

Propunere de politică publică

De la: Clara Nicoleta Matei

Asociația Medicilor Rezidenți

Titlul propunerii de politică publică Asigurarea accesului persoanelor transgender la servicii de sănătate publică specifice tranziției medicale

Departament inițiator

Persoane responsabile și date de contact

Stadiu (anunțare, avizare, primă lectură etc.)

Secțiunea 1 - Argumente pentru inițierea propunerii de politică publică

Comunitatea persoanelor transgender din România se confruntă în prezent cu o serie de nevoi de sănătate neadresate, specifice tranziției medicale. Pe scurt, comunitatea persoanelor transgender este formată din persoanele care nu se autoidentifică, din punct de vedere al genului, cu sexul atribuit la naștere. Pentru majoritatea persoanelor, identitatea de gen corespunde cu sexul lor biologic și cu mențiunea privind ‚sexul’ din actele de stare civilă – în termenii cei mai comuni, persoanele cu corp bărbătesc se simt bărbați, cele cu corp femeiesc se simt femei. În cazul persoanelor transgender această suprapunere a genului cu sexul biologic nu există, nu este relevantă sau nu este totală. Cineva care are un corp de femeie se poate identifica drept bărbat. La fel, o persoană cu corp bărbătesc se poate simți femeie. Transgender este un termen umbrelă care cuprinde diverse situații în care această suprapunere dintre gen și sex nu este completă.¹

Identitatea de gen se referă la experiența conștientizată individual și profund psihologică a genului, care poate să corespundă sau nu cu sexul atribuit la naștere și include un simț personal al propriului

¹ Termenii referitori la identitate de gen sunt definiți pe larg în Anexa 1.

corp și al altor expresii de gen, cum ar fi: hainele, discursul, gesturile etc. Pentru a înțelege pe deplin conceptul identității de gen, este important de subliniat diferența care există între sex și gen. În timp ce “sex” se referă la diferența biologică dintre bărbat și femeie, “gen” include de asemenea diferențele sociale dintre bărbați și femei.

Tranziția, ca termen general, se referă la ansamblul eforturilor pe care persoanele transgender le fac pentru a trăi conform identității lor de gen. Această tranziție poate include, în funcție de situație, tranziția socială, prin conștientizarea și acceptarea identității, informarea familiei și a cercului de prieteni sau adoptarea anumitor forme de expresie a genului .

Din categoria largă a tranziției pot face parte, dar nu este obligatoriu, *tranziția juridică* (modificarea actelor de stare civilă și recunoașterea juridică deplină a identității de gen) și *tranziția medicală* (ansamblul procedurilor medicale de afirmare a genului).

Ansamblul de proceduri medicale la care unele persoane transgender recurg în mod voit reprezintă *tranziția medicală*. Începerea și parcurgerea tranziției medicale trebuie să fie alegerea liberă și informată a persoanelor transgender. Indiferent de serviciul medical prestat, se impune respectarea unor principii de bază precum: protecția confidențialității, nediscriminarea, principiul autodeterminării, respectarea intimității și vieții private.

The World Professional Association for Transgender Health a publicat un set de standard de îngrijire pentru persoanele transgender.² În România, nu există un document asemănător celui de mai sus privind standardele de îngrijire pentru persoanele transgender, un ghid medical sau un protocol de tratament care să ghideze realizarea tranziției medicale.

Modul în care persoanele transgender sunt privite de comunitatea medicală este în permanentă schimbare la nivel internațional și național suntem în proces de trecere de la modelul criminalizării sau patologizării persoanelor trans, la modelul bazat pe principiul **autodeterminării** persoanei transgender. În primele două modele, persoana trans este tratată ca persoană care nu este adaptată la modelul social, este bolnavă, trebuie schimbată sau tratată, persoana trans trebuie să treacă prin anumite intervenții astfel încât să se încadreze în unul dintre cele două sexe masculine sau feminin, în înțelegerea general, stereotipică, a acestor categorii. De asemenea, în primele două modele cei care au puterea de decizie sunt alte persoane sau autorități și nu persoana trans pentru ea însuși.

ICD-10 (Clasificarea internațională a maladiilor), adoptat la nivelul Organizației Mondiale a Sănătății în anul 1990, încadrează persoanele trans în capitolul Tulburări mentale și de comportament, sub diagnosticul **Tulburare de identitate sexuală (F64)**. În consecință, medicii psihiatrii sunt primii specialiști care sunt competenți să evalueze persoanele trans și pun acest diagnostic. După standardele de îngrijire pentru persoanele trans, încadrarea în acest diagnostic

² (disponibil la

<https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Web%20Transfer/SOC/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf>), care este tradus în limba română de Asociația ACCEPT (disponibil la <http://www.acceptromania.ro/blog/2014/02/25/standarde-de-ingrijire-pentru-sanatatea-persoanelor-transsexuale-transgen-si-neconforme-cu-norme-de-gen-traditionale/>). Standardele WPATH explică printre altele: diferența dintre non-conformitatea la gen și disforia de gen, abordări terapeutice privind disforia de gen, tipurile de servicii necesare în tranziție din domeniul sănătate mentală, terapie hormonală, sănătatea reproducerii, terapia privind vocea și comunicarea, chirurgie, îngrijirea post-operatorie și evaluarea ulterioară, îngrijirea pe tot parcursul vieții și medicina primară.

