face à l'Etat: une comparaison européenne*. Paris: Presses de Sciences Po., 1997; TABUTEAU, D. *L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary. Droit Social*, Paris, n. 4, p. 383, 2009.

⁴COMMAILLE, J.; JOBERT, B. (Dir.). *Les métamorphoses de la régulation politique*. Paris: LGDJ, 1998. (coll. Droit et société).

mulheres e homens [...], a melhor seguridade social possível e o acesso efetivo da população à prevenção e aos cuidados de saúde⁵.

Acrescente-se a esses objetivos o controle das despesas em saúde.

O compartilhamento dos poderes de regulação, que se trata mais de governança do que de administração pública do sistema de saúde, não priva o Estado da responsabilidade de atender aos objetivos com foco na melhoria das condições de saúde da população. Assim, a parcela de autonomia jurídica dos profissionais da saúde não pode levar a uma “autorregulação” das profissões de saúde (I). Isso porque é essencial que os objetivos traçados pelo Estado sejam integrados ao processo de regulação das competências profissionais (II), bem como à liberdade de oferta de serviços e à definição de valores cobrados pelos profissionais da saúde (III).

I. Uma autonomia sem autorregulação

O Estado francês se responsabilizou pela elaboração de políticas públicas de saúde a fim de assegurar, da melhor maneira possível, as metas definidas no Código de Saúde Pública (CSP). Assim, falar de uma verdadeira autorregulação das profissões de saúde parece exagero hoje em dia. No entanto, algumas organizações dispõem de uma autonomia jurídica que passa por inúmeros canais, cuja multiplicidade se explica pela diferença de papéis atribuídos às representações e pelo fato de que um profissional da saúde pode exercer sua atividade de diferentes maneiras: (i) como profissional autônomo, ou seja, por sua própria conta e de acordo com o tipo de organização de trabalho de sua escolha, (ii) ou como empregado em um estabelecimento, público ou privado, subordinado a uma organização de trabalho sobre a qual não pode decidir. Sem esquecer as diversas maneiras de representação profissional, serão analisadas, a seguir, as duas principais categorias de representação com poder normativo: as ordens profissionais e os sindicatos.

1. As ordens profissionais

O CSP prevê a existência de uma ordem profissional e de um código de ética profissional para sete categorias identificadas como “profissões de saúde”: médicos, parteiras, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos e podólogos. Nas demais profissões relacionadas com a área da saúde, aplicam-se as normas legais comuns, bem como disposições específicas que dizem respeito, em grande parte, ao exercício de cada profissão e às ações ou atividades que podem ser executados por profissionais habilitados.

⁵Art. L 1411-1, alínea 3 do CSP.

O papel das ordens vai além da representação dos interesses dos profissionais⁶. A ordem e o código de ética devem assegurar o reconhecimento social da profissão e sua aderência a valores que se sobreponham aos interesses de seus membros. É por essa razão que os códigos de ética presentes no CSP afirmam que todos os profissionais estão a serviço dos indivíduos e da saúde pública, que eles devem respeitar a pessoa humana e sua dignidade, e que as ordens devem, notadamente, velar pelo respeito aos princípios morais, de probidade, competência e dedicação, a fim de preservar a independência dos profissionais e de promover a saúde pública e a qualidade dos cuidados.

A existência das ordens profissionais e de códigos de ética próprios justifica-se pelo reconhecimento de competências específicas das profissões. Porém, em uma abordagem global, esses instrumentos afirmam a utilidade social das profissões de saúde. Assim, essa função social das profissões de saúde mostra que os princípios éticos que as protegem não dizem respeito apenas às relações entre os profissionais e que tais princípios não podem ser definidos apenas por eles. Para que um código de ética relativo a uma profissão de saúde adquira todo seu valor jurídico, é preciso que ele seja aprovado por decreto, após avaliação pelo Conselho de Estado, mesmo que seu conteúdo, completo ou não, tenha sido inicialmente elaborado pela ordem profissional.

O poder disciplinar das ordens, que lhes permite punir um profissional que desrespeite o código de ética de sua área, é igualmente limitado pelo Estado. A organização das instâncias disciplinares e as penas que elas podem impingir são fixadas por leis estatais, e as decisões das instâncias ordinárias podem ser contestadas perante o Conselho de Estado.

Os códigos de ética e sua aplicação pelas ordens profissionais contribuem, desta forma, para a existência de uma ordem jurídica profissional integrada a uma ordem jurídica do Estado⁷.

Mesmo não sendo totalmente independente do direito e das instituições estatais, essa regulação jurídica profissional confere aos profissionais uma capacidade de regulação e, conseqüentemente, uma certa autonomia jurídica. A instância das ordens dispõe, assim, de poder para tomar decisões, que são impostas aos profissionais sem a necessidade de intervenção dos poderes públicos.

Um processo disciplinar contra um profissional de saúde no âmbito da ordem é independente de processo na esfera judicial civil ou penal contra o mesmo profissional pelas mesmas razões. Por exemplo, o fato de um paciente desistir de seguir adiante com uma ação contra um profissional na justiça civil não elimina

⁶BRISSY, S. La régulation des professions de santé par les ordres professionnels en droit français et européen. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127777/124774>>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p77-106>. Acesso em: 29 out. 2018.

⁷BAILLY, J. M. *Les déontologies*. Paris: Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001. p. 408 et s.

o objeto do litígio levado a cabo na jurisdição disciplinar da ordem⁸. O encaminhamento de processos nas instâncias disciplinares da ordem está aberto a outras pessoas, além dos profissionais e dos pacientes. O Conselho de Estado determinou recentemente que um empregador pode apelar à câmara disciplinar da ordem dos médicos quando considera tendencioso um atestado emitido por um médico do trabalho, estabelecendo uma ligação entre a saúde de um trabalhador e suas condições de trabalho sem ter verificado pessoalmente estas condições, em contradição com as obrigações éticas que se impõem a todos os médicos⁹. Nota-se que o direito de apelar a instâncias disciplinares é bastante abrangente.

O poder disciplinar de uma ordem profissional cessa quando houver uma jurisdição disciplinar com competência específica, como é o caso dos professores universitários que também atuam nos serviços hospitalares, em razão de que suas atividades como professor-pesquisador não podem ser separadas das atividades realizadas no hospital¹⁰. A aplicação dos princípios éticos pela ordem profissional também pode ter o caráter de uma deliberação geral. Nesse sentido, o Conselho de Estado considerou que uma decisão da ordem pode apresentar natureza regulatória, tendo em vista que a ordem, na aplicação de regras éticas, pode adotar deliberações formuladas como uma norma geral imperativa¹¹.

Complementando as ações regulatórias das ordens, a organização de uma profissão de saúde também assume a natureza de uma negociação coletiva com relação aos sindicatos a ela vinculados.

2. Os sindicatos e a via constitucional

A variedade de formas de exercício das profissões de saúde implica certa diversidade no papel normativo dos sindicatos, que pode, por vezes, expressar-se por meio de consultas obrigatórias, mas, sobretudo, pela capacidade jurídica de negociar e adotar coletivamente textos com valor normativo.

⁸Conseil d'Etat (CE), 28 mars 2018, n° 405077. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000036753597>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁹CE, 6 juin 2018, n° 405453: "a menção, em um atestado médico apresentado por um empregado diante de um juiz do trabalho, no âmbito de um litígio contra seu empregador, a um 'quadro deletério de maus tratos', afeta este empregador de maneira suficientemente direta e certa para que sua reclamação contra o médico autor do atestado seja recebida". LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000037022279&fastReqId=1018602938&fastPos=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁰CE, 13 avr. 2018, n° 406887: professores universitários que atuam como profissionais da saúde em hospitais perseguidos por terem difundido junto a seus estudantes um objeto de estudo polêmico. JURICAF. Disponível em: <<https://juricaf.org/arret/FRANCE-CONSEILDETAT-20180413-406887>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹¹CE 17 nov. 2010, n° 332771: deliberação do Conselho Nacional Médico determina que os médicos não podem trabalhar em colaboração com os osteopatas em uma instituição de saúde. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000023109995&fastReqId=759322029&fastPos=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

Em relação aos profissionais que atuam em hospitais públicos – considerados empregados –, os sindicatos participam das negociações, em âmbito nacional, com os representantes do governo, dos empregadores públicos dos territórios e dos hospitais. Essas negociações tratam principalmente de aumentos salariais, condições de trabalho, saúde dos profissionais, formação continuada e igualdade de gênero¹².

No caso dos profissionais que atuam em estabelecimentos privados, na qualidade de assalariados, o poder de negociação dos sindicatos se estende tanto para a esfera nacional como para o âmbito interno da empresa ou do estabelecimento. O poder normativo dessas negociações coletivas do setor privado se desenvolveu de tal forma nos últimos anos, ao ponto de os acordos negociados definirem, sobre certas condições, aumentos salariais e duração da jornada de trabalho (tanto o máximo como o mínimo de horas)¹³.

Mas, embora a negociação coletiva em instituições privadas seja abrangente, incluindo condições de trabalho, emprego e remuneração, ela não trata das liberdades profissionais que, por definição, já são limitadas pela situação de subordinação dos profissionais às instituições que os empregam.

A força da regulação das profissões de saúde pela negociação coletiva é mais marcante quando ela atinge profissionais que exercem suas atividades autônoma. A regulação das atividades autônomas de médicos, parteiras, cirurgiões-dentistas e auxiliares médicos provém em parte de convenções nacionais ou departamentais negociadas entre os sindicatos representantes dos profissionais e as instituições de seguro saúde obrigatório. Essas convenções têm por objetivo organizar as relações entre os profissionais e o seguro saúde, notadamente ao determinar as regras relativas às instalações e remunerações. Suas disposições são verdadeiras regras vinculantes a um conjunto próprio de sanções. A instauração das convenções relativas aos profissionais liberais responde claramente à vontade de preservar a autonomia destes profissionais em relação à estruturação de um sistema nacional de proteção social acessível a todos e à do setor hospitalar; sua abrangência permite hoje afirmar que o poder normativo das profissões de saúde provém, em grande parte, de convenções nacionais¹⁴. Ao mesmo tempo, a norma da convenção tenderia a se tornar cada vez mais um ponto intermediário entre a norma legal e as possibilidades de fechar contratos fora dos dispositivos adotados nas convenções¹⁵. As liberdades

¹²Art. 8 bis da Lei n°83-634 du 13 juillet 1983, modificado pela Loi n°2016-483 du 20 avril 2016. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032433852&categorieLien=id>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹³Art. L 2254-2 do Código de Trabalho, modificado pela Lei n° 2018-217 du 29 mars 2018. LEGIFRANCE. Disponível em: < <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/3/29/MTRT1726748L/jo/texte>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁴HUTEAU, G. Déclín ou renouveau des professions de santé dans l'élaboration de la norme de protection sociale. *Droit Social*, Paris, n. 2, p. 122, 2016.

¹⁵Id. *Ibid.*

profissionais têm um papel importante nesse processo, porém cada convenção que trata do exercício autônomo da profissão deve, de fato, ser aprovada por um decreto ministerial para entrar em vigor. Além disso, o controle de sua aplicação torna-se essencial às instituições de seguro saúde, que administram um serviço público, mas que são distintos do Estado.

Não há dúvida sobre o caráter normativo dos diferentes acordos e convenções negociados coletivamente, pois eles instauram direitos e deveres que podem ser objeto de sanção. Além disso, o poder regulador reconhecido nesses textos faz o legislador aumentar as exigências a serem cumpridas pelos sindicatos para participarem de uma negociação coletiva e para assinarem um texto com valor legal. Qualquer que seja o modelo de exercício da atividade, somente as organizações sindicais representativas dos profissionais podem negociar dispositivos de convenções. Para ser representativa, deve-se atingir um escore mínimo nas eleições das categorias. A eleição confere, assim, uma maior legitimidade aos sindicatos e à importância das normas negociadas. As condições de validação dos acordos concluídos também se baseiam nos resultados eleitorais.

Essa legitimidade, às vezes contestada pelos profissionais, se aproxima daquela das ordens, nas quais certas instâncias, geralmente departamentais ou regionais, são eleitas pelos profissionais. Nos outros casos, ordens e sindicatos devem ser diferenciados. Os profissionais são obrigados a pagar uma contribuição para sua ordem profissional, mas têm liberdade de aderir ou não a um sindicato. E, se a aplicação da norma de uma convenção aos profissionais não requer a adesão deles aos sindicatos signatários, tal norma não se aplica a todas as esferas da atividade profissional, contrariamente às regras da ética profissional.

A multiplicidade de atores e de modelos de regulação caracteriza a regulação das profissões de saúde na França. A diversidade de atores envolvidos na regulação é tal, que não envolve apenas as ordens e os sindicatos. Com isso, as normas que não forem estatais, das convenções ou das ordens profissionais, assim como as recomendações de boas práticas, são cada vez mais numerosas e instauram uma concorrência entre o poder dos especialistas científicos e o da comunidade profissional¹⁶. Em breve, abordar-se-á sua utilidade.

De qualquer maneira, a participação de representantes dos profissionais na elaboração e na aplicação das normas que regem a prática dos profissionais da saúde não obstrui totalmente a intervenção de instituições estatais ou de serviços de seguro saúde. A falta de “autorregulação” se explica pela importância da regulação profissional na condução da política de saúde e na realização de seus objetivos. E isso passa pela regulação do escopo de competências profissionais.

¹⁶TABUTEAU, D. Référentiels, bonnes pratiques et recommandations: nouvelles normes ou “quasi normes” en santé? *JDSAM Journal de Droit de La Sante et de L'assurance Maladie*, n. 3, p. 16, 2015.

II. A regulação do escopo de competências profissionais

No Direito francês, uma pessoa com atividades profissionais ligadas à prevenção de riscos à saúde e ao tratamento ou cuidados de saúde não é necessariamente considerada uma profissional da saúde. A lei francesa, codificada no CSP, enumera taxativamente os profissionais da saúde, o que impede, por exemplo, osteopatas e quiropráticos de exercerem suas atividades de maneira exclusiva¹⁷. Essa concepção das profissões de saúde, aparentemente centrada no direito, está ligada a uma visão fechada das competências profissionais, em geral consolidadas, mas, por vezes, bastante dinâmicas.

1. Acesso à profissão

Para cada profissão de saúde identificada como tal pela lei, o CSP determina qual diploma (ou os diplomas) uma pessoa deve ter para poder exercê-la. Às vezes, é necessário que o Estado supervisione a formação de certas profissões que não são legalmente de saúde, mas que se reivindicam como tal e prestam serviços muito próximos a determinados profissionais de saúde¹⁸.

O CSP ou o Código de Educação estabelece as condições para a organização e a realização dos estudos necessários para a obtenção de diplomas. Tais arranjos e as instituições de ensino que podem oferecer diplomas são muito diversos. Nos últimos anos, porém, o legislador francês tem buscado consolidar os pressupostos de certas formações em saúde, unificar cursos e aproximá-los da área de competência das autoridades locais e da universidade¹⁹. Depois de ter transferido parcialmente às regiões a responsabilidade pela formação de paramédicos²⁰, o legislador criou um primeiro ano que é comum aos cursos de graduação para médicos, odontologistas, farmacêuticos e parteiras²¹.

A organização do conteúdo das formações iniciais, a obrigação de se obter um título e a fixação das condições para a obtenção deste título para exercer uma atividade profissional constituem os primeiros elementos fundadores de uma política de saúde

¹⁷CE, 23 mars 2016, n° 387595 : “a prática da osteopatia não constitui, pelo CSP, o exercício de uma profissão paramédica”. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000032289626>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁸Ver, por exemplo, Décret n° 2014-1505 du 12 décembre 2014 relativo à formação em osteopatia. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/12/12/AFSH1427626D/jo>>. Acesso em: 19 set. 2018.

¹⁹Para uma síntese da evolução em curso e vindoura, ver o comunicado de imprensa do Ministério da Solidariedade e da Saúde em conjunto com o Ministério de Ensino Superior sobre pesquisa e inovação de 14 de março de 2018. FRANCE. Ministère des solidarités et de la santé. *L'universitarisation des formations en santé*. Disponível em: <<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/l-universitarisation-des-formations-en-sante>>. Acesso em: 19 set. 2018.

²⁰Art. L 4383-1 et s. Do CSP.

²¹Art. L 631-1 e s. do Código da Educação. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT00006071191>>. Acesso em: 19 set. 2018.

pública coerente e o reconhecimento socio-jurídico de uma profissão. Por exemplo, podem-se destacar recentes disposições que concederam a profissionais diplomados em outros estados a possibilidade de exercerem parcialmente atividades ligadas a uma profissão²², trazendo à luz essa função reguladora essencial da formação e da titulação. O caráter penal da sanção vinculada ao exercício ilegal de uma profissão de saúde contribui para a conscientização sobre a importância da titulação na regulação profissional, assim como de seu objetivo primordial, sempre vivo, de proteção da segurança dos pacientes, ao qual se junta a oferta de serviços de qualidade.

O exercício de uma profissão em um território, pela primeira vez ou não, necessita de registro prévio junto à ordem profissional. As profissões que não estão ligadas a uma ordem precisam ter autorização dada pelo representante estatal na respectiva região.

As aptidões profissionais e físicas são fiscalizadas pelos representantes da profissão, que interveem por meio da ordem ou de uma comissão de profissionais, consultada na ausência de uma ordem profissional. Porém, as práticas e técnicas evoluem, e a regulação por competência não é apenas resultado de uma formação inicial prévia à titulação.

2. A obrigação de desenvolvimento das competências

Os profissionais devem sempre exercer suas atividades conforme o progresso científico. Para isso, eles dispõem de recomendações ou diretrizes desenvolvidas pelos atores do sistema de saúde e da comunidade científica. Certos atos, procedimentos, técnicas e métodos podem estar submetidos a regras de boas práticas definidas pelo Ministério da Saúde, de acordo com as recomendações da Alta Autoridade de Saúde (HAS, sigla em francês para *Haute Autorité de Santé*)²³, órgão público independente de caráter científico e composto por diferentes atores do mundo da saúde, profissionais de saúde ou não – principalmente representantes de associações. Entre outras atividades, a HAS elabora os guias de cuidados e as recomendações de boas práticas destinados aos profissionais²⁴; as diretrizes de qualidade na assistência e de práticas profissionais a serem seguidas pelos médicos nos estabelecimentos de saúde²⁵; as regras de boas práticas na comunicação aos pacientes sobre seu estado de saúde²⁶; e as modalidades de acesso a essas informações²⁷. Sua ação visa também àqueles que não são profissionais da saúde, uma vez que estabelece as recomendações de boas

²²Ver Art. L 4112-7 do CSP para os médicos, cirurgiões-dentistas e parteiras.

²³Art. L 1115-1 do CSP.

²⁴Art. L 161-37, 2° do Código de Seguridade Social (CSS). LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=>>. Acesso em: 19 set. 2018.

²⁵Art. 1414-3-3 do CSP.

²⁶Art. L 1111-2 do CSP.

²⁷Art. L 1111-9 do CSP.

práticas para os osteopatas e quiropráticos²⁸. Enfim, a HAS habilita os profissionais responsáveis por avaliar as atividades dos demais profissionais. Os guias, recomendações e diretrizes elaborados pela HAS visam ainda à segurança e à qualidade dos serviços de saúde, bem como ao controle de gastos.

Essas normas são, por vezes, criticadas por sua incompletude, uma vez que consideram, principalmente, os estudos científicos²⁹. O termo “norma” é bastante apropriado porque tais normas da HAS podem implicar consequências legais. O Conselho de Estado claramente evidenciou o liame entre as recomendações de boas práticas da HAS e a obrigação ética de assegurar ao paciente cuidados com base em conhecimento científico, bem como destacou seu caráter regulador. Os profissionais de saúde a quem essas recomendações são direcionadas podem, assim, solicitar ao juiz que verifique sua conformidade à lei, uma vez que eles podem se opor a tais recomendações, quando suas práticas profissionais não se conformarem a elas³⁰.

As diretrizes e os guias são usados pelos juízes para assegurar que sejam oferecidos os cuidados ideais, podendo conduzi-los a responsabilizar ou não um profissional no campo disciplinar, civil ou penal³¹. No entanto, essas recomendações têm como base conhecimentos científicos em constante evolução. Assim, a Corte de Cassação reconheceu que o que se considera como cuidados apropriados pode ser avaliado com base nas recomendações da HAS e também com base em estudos científicos que não foram considerados na ocasião da elaboração dessas recomendações³².

Para integrar a evolução das competências à regulação profissional, é necessário que sejam dados aos profissionais meios para poderem progredir, como uma formação continuada ao longo de sua atividade. O artigo L 4021-1 do CSP prevê o desenvolvimento profissional continuado, que se constitui, por sua vez, como um direito e uma obrigação para todos os profissionais de saúde. A cada três anos, o profissional deve declarar que segue avançando em seu desenvolvimento profissional, “incluindo ações de formação continuada, de análise, avaliação e aprimoramento das práticas e da gestão de riscos”. Esta declaração mostra que o percurso de formação continuada seguido pelos profissionais não abrange apenas o progresso do conhecimento científico.

²⁸Art. R 161-72, 4° do CSS.

²⁹GALLAIS, M. La médecine générale face aux normes. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n. 4, 2015, p. 17. Disponível em: <http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1312/fichier_gallais_mg_face_normes_jdsam_decembre_201597d2a.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

³⁰CE 27 avril 2011, n° 334396. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000023946448>>. Acesso em: 19 set. 2018.

³¹BACACHE, M. La norme en jurisprudence. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n. 4, p. 29, 2015. Ver, por exemplo, Court de cassacion, civile, (Cass.) 1^{ère} civ. 14 oct. 2010, n° 09-68471: prescrição de um medicamento que não foi reconhecido depois de anos como medicamento de referência. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000022921653&fastReqId=82345665&fastPos=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

³²Cass. 1^{ère} civ. 5 avril 2018, n° 17-15620. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000036803181>>. Acesso em: 19 set. 2018.

A extensão das evoluções possíveis justifica que o Estado seja acompanhado por instâncias profissionais na escolha das orientações para a formação continuada. Alguns estados têm, por decreto ministerial, o poder de definir orientações plurianuais de desenvolvimento profissional continuado. Porém, para tal, devem considerar também as recomendações que se inscrevem na política nacional de saúde, as orientações definidas na convenção dos profissionais autônomos e aquelas determinadas pelas ordens nacionais de profissões ou pelos representantes de uma profissão ou especialidade³³. No momento atual, essas orientações tratam de numerosos e variados temas, tais como a prevenção do câncer, a contracepção e saúde sexual, a qualidade de vida dos profissionais de saúde e a coordenação das equipes de atenção primária³⁴.

A instituição de conselhos nacionais profissionais pode parecer poluir um pouco a paisagem já responsável pela representação dos profissionais de saúde. Porém, eles mostram que esse mosaico de representações profissionais às vezes precisa ter como base uma instituição propícia à troca de opiniões e de saberes técnicos e empíricos. Os conselhos dizem respeito, de fato, aos profissionais de saúde, sejam autônomos, sejam funcionários assalariados, e é responsabilidade dos próprios representantes profissionais determinar sua composição³⁵. Um conselho nacional profissional pode ser composto por representantes das ordens nacionais, por sindicatos representativos ou não ou por associações profissionais. Os conselhos nacionais alimentam reflexões sobre a evolução da profissão e têm, mais precisamente, a missão de propor orientações e um percurso para o desenvolvimento continuado do profissional³⁶. A reunião de diferentes representantes profissionais pode facilitar o progresso de uma profissão, de sua prática e do conteúdo de sua regulação. Porém, a coesão entre a regulação das competências e as práticas profissionais coloca em questão o tema das fronteiras entre profissões.

3. Persistências e desafios de uma concepção consolidada de competências

Uma concepção dinâmica da regulação das competências profissionais não estará completa sem a possibilidade de os profissionais, principalmente aqueles que não são da medicina, superarem o enquadramento estático e enclausurado de suas missões. Somente os médicos estão aptos a praticar todas as ações de diagnóstico, prevenção e tratamento sem excederem o campo de conhecimento, experiência e

³³Art. L 4021-2 do CSP.

³⁴Arrêté du 23 avril 2018, JORF n° du 28 avril 2018, texte n° 29. LEGIFRANCE. Disponível em: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=FCB26AF137C87A9AF52695403DAB1411.tplgfr23s_3?cidTexte=JORFTEXT000036847916&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCO NT000036847662>. Acesso em: 19 set. 2018.

³⁵Art. D 4021-3 do CSP.

³⁶Art. D 4021-2 e R 4021-4 do CSP.

meios que têm a sua disposição³⁷. As missões dos outros profissionais da saúde são definidas seja pelas atividades circunscritas, seja por uma lista de atividades identificadas com exatidão. O enquadramento jurídico das atividades profissionais de saúde foi construído em torno da proteção do monopólio médico, essencialmente porque os médicos eram considerados os mais competentes para assegurar os cuidados aos pacientes nas melhores condições de segurança possíveis. As atividades de outros profissionais de saúde foram, então, definidas por um conjunto constituído a partir de muitas derrogações em relação a esse monopólio. Isso induziu a uma regulação restrita das competências dos profissionais não médicos, especialmente os designados como “auxiliares médicos” pelo CSP. Ora, os auxiliares médicos, especialmente os enfermeiros, são concretamente levados a realizar, em seu trabalho cotidiano, atos que legalmente são da competência de um médico ou de outro profissional. Além de representar um risco jurídico de sanção por exercício ilegal da medicina, o não reconhecimento jurídico das competências concretas praticadas por esses profissionais constitui um freio a sua evolução profissional e impede que os médicos se aliviem, oficialmente, de tarefas que poderiam ser executadas por outros profissionais.

O caminho ainda é longo para o desenvolvimento da regulação profissional neste plano, porém a lei de 26 de janeiro de 2016 de modernização do sistema de saúde³⁸ já avançou um passo ao possibilitar que os auxiliares médicos exerçam “práticas avançadas”. O exercício de práticas avançadas designa a realização, por parte do profissional de saúde, de competências profissionais que ultrapassam as inicialmente relacionadas a sua profissão; notadamente, isso faz com que esses profissionais disponham de uma expertise, de uma capacidade de tomar decisões em situações complexas e possam realizar atividades clínicas dentro de um domínio específico.

O legislador estabeleceu as bases para um regime próprio a esse tipo de prática profissional, prevendo, em princípio, que ela poderá ser exercida por uma equipe coordenada por um médico ou assistente de médico especialista³⁹.

O exercício de práticas avançadas poderá compreender “atividades de orientação, educação, prevenção, de avaliação e de conclusão clínica; e de prescrição de produtos de saúde não restritos à prescrição médica”⁴⁰. Tal previsão será dirigida aos profissionais que tiverem exercido suas atividades depois de um tempo mínimo predeterminado, a ser fixado por decreto, e que tiverem um diploma universitário específico. Dois decretos de 18 de julho de 2018 colocaram em prática essas disposições, embora não tratem da profissão de enfermagem⁴¹.

³⁷Art. R 4127-70 du CSP.

³⁸Loi n° 2016-41, JORF du 27 janv. 2016. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>>. Acesso em: 19 Sept. 2018.

³⁹Art. L 4301-1 do CSP.

⁴⁰Art. L 4301-1, 1° do CSP

⁴¹Décrets n° 2018-629 et 2018-633, JORF du 19 juill. 2018.

Oficializar juridicamente o alargamento das fronteiras das competências definidas pelo CSP é uma operação difícil social e politicamente. A regulação jurídica integra uma certa concepção dinâmica de competências que, no entanto, permanece insuficiente do ponto de vista da utilidade que um trabalho evolutivo e coletivo pode apresentar para decisões mais globais e eficazes para os pacientes.

Esse panorama do enquadramento normativo das atividades profissionais sob o ângulo das competências confirma que, no campo da saúde, a regulação profissional é fortemente pluralista e se aproxima de uma ideia de governança, considerando os múltiplos órgãos de representação profissional que nela intervem. O Estado conserva, de qualquer maneira, um forte poder de decisão e há alguns anos tende, pelo intermédio da lei, a aproximar as políticas de formação profissional. As resistências socio-jurídicas ao desenvolvimento regulatório seguem firmes, no entanto. Como afirma *Tabuteau*, “não se questionam sem conflito ou coragem dois séculos de delegação da organização sanitária a um corpo profissional”⁴², no caso, o corpo médico. E como visto, na implantação do sistema de proteção social na França, a regulação não proveio apenas do Estado, mas também é fruto de coalizões sociais e políticas⁴³. A observação vale igualmente para as competências profissionais, sobre as quais o Estado não pode decidir sozinho, ainda que deva garantir que sejam incorporadas ao sistema de saúde da melhor maneira. O funcionamento de uma social-democracia digna deste nome requer a resolução de inúmeras ambiguidades, e a regulação das profissões de saúde é reveladora dessas ambiguidades, principalmente quando afeta as liberdades dos profissionais.

III. A regulação das liberdades profissionais

As desigualdades de acesso aos tratamentos e cuidados de saúde são causadas por inúmeros fatores, entre os quais identificam-se notadamente a demora no atendimento, a oferta de serviços insuficientes em certas áreas e o custo elevado para algumas pessoas⁴⁴. A redução dessas dificuldades de acesso pode ser impactada pela oposição persistente entre a regulação estatal da oferta de saúde e os custos e a defesa de um modelo liberal individualizado do exercício da atividade do profissional de saúde.

⁴²TABUTEAU, D. *Démocratie sanitaire: les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris: Odile Jacob, 2013. p. 45.

⁴³POLLET, G. La régulation au confluent des coalitions sociales et politiques. In: COMMAILLI, Jacques; JOBERT, Bruno (Dir). *Les métamorphoses de la régulation politique*. Paris: LGDJ, 1998. p. 329 et s. (coll. Droit et société).

⁴⁴V. l'étude conduite par la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE. L'OBSERVATOIRE DES NON RECOURS AUX DROITS ET SERVICES (ODENORE). *Agir contre le renoncement aux soins: diagnostic, solutions et déploiement*. Mars 2017.

1. A regulação da oferta de serviços de saúde

Os estabelecimentos de saúde não os únicos a terem uma regulação relativa a suas instalações. No entanto, para os profissionais autônomos, esse enquadramento regulatório não é unificado.

A primeira etapa da regulação de oferta profissional se faz no início da formação, ao permitir a titulação profissional. Certas instituições trabalham com cotas e outras, com *numerus clausus*. As cotas definem um número limitado de estudantes admitidos em seguida à formação inicial dos primeiros anos (enfermeiros, terapeutas psicólogos, fonoaudiólogos, ortoptistas e audioprotéticos). O *numerus clausus* define o número de estudantes aceitos no segundo ano de estudos e inclui medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia. Esses limites tendem a aumentar a cada 10 a 15 anos, para compensar certos déficits profissionais⁴⁵.

Embora o princípio da regulação democrática pelo acesso limitado à formação seja estendido a todas ou quase todas as profissões de saúde, a liberdade para o profissional exercer sua profissão, uma vez diplomado, é bastante regulada.

Certas profissões são submetidas a uma regulação territorial que restringe a liberdade de estabelecimento, como é o caso das farmácias, cujo estabelecimento deve levar em conta as necessidades da população⁴⁶.

Para os enfermeiros e parteiras que atuam como autônomos, a liberdade de se estabelecer é parcialmente limitada pela convenção nacional, que impede os profissionais de aderirem à convenção, caso optem por praticar em áreas identificadas pelas partes da convenção como “superequipadas”. Para além do efeito dissuasivo de não participar do acordo, o que pode ser muito oneroso para o profissional, os acordos preveem também incentivos sob a forma de assistência financeira para os enfermeiros e parteiras autônomos em áreas “subequipadas” ou mesmo “muito pouco equipadas”.

Essa regulação que combina coerção e incentivo ainda não é dirigida aos médicos autônomos, e a população das regiões com falta de médicos tem dificuldade de acesso. A liberdade de estabelecimento fez parte dos princípios da medicina liberal contidos na carta da medicina autônoma adotada em 1927, vendo-se novamente no seio das reivindicações dos médicos desta categoria em reação à recusa de uma “estatização” do sistema de saúde, materializada pela criação das agências regionais de saúde (ARS) em 2009⁴⁷. Os dispositivos de incentivo se sucederam e, hoje, são

⁴⁵BARLET, Muriel; MARBOT, Claire (Dir.). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*. p. 84-88. (Collection Panoramas de la Drees - Santé). Disponível em: <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>>. Acesso em: 22 out. 2018.

⁴⁶Art. L 5125-3 do CSP.

⁴⁷HASSENTEUFEL, P. La défense de la médecine libérale, p. 5. *La Vie des Idées*. Disponível em: <http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_raux16062015.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

compartilhados entre a lei⁴⁸ e a convenção nacional. Alguns deles dizem respeito aos médicos autônomos, generalistas ou não. Outros visam aos médicos que atuam em estabelecimentos para que incluam o atendimento ambulatorial no quadro de seus serviços obrigatórios. As áreas geográficas em questão são geralmente caracterizadas por oferta insuficiente de assistência de saúde ou por dificuldade de acesso aos cuidados, situações estas que são identificadas pela respectiva ARS. De maneira geral, a ARS pode firmar contratos com os profissionais de saúde para que atuem a fim de melhorar a qualidade e a coordenação dos trabalhos⁴⁹.

Dependendo de se o regime de incentivo mobilizado está previsto por lei ou pela convenção nacional, o contrato será celebrado entre o profissional em questão e a ARS ou o seguro saúde. Em ambos os casos, a ferramenta contratual é onipresente, sendo que se busca sempre a adesão voluntária dos profissionais.

Embora a ARS seja a instituição organizadora do sistema de incentivos, que depende fortemente de profissionais voluntários, seu poder é limitado pelo poder dos serviços de seguro saúde na regulação das atividades dos profissionais de saúde autônomos. Um dos principais obstáculos a uma regulação coerente e igualitária da oferta de serviços em saúde é de fato a dualidade de regimes entre a regulação prevista em lei e confiada às ARS, de um lado, e a organização definida pela convenção do exercício autônomo da profissão, acordada entre os sindicatos e a União Nacional dos Fundos das Seguradoras de Saúde (UNCAM, sigla em francês para *l'Union nationale des caisses d'assurance maladie*) de outro⁵⁰.

As ARSs poderiam, no entanto, conduzir as transformações essenciais do sistema de saúde, promovendo o trabalho de equipes multidisciplinares, redistribuindo a economia de recursos obtida por uma nova forma de organização em benefício dos profissionais de saúde que trabalham dessa forma e buscando sua adesão às recomendações de boas práticas com base na mudança na organização das atividades profissionais⁵¹. Isso facilitaria também o desenvolvimento de profissões que não são de saúde, mas que permitem aos profissionais da área, principalmente aos médicos, concentrar-se em suas atividades-alvo (gestão de circulação de informações e de consultas, entre outros exemplos). Certos dispositivos são dirigidos para esse tipo de ação, mas ainda são insuficientes para inscrever plenamente a regulação das profissões de saúde no centro das transformações do sistema de saúde. A regulação de valores sofre dos mesmos males, apesar do progresso conquistado.

⁴⁸Art. L 1435-4 e s. do CSP.

⁴⁹Art. L 1435-4 e L 1435-4-1 do CSP.

⁵⁰TABUTEAU, D. Déserts médicaux: un révélateur des contradictions des politiques de santé. *JDSAM Journal de Droit de La Santé et de L'assurance Maladie*, n. 2, p. 47, 2015.

⁵¹BRÉCHAT, P. H.; LOPEZ A. Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *Les Tribunes de la santé*, n. 55, fasc. 2, p. 80, 2017. 10.3917/seve.055.0075.

2. A regulação de valores

O valor das tarifas pagas pelos pacientes e do reembolso obtido do seguro saúde condiciona um acesso aos serviços de saúde aberto ao conjunto da população, sem distinção de renda. Em outras palavras, o sistema de tarifas assegura a existência de um sistema de saúde e de seguro saúde fundado na igualdade e na solidariedade, duas qualidades indissociáveis. Os criadores da seguridade social francesa, em 1945, não fizeram uma escolha clara entre a vontade da autonomia profissional dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, e o imperativo do acesso universal aos cuidados de saúde próprios da lógica da solidariedade.

Para os profissionais assalariados, a remuneração é fixada por faixas salariais, com diferenças segundo a natureza da instituição e o estatuto profissional; porém, esta forma de remuneração deixa pouco espaço para a liberdade individual do profissional. A conciliação entre o cumprimento dos objetivos da política pública de saúde e a liberdade dos profissionais em matéria de rendimentos é uma questão que se refere mais aos profissionais autônomos.

A liberdade de fixação de valores entrou em discussão nos anos 1960, com a instauração de preços tarifados pelas convenções departamentais e, posteriormente, nacionais, que devem ser respeitados. O princípio da tarifa fixa implica que

a responsabilidade ou o reembolso por parte da seguradora de qualquer ato ou serviço prestado por um profissional de saúde [...] está sujeito a sua inclusão em uma lista elaborada [...] pela União Nacional dos Fundos das Seguradoras de Saúde, após recomendação da União Nacional de Instituições de Seguro Saúde Complementar e após recomendação, se necessário, da Alta Autoridade de Saúde, quando a decisão trata da avaliação do serviço esperado ou do serviço prestado⁵².

Essa lista compreende práticas sujeitas a uma cotação, que determina o nível de reembolso das atividades e é composta de uma parte relativa aos atos médicos – classificação comum dos atos médicos – e de uma parte relativa aos atos dos cirurgiões-dentistas, das parteiras e dos auxiliares médicos – nomenclatura geral dos atos profissionais. A cobrança de um profissional à seguradora por serviços não listados na nomenclatura dos atos profissionais constitui violação da convenção e pode ser penalizada com reembolso do valor indevido ou com sanção disciplinar.

Por outro lado, as convenções de exercício profissional preveem, para seus filiados, referências identificadoras de cuidados e prescrições inúteis ou perigosas – a não observância dessas referências pode gerar penalização, com cobrança financeira para o profissional. Tais referências são fixadas pela HAS e podem

⁵²Art. L 162-1-7 do CSS.

constituir um dispositivo de controle complementar das atividades dos profissionais. Cabe às próprias convenções especificar as condições em que essas referências são aplicáveis e o valor da contribuição a ser paga, quando necessário.

De qualquer forma, uma eventual decisão sancionatória cabe ao fundo do seguro saúde, mesmo nos casos em que há o envolvimento de representantes dos profissionais.

Quase sempre, existem inúmeras possibilidades para o profissional ultrapassar as tarifas fixadas – principalmente os médicos, quando um paciente consulta um especialista sem ter passado anteriormente por seu médico usual ou por médicos portadores de determinados títulos. Em todos os casos, o médico, mesmo que autorizado a praticar valores mais altos, não pode exigir do paciente honorários que excedam “o tato e a medida”⁵³, noção fluida que pode designar a cobrança sistemática e repetida de preços mais altos⁵⁴, apesar dos avisos⁵⁵,⁵⁶. Um dever econômico se impõe igualmente ao profissional de saúde.

A cobrança de honorários mais caros não é responsável por todos os males do sistema de saúde, mas a fixação de tarifas é um dos pilares do seguro saúde e é essencial à igualdade de acesso aos cuidados e à prevenção⁵⁷.

Além da liberdade de cobrança de honorários para certos profissionais, os princípios do pagamento por serviço e do pagamento direto podem ser obstáculos a uma ação coordenada e acessível a todos. Atualmente, certos mecanismos permitem superar o pagamento por serviço. Uma remuneração fixa foi criada para valorizar financeiramente médicos autônomos que tratam de certos tipos de pacientes e patologias (afecções de longa duração, pacientes idosos com mais de 80 anos). A remuneração por serviço pode igualmente ser complementada por uma remuneração condicionada ao atendimento dos objetivos da saúde pública fixados pela convenção do exercício profissional (tratamento de doenças crônicas, medidas de prevenção, eficiência das prescrições). No entanto, esses mecanismos ainda são insuficientes, não apenas por serem facultativos, mas também por terem como base a definição de indicadores quantitativos que não podem abarcar todas as atividades

⁵³Art R 4127-53 do CSP e art. L 162-1-14-1, 2° do CSS

⁵⁴CE, 9 déc. 1994, n° 114650. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007864563>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁵⁵CE, 29 juill. 1996, n° 129484. LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007880796>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁵⁶CE, 29 juill. 2002, n° 215321 (honorários 10 vezes superiores às tarifas convencionais). LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000008090255>>. Acesso em: 19 set. 2018; CE, 18 févr. 1977, n° 00557 (honorários seis vezes superiores às tarifas convencionais). LEGIFRANCE. Disponível em: <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=CETATEXT000007650380&fastReqId=2071669487&fastPos=1>>. Acesso em: 19 set. 2018.

⁵⁷TABUTEAU, D. La liberté tarifaire? *Droit Social*, Paris, n. 4, p.424, avr. 2013.

dos profissionais⁵⁸. Esses limites persistem ainda que a convenção médica assinada em agosto de 2016 tenha integrado novos indicadores.

Se a adesão a essas formas de remuneração permanece como opção individual do profissional liberal, sua inclusão na convenção limita inevitavelmente a liberdade profissional, com a seguradora verificando o atendimento ou não dos objetivos para determinar o direito à remuneração complementar⁵⁹. Porém, uma liberdade de fixação de valores no âmbito do seguro saúde obrigatório poderia resultar na ampliação do papel dos seguros complementares no complemento dos benefícios. Os mecanismos de regulação de despesas e o controle dos profissionais poderiam ser acentuados⁶⁰.

A regulação da atividade dos profissionais de saúde repousa sobre um equilíbrio entre uma intervenção necessária do Estado para uma política unificada, guiada por um objetivo (ideal?) de mais saúde para todos, um compartilhamento de poderes normativos, de compromissos históricos que sobrevivem em defesa de algumas liberdades profissionais, e uma dicotomia entre o sistema de saúde e o seguro saúde. A organização sanitária está sempre buscando coerência, mesmo que as tentativas de unificação e de desenvolvimento em curso de outras formas de exercer o trabalho em saúde estejam funcionando. O pluralismo da regulação segue, no entanto, necessário para que os profissionais de saúde possam contribuir com o poder público com seu conhecimento e sua adesão à política de saúde. Esse pluralismo deve ser incentivado, com a participação das associações de representantes de pacientes e de cidadãos e, de maneira ainda mais abrangente, com a participação de cada cidadão, para que se conheçam suas necessidades e se escolha a melhor forma de regulação profissional a fim de atender a essas demandas. Talvez esta seja a maneira de evitar que a regulação se perca do ideal que deve perseguir e que ele não seja uma quimera.

Referências

BACACHE, M. La norme en jurisprudence. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n. 4, p. 29-35, 2015.

BAILLY, J. M. *Les déontologies*. Paris: Presses universitaires d'Aix-Marseille, 2001.

BARLET, Muriel; MARBOT, Claire (Dir.). *Portrait des professionnels de santé - édition 2016*. p. 84-88. (Collection Panoramas de la Drees – Santé). Disponível em: <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016>>. Acesso em: 22 out. 2018.

⁵⁸MARIE, R. Les évolutions à l'œuvre en matière de rémunération des médecins libéraux. *Droit Social*, Paris, p. 517, Mai, 2012.

⁵⁹MARIE, R. Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, p. 615, juil./août. 2013.

⁶⁰TABUTEAU, D. La liberté tarifaire? op. cit.

- BEC, C. *La sécurité sociale: une institution de la démocratie*. Paris: Gallimard, 2014.
- BRÉCHAT, P. H.; LOPEZ A. Pour des agences régionales de santé dotées de plus de moyens de régulation. *Les Tribunes de la santé*, n. 55, fasc. 2, 2017. 10.3917/seve.055.0075.
- BRISSY, S. La régulation des professions de santé par les ordres professionnels en droit français et européen. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 77-106, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/127777/124774>>. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v17i3p77-106>. Acesso em: 29 out. 2018.
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE. L'OBSERVATOIRE DES NON RECOURS AUX DROITS ET SERVICES (ODENORE). *Agir contre le renoncement aux soins: diagnostic, solutions et déploiement*. Mars 2017.
- COMMAILLE, J.; JOBERT, B. (Dir.). *Les métamorphoses de la régulation politique*. Paris: LGDJ, 1998. (coll. Droit et société).
- FRANCE. Ministère des solidarités et de la santé. *L'universitarisation des formations en santé*. Disponível em: <<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/l-universitarisation-des-formations-en-sante>>. Acesso em: 19 set. 2018.
- GALLAIS, M. La médecine générale face aux normes. *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n. 4, 2015, p. 17-25. Disponível em: <http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1312/fichier_gallais_mg_face_normes_jdsam_decembre_201597d2a.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.
- HASSENTEUFEL, P. La défense de la médecine libérale. *La Vie des Idées*. Disponível em: <http://www.laviedesidees.fr/IMG/pdf/me_decinslibe_raux16062015.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.
- _____. *Les médecins face à l'Etat: une comparaison européenne*. Paris: Presses de Sciences Po., 1997.
- HUTEAU, G. Déclin ou renouveau des professions de santé dans l'élaboration de la norme de protection sociale. *Droit Social*, Paris, n. 2, p. 121-125, 2016.
- MARIE, R. Les évolutions à l'ouvre en matière de rémunération des médecins libéraux. *Droit Social*, Paris, p. 517-523, Mai, 2012.
- _____. Rémunération sur objectifs de santé publique et subordination des médecins libéraux. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n. 4, p. 615-622, juil./août. 2013.
- POLLET, G. La régulation au confluent des coalitions sociales et politiques. In: COMMAILLE, Jacques; JOBERT, Bruno (Dir.). *Les métamorphoses de la régulation politique*. Paris: LGDJ, 1998. (coll. Droit et société).
- TABUTEAU, D. *Démocratie sanitaire: les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris: Odile Jacob, 2013.

TABUTEAU, D. Déserts médicaux: un révélateur des contradictions des politiques de santé. *JDSAM Journal de Droit de La Sante et de L'assurance Maladie*, n. 2, p. 46-49, 2015.

_____. La liberté tarifaire? *Droit Social*, Paris, n. 4, p.424-426, avr. 2013.

_____. L'avenir de la médecine libérale et le spectre de Monsieur Bovary. *Droit Social*, Paris, n. 4, p. 383-392, 2009.

_____. Référentiels, bonnes pratiques et recommandations: nouvelles normes ou “quasi normes” en santé? *JDSAM Journal de Droit de La Sante et de L'assurance Maladie*, n. 3, 2015.

Stéphane Brissy – Professor da *Université de Nantes*. Membro do Instituto de Direito e Saúde (*Institut Droit et Santé*) da *Université Paris Descartes*. Nantes, França. *E-mail*: stephane.brissy@univ-nantes.fr