ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

MACÊDO, Karen Vanderlei ^[1]

MACÊDO, Karen Vanderlei. Право на здоровье: Судебная система предоставления высококачественных лекарственных средств. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 05-й год, Эд. 12, Vol. 07, стр. 05-16. Декабрь 2020 года. ISSN: 2448-0959, Ссылка доступа: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/закон/право-на-здоровье>

Contents

- РЕЗЮМЕ
- ВВЕДЕНИЕ
- ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ В БРАЗИЛИИ: ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И ИХ СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО
- ПРИНЦИП ОГОВОРКИ ВОЗМОЖНОГО: ЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ (ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ МИНИМУМ)
- ПОСТАНОВЛЕНИЕ ВЕРХОВНОГО STF: АНАЛИЗ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВЫСОКОЙ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВ
- ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ
- ССЫЛКИ

РЕЗЮМЕ

Объектом анализа данной статьи является переплетение права на здоровье в Бразилии и активации Верховного федерального суда (STF) как гарантии практической эффективности, судебного закрепления политики, в частности, уступки дорогостоящих лекарств. В отношении права на здоровье в Бразилии противоречат два принципа: резерв возможного и экзистенциальный минимум, что, по мнению Barroso (2009), требует рассмотрения толкователем закона разумности конкретных случаев. Чтобы проверить, с точки зрения права на здоровье, мы проанализировали некоторые постановления STF по этому вопросу, которые опубликованы на его веб-сайте. Заметим, что в решениях STF преобладает резерв возможного в ущерб экзистенциальному минимуму.

Ключевые слова: Федеральная Конституция, Право на здоровье, Лекарства с высокой стоимостью, Принцип Резерва Возможного.

ВВЕДЕНИЕ

Наша цель анализа заключается в переплетении между правом на здоровье в Бразилии и активизацией Верховного федерального суда (STF) в качестве гарантии практической эффективности, судебной политики. В частности, речь идет об обязательном определении поставок высокой стоимости лекарств на основе решений Верховного суда.

Эта тема актуальна, в частности, когда Национальный совет юстиции (CNJ) через свой «Правосудие в цифрах» 2018 (последний доклад опубликован на сайте CNJ, но со ссылкой на базовый 2017 год) показывает, что было подано 1 346 931 иск о различном характере права на здоровье. По словам Sarlet (2018, n.p.) « [...] В период с 2010 года по конец 2016 года расходы Союза на судебные иски, связанные с медицинскими льготами, выросли на 727%, когда они достигли R\$ 3,9 млрд ». 2016 год символичен, потому что это был год, в котором началась обработка Чрезвычайного призыва (RE) 657718, с общими последствиями признана, докладчика министра Marco Aurélio, который был его результат 22 мая 2019 года.

RE 657718 был эпицентром судебного решения, вызванного потребностью государства в дорогостоящих лекарствах, особенно тех, которые не были в списке Единой системы здравоохранения (SUS), а также тех, которые не имели надзора за здоровьем (ANVISA). По итогам мая 2019 года STF принял решения, регулирующие принудительную уступку лекарств.

Решения должны были успокоить связь между правом на здоровье и государственным бюджетом. По словам министра Roberto Barroso, “речь не идет об отказе в основополагающем праве на здоровье. Речь идет о анализе того, что государственные доходы, бюджет и ассигнования на здравоохранение конечны” (STF, 2019, n.p.). Это решение соответствует Принципу резерва возможных и с недавними решениями по бразильскому бюджету, в частности утверждением в 2016 году Предлагаемой

конституционной поправки 241, проумерованой в Сенате как 55, которая предусматривает замораживание государственных расходов, которые могут столкнуться с Принципом экзистенциального минимума.

Решение было принято большинством голосов в решении по Чрезвычайной апелляции (RE) 657718 с признанными общими последствиями, о которых сообщил министр Marco Aurélio, и обосновало следующий тезис: 1 – государство не может быть обязано поставлять экспериментальные препараты. ; 2 – отсутствие регистрации в Anvisa, как правило, препятствует поставке лекарств по решению суда; 3 – возможно, в исключительных случаях, предоставить судебный препарат без медицинской карты, в случае необоснованной задержки со стороны Anvisa в рассмотрении запроса (период, превышающий период, предусмотренный Законом 13.411 / 2016), при соблюдении трех требований, а именно: I) наличие заявки на регистрацию препарата в Бразилии, за исключением орфанных препаратов от редких и ультра-редких заболеваний; II) наличие регистрации лекарства в известных контролирующих органах за рубежом; III) отсутствие терапевтического заменителя, зарегистрированного в Бразилии. Наконец, STF также постановил, что 4 – действия, требующие поставки лекарств без регистрации в ANVISA, обязательно должны быть предложены перед Союзом (STF, 2019).

Таким образом, более подробно в этой статье делается попытка определить, вело ли бразильское государство уже во время процедуры RE 657718 такое поведение, чтобы отклонять запросы на принудительную уступку лекарств, которые не были зарегистрированы в ANVISA и / или находились вне списка SUS. Ставится под сомнение: поведение STF в отношении принудительной уступки лекарств до того, как результат RE 657718 был против или в пользу выпуска лекарств, которые не входили в список SUS и не имели регистрации ANVISA?

Наша гипотеза состоит в том, что принцип возможного резерва мог повлиять на решения STF в отношении предоставления лекарств, которые считаются дорогостоящими, в частности, тех, которые не соответствуют решению, принятому в мае 2019 года.

Чтобы проверить поведение STF в отношении предоставления или отсутствия

лекарств, которые считаются дорогостоящими, мы наблюдаем за решениями, которые были вынесены Верховным судом в период с 2017 по 2018 год (временной интервал между началом и окончанием уже упомянутой чрезвычайной апелляции). Эти Постановления доступны на сайте STF, и все, что имело место за этот промежуток времени, было проанализировано, всего их было 15.

Нашей главной заботой в отношении данных, содержащихся в Постановлениях, был анализ ответа, предоставленного STF. Эта информация позволила нам проанализировать, чем на самом деле руководствовались судебные решения, вынесенные Верховным судом в отношении поставок дорогостоящих лекарств, как указано в наших заключительных замечаниях.

В этой статье мы сначала разберемся с правом на здоровье, а также с его судебным оформлением. Далее мы продемонстрируем аргументы, окружающие дебаты между Принципом экзистенциального минимума и Принципом возможного резерва, чтобы, в-третьих, проанализировать поведение STF на основе суждений, содержащихся на веб-сайте STF.

ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ В БРАЗИЛИИ: ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВ И ИХ СУДЕБНОЕ РАЗБИРАТЕЛЬСТВО

Система здравоохранения Бразилии финансируется за счет ряда налогов на федеральном, государственном и муниципальном уровнях. Штаты получают деньги от федерального правительства, а муниципалитеты получают финансирование от федерального правительства и правительства штата. Кроме того, в *priori* правительство всегда взяло на себя обязательство собирать налоги, увеличивая их и даже используя доходы государства от нефти для финансирования Единой системы здравоохранения (SUS).

Эти усилия отражают долгую историю социальных и политических обязательств по предоставлению услуг общественного здравоохранения. После обретения независимости от Португалии в 1822 году, Бразилия увидела появление хорошо организованных общественных движений, выступающих за государственное

вмешательство в здравоохранение.

При поддержке налогов на доходы физических лиц (налог на доходы физических лиц) и социального обеспечения органы здравоохранения согласились с этими движениями, в которых медицинское обслуживание является обязанностью государства и что каждый должен вносить свой вклад в эту систему. Эта политика пережила демократические и авторитарные правительства на протяжении всего 20-го века, про продолжалась до перехода к демократии в 1988 году. Она также поддерживается с помощью активных движений в области социального здравоохранения, таких, как санонисты, состоящие из врачей, бюрократов и политиков.

Эта идея совместной ответственности за оказание медицинских услуг была настолько популярна, что стала частью конституции 1988 года. Благодаря введению SUS конституцией здравоохранение стало официальной обязанностью государства и права человека, и этот вопрос может быть согласован либералами и консерваторами.

Таким образом, право на здоровье в Бразилии является социальным правом, которое включено в качестве конституционного предписания, в частности, в ст. 6, в формулировке, приписываемой Конституционной поправкой No 90/2015, которая предусматривает: “Социальные права – образование, здравоохранение, питание, работа, жилье, транспорт, досуг, безопасность, социальное обеспечение, защита материнства и детства, помощь бездомным в виде этой Конституции” (BRASIL, 2019, стр.). Таким образом, в качестве социального права бразильское государство должно действовать в соответствии с социальной политикой, с тем чтобы граждане эффективно служили, особенно в том, что касается здравоохранения.

Здоровье как государственный долг, который делается с помощью социальной политики, основано на Федеральной конституции 1988 года, в ст. 196, который предшествует:

здоровье является правом всех и обязанностью государства, гарантированным социально-экономической политикой, направленной на снижение риска заболевания и других травм и всеобщий и равный доступ к действиям и услугам для его поощрения, защиты и восстановления (BRASIL,

2019, n.p.).

Таким образом, отмечается, что здоровье должно быть гарантировано в качестве социального права на основе социальной политики и что оно является обязанностью государства.

По словам Vasconcelos Filho (2010), реализация социальных прав напрямую связана с вмешательством государства, особенно через социальную политику. Право на здоровье является примером социального права с индивидуальной ответственностью, соответствующего его основным потребностям не только в физическом существовании, но и в психическом и нравственном существовании.

Две статьи, упомянутые выше, ст. 6-е и ст. 196, гарантировать бразильским гражданам социальные права и их эффективность с помощью социальной политики, новизны и прогресса, в отношении расширения демократических прав, в отношении авторитарного режима, ранее установленного в Бразилии в период с 1964 по 1988 год. Таким образом, граждане должны пользоваться такими правами, особенно социальным правом на здоровье, которое позволяет гражданам жить достойной и здоровой жизнью, в диссертации через SUS.

SUS находится в ведении федеральных, государственных и муниципальных органов власти. Муниципалитеты предоставляют медицинские услуги, штаты координируют действия в области здравоохранения, а федеральное правительство регулирует и финансирует систему. SUS является важным шагом в деле децентрализации здравоохранения в Бразилии, поскольку в нем также установлены критерии распределения ресурсов между штатами и муниципалитетами. В 90-е годы произошла большая децентрализация здравоохранения в рамках Основных оперативных стандартов (NOB-SUS). С тех пор финансовое бремя прямого предоставления медицинских товаров и услуг в значительной степени транспортироваться бразильскими штатами и муниципалитетами (RIBEIRO, 2013). Примером предоставления услуг общественного здравоохранения, в результате чего право на здоровье выполняется, является бесплатное распределение лекарственных средств.

Национальная политика в области наркотиков, созданная в 1998 году, диктует планы,

программы и мероприятия, связанные с фармацевтической помощью для всех уровней государственного управления (федерального, государственного и муниципального). Эта политика была направлена на диагностику “несбалансированного амбулаторного лекарственного снабжения”, что, как было сочтено, оказывает негативное воздействие на здравоохранение. В этой политике говорится, что министерство здравоохранения постоянно обновляет Национальный перечень основных лекарственных средств, который определяет, какие лекарства предоставляются бесплатно в системе общественного здравоохранения. Это те, которые “считаются основными и необходимыми для решения большинства проблем со здоровьем населения (BRASIL, 2001).

Политика фармацевтической помощи также децентрализована. Национальный перечень лекарственных средств, основанный на региональном эпидемиологическом профиле, составляет основу для организации государств и муниципалитетов. Государства и муниципалитеты несут ответственность за финансирование этих лекарств, а также за доставку лекарств, включенных в три перечня (национальные, государственные и муниципальные).

Социальные права, в частности, права на здоровье не являются автоматически. Эффективность социальных прав сталкивается со многими проблемами, в дополнение к законности, выраженной в Федеральной конституции, есть, согласно некоторым исследованиям, реальность, которая далека от “холодной буквы закона”, то есть расстояние между конституционной нормой и эффективной практикой является бразильской реальностью (RIBEIRO, 2013; VIEIRA, 2008; HOIRISCH, 2010; VALLE; CAMARGO, 2011). Такое дистанцирование между нормой и практикой пошло в ухи по отношению к искусству. 5, в своей статье XXXV, где он предсказывает, что: “закон не исключит из оценки ущерба судебной власти или угрозы закону” (BRASIL, 2019, n.p.). Таким образом, нереализация социальных прав, особенно прав на здравоохранение, которое является нашим предметом изучения, способствует проведению судебной процедуры, которая заключается в том, чтобы спровоцировать судебную систему на то, чтобы она была в состоянии гарантировать закон, в большинстве случаев заставляя Союз, государства и муниципалитеты соблюдать правовые тексты.

В Бразилии судебная система здравоохранения используется для описания судебного

подтверждения позитивного конституционного права на здоровье лиц, которые не могут получить товары и услуги от системы общественного здравоохранения. Такой уровень судебной системы здравоохранения возможен только потому, что Конституция 1988 года приняла систему решительного судебного пересмотра индивидуальных прав. Помимо обеспечения индивидуального права на здоровье, Федеральная конституция также обязывает государство создавать и поддерживать универсальную систему здравоохранения SUS (закон N° 8080/1990).

В подавляющем большинстве случаев от правительства требуется выполнение постановлений суда, даже если они не являются частью плана администрации. Это имеет два воздействия на систему: влияние решений на распределение бюджетных ресурсов в системе общественного здравоохранения и на управление самой фармацевтической помощью. Такие последствия в основном сказываются на штатах и муниципалитетах, поскольку они являются поставщиками основных медицинских товаров и услуг по распоряжению судов. В попытке восстановить контроль над бюджетными расходами и управлением фармацевтической помощью были сообщения о широком спектре вмешательств в политику здравоохранения Бразилии. Вмешательства возникают, в частности, на основании решений, принятых STF, с целью обусловить поведение бразильских магистратов в отношении предоставления прав на здоровье, как в случае с лекарствами.

Одним из таких вмешательств является RE 657718, который начался в 2016 году и закончился в 2019 году. Рекомендации противоречат регулированию, исходя из общих последствий, поведения мировых судей в отношении предоставления лекарств высокого качества. Стоимость. В конечном итоге судебная власть через STF реализует доходы для сдерживания государственных расходов, которые соответствуют Принципу возможного резерва.

ПРИНЦИП ОГОВОРКИ ВОЗМОЖНОГО: ЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ
(ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ МИНИМУМ)

Поставки высококачественных лекарств бразильским гражданам соответствуют дихотомизного анализа: один из них сосредоточен на принципе резерва возможных, а

другой – на перспективу принципа экзистенциального минимума, который, в свою очередь, отвечает принципу достоинства человеческой персоны. Следует задаться вопросом о возможности решения проблем реальности, с которыми необходимо столкнуться, исходя из взвешивания связанных с этим ценностей или прав на основе постулатов разумности и соразмерности в конъюнктуре Демократического государства бразильского права, изложенной Alexy (2008 год).

Принципы, по словам министра Barroso (2009, стр. 8), “имеют основополагающее право, ценность, конец. Бывает, что в плюралистическом правовом порядке Конституция устанавливает принципы, которые указывают в разные стороны, порождая напряженность и, в конечном счете, столкновения между ними”. Также, по словам министра Верховного суда, в этих случаях столкновения мы не можем оставить на “все или ничего”, но это до переводчика закона, чтобы проанализировать каждый случай, и, таким образом, действовать в соответствии с взвешиванием между соответствующими принципами и фактами.

Это обсуждение переводится в понимание судьи в отдельных случаях или даже в моделирование решения мирового судьи в случаях общих последствий, определенных большинством STF. Важным в этом тезисе является то, что, согласно Barroso (2009, с. 12),

Всякий раз, когда Конституция определяет основополагающее право, оно становится взимаемым, в том числе с помощью судебных исков. Это может произойти из-за того, что основополагающее право необходимо взвесить с другими основными правами или конституционными принципами, и ситуация, в которой оно должно применяться в максимально возможной степени с учетом политических и правовых ограничений, сохраняет свое основное ядро.

В соответствии с объяснением возможной коллизии правовых принципов или норм законодатель должен учитывать тот или иной реальности. Согласно тезису министра Barroso (2009), в случае принятия решения о предоставлении высокой стоимости лекарств необходимо не только проверить эффективное доказательство гипотезы запрашиваемого гражданина. Необходимо также принимать во внимание нехватку

государственных ресурсов, то есть толкот переводчик закона должен действовать разумно между границами принципов резерва возможного и экзистенциального минимума, который вновь ложится на толкование магистрата.

Однако, согласно Farena (1997 год, стр. 13):

Утверждения о негативных последствиях социального права, основанные на доводах оговорки о возможном, всегда следует рассматривать с подозрением. Недостаточно просто утверждать, что нет финансовой возможности выполнения судебного приказа; она должна быть продемонстрирована. Не видно, что оговорка о возможном становится истинной причиной экономического государства, экономического AI-5, который фактически действует как анти-Конституция, против всего, что Закреплено в Уставе в вопросах социальных прав.

Таким образом, необходимо проанализировать, как переводчик закона вел себя в условиях потребностей граждан, которые сходятся с основными правами. Для установления этого будет проведен анализ решений Верховного STF в 2017 и 2018 годах по вопросам обязательного предоставления высокой стоимости лекарств.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ВЕРХОВНОГО STF: АНАЛИЗ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВЫСОКОЙ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВ

Убедившись, что государство несет ответственность за здоровье бразильского гражданина в качестве основного права, и что это право не всегда может быть реализовано, как это указано в конституционных записях (Возможный резерв), необходимо определить, как STF действовал в отношении своих решений о концессиях. дорогостоящие препараты.

В 2017 и 2018 годах было подсчитано 15 судебных решений. Из 15 судебных решений только 03 имели граждан в качестве запрашивающих агентов в поисках своих прав. Таким образом, анализ суждений, которые были спровоцированы отдельными лицами, был привилегированным.

Таблица 1 – Решения x Докладчик x Решение

Год	Суд	Докладчик	Решение
2017	ARE 968012 AgR / SP – SÃO PAULO	Мин. Ricardo Lewandowski	Он отклонил его. Отсутствие доказательства гипотезе недостаточности.
2017	ARE 1037265 A GR / RN	Мин. Dias Toffoli	Он отклонил его. Лекарственный продукт в экспериментальной фазе и не доступен SUS.
2017	ARE 1065116 A GR / PE	Мин. Cármen Lúcia	Уволен. Препарат не доступен SUS. Существует лекарство равной эффективности, предоставляемое SUS

Источник: Данные, собранные автором на сайте Верховного STF

Из того, что показано в таблице 1, мы можем наблюдать, что STF приближается в первом решении к решению, основанному на критериях Принципа экзистенциального минимума, в котором есть необходимость доказать недостаточную эффективность запрашивающего гражданина. Второе и третье решения соответствуют нашей гипотезе, в которой обсуждается принцип резерва возможного, в котором я решаю, что STF отрицает положение в случае лекарств на экспериментальной фазе, и это исключено из списка, который также влечет за собой отказ от регистрации в ANVISA.

Суды Pernambuco и Rio Grande do Norte не представляют технических отчетов об эффективности препарата в экспериментальной фазе, а также не рассматривают принцип экзистенциального минимума (это в случае RN). Pernambuco также не представляет отчета об эффективности запрашиваемого препарата, а также его техническое сравнение с тем, что имеется в перечне SUS, и не содержит отчета о риске для жизни и/или здоровья, то есть не рассматривает минимальный экзистенциальный и превосходный принцип резерва возможного, даже без представления технических отчетов о государственных бюджетах.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СООБРАЖЕНИЯ

В решении RE 657718 от мая 2019 года представлен перечень требований к предоставлению положения о предоставлении высокой стоимости лекарств. В диссертации вывод, данный большинством голосов и общими последствиями,

согласуется с Принципом Резерва Возможных, который направлен на ограничение расходов государственных органов на лекарства.

Наше исследование демонстрирует, что даже до решения RE 657718, из анализа трех постановлений, вынесенных STF в период с 2017 по 2018 год, судебная власть через свой Федеральный верховный суд уже имела понимание, которое теперь подтверждено после ожидания более двух лет. Мы также демонстрируем, что STF руководствовался принципом резерва возможного, но без учета соотношения между принципом экзистенциального минимума, предложенным Alexy (2008) и Barroso (2009), поскольку решения не содержат доказательств их содержания. бюджетные и даже жилищные условия запрашивающего гражданина.

Из этого следует, что наши окончательные соображения созвучны анализу Farena (1997 год), который заявляет, что, приватив оговорку о возможном сверх экзистенциального минимума, устанавливается экономическое государство, не гарантируя социальных прав. Этот вывод заставляет нас заметить, что право на здоровье в данном конкретном вопросе, изученное здесь, является результатом толкования судей и их коллегий, а не закона, как это имеет место в Конституции.

И наконец, это следственное мероприятие предупреждает нас о необходимости того, чтобы наши законодатели изготовили относительные и более конкретные правила, касающиеся права на здоровье, особенно предоставление высококачественных лекарств. В противном случае судебная система крупномасштабного здравоохранения будет, как правило, постоянной в бразильской действительности.

ССЫЛКИ

ALEXY, R. Teoria dos direitos fundamentais. São Paulo: Malheiros, 2008.

BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial, 2009. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/dl/estudobarroso.pdf>>. Acesso em: 11.jul.2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. In. Planalto Federal, 2019. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 05.jul.2019.

BRASIL. Política nacional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FARENA, D. V. M. A Saúde na Constituição Federal, p. 14. In: Boletim do Instituto Brasileiro de Advocacia Pública, n. 4, 1997, p. 12/14

HOIRISCH, C. Licença compulsória para medicamentos como política pública: o caso do antirretroviral Efavirenz. Rio de Janeiro: FGV, 2010. (Dissertação de Mestrado em Gestão Empresarial – FGV).

RIBEIRO, L. M. Federalismo, Governo Local e Políticas Sociais no Brasil entre 1996 e 2004. In: HOCHMAN, Gilberto; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). Federalismo e Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

SARLET, I. W. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte 1). Revista Consultor Jurídico, 27 de abril de 2018.

STF. Decisão do STF desobriga Estado de fornecer medicamento sem registro na Anvisa, 2019. Disponível em: <
<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=411857&caixaBusca=N>
>. Acesso em: 03.jul.2019.

VALLE, G. H. M. do; CAMARGO, J. M. P. A audiência pública sobre a judicialização da saúde e seus reflexos na jurisprudência do supremo tribunal federal. Revista de Direito Sanitário, v. 11, n. 3, p. 13-31, 2011.

VASCONCELOS FILHO, R. F. de. A judicialização da política de assistência farmacêutica do sistema único de saúde: o caso paradigmático do Supremo Tribunal Federal e a realidade regional do estado do Piauí. Teresina, UFPI, 2010. (Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas – UFPI).

VIEIRA, F. S. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Revista de Saúde Pública, v. 42, p. 365-369, 2008.

^[1] Выпускной в области права (Эстесио КЕУТ), специализация в области государственного управления с уделением особого внимания контрактам на торгах (ФАР); Специализация в области публичного права (FAR, в процессе) и степень магистра в области публичного права (Университет Portucalense, в процессе).

Представлено: Ноябрь 2020 года.

Утверждено: Декабрь 2020 года.