presupune în esență excluderea altor diagnostice din psihiatrie precum schizofrenie. În practică, aceasta înseamnă că persoana trans nu poate accesa serviciile de sănătate din domeniul endocrinologie, des folosite în susținerea tranziției sociale dacă nu trece pe la medicul psihiatru pentru a fi mai întâi diagnosticată cu Tulburare de identitate sexuală. Acest lucru este profund stigmatizant pentru multe persoane trans.

ICD este în proces de revizuire pentru a fi adoptat ICD-11. În această nouă versiune, persoanele trans nu mai sunt încadrate la Tulburări mentale și de comportament, ci la Capitolul 17 Diagnostice privind sănătatea sexuală, sub denumirea *Incongruență de gen (sexuală) la adolescenți și adulți* (Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood). Această schimbare are dublu rol: pe de o parte scoate din zona psihiatriei persoanele trans, ceea ce le ridică o parte din stigma asociată unui diagnostic psihiatric și pe de altă parte menține nevoile de sănătate pe care le au persoanele trans într-o zonă în care pot fi acoperite de asigurările de sănătate deoarece țin de o afecțiune medicală (de un diagnostic) și nu sunt simple alegeri de natură estetică ale persoanei, fără legătură cu un tratament medical.

ICD 11 urmează să fie prezentat Adunării Generale a Organizației Mondiale a Sănătății în luna mai 2019, pentru a fi adoptat de către statele membre³. Odată adoptat, ICD-11 va intra în vigoare la 1 ianuarie 2022. Până atunci statele au timp să adopte măsurile care se impun la nivel național pentru traducerea și popularizarea noii variante ICD, inclusiv prin instruirea cadrelor medicale, schimbarea indicatorilor statistici, formularelor și competențelor de specialitate etc.

Comunitatea transgender din România se confruntă, deci, cu o problemă complexă în actualul cadru al sistemului național de sănătate publică, care îi fac imposibilă accesul nediscriminatoriu la servicii de sănătate specifice tranziției medicale: negarea principiului auto-determinării, patologizarea identității de gen transgender și absența unui protocol sau ghid medical pentru realizarea tranziției medicale.

Alături de reprezentanții societății civile, persoane transgender și reprezentanți ai autorităților de resort din sistemul medical din România, am identificat următoarele **cauze** care au condus la apariția acestei probleme:

- Nivelul ridicat de prejudecată în societate vis a vis de comunitatea LGBTI în general, și comunitatea persoanelor transgender în mod particular, duc la patologizarea identității de gen transgender, societatea considerând astfel persoanele transgender ca fiind incapabile din punctul de vedere al sănătății mentale să ia decizii pentru sine, negând astfel principiu autodeterminării – capacitatea de a lua decizii medicale informate asupra parcursului propriei tranziții medicale și juridice.
- Lipsa de informație corectă și fundamentată științific, parte din formarea inițială și continuă a specialiștilor și decidenților din sistemul de sănătate publică din România.
- Lipsa de vizibilitate a comunității transgender, care duce la absența unei discuții despre nevoile de sănătate ale unei categorii importante din societate
- Absența persoanelor transgender din dialogul cu autoritățile de resort

³ informație disponibilă la [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)).

- Lipsa datelor cantitative și calitative cu privire la populația persoanelor transgender din România

Alături de reprezentanții societății civile, persoane transgender și reprezentanți ai autorităților de resort din sistemul medical din România, am identificat următoarele **efecte** cauzate de problema identificată:

- Absența protocoalelor medicale care să ghideze medicii de familie și medici specialiști în a oferi servicii de sănătate adecvate nevoilor persoanelor transgender, aferente realizării tranziției medicale
- Absența specialiștilor din sistemul de sănătate publică și a serviciilor medicale specifice tranziției medicale
- Absența din sistemul medical a substanțelor și a dispozitivelor medicale folosite de persoanele transgender în vederea realizării tranziției medicale
- Absența din sistemul medical a serviciilor medicale specializate pentru transgender în vederea realizării tranziției medicale
- Agravarea disforiei de gen, resimțită de unele persoane transgender care nu au acces la servicii medicale de afirmare a genului
- Creșterea riscului de discriminare, în contextul în care recunoașterea juridică a identității de gen depinde în continuare în România de realizarea unor pași aferenți tranziției medicale. Până la realizarea tranziției juridice, persoanele transgender au o expresie de gen diferită de actele de stare civilă cu care se identifică în fața autorităților, angajatorilor, etc.
- În absența accesului la medici, servicii medicale și substanțe specifice tranziției medicale, persoanele transgender recurg la auto medicație și se expun unui risc important de a utiliza substanțe nesigure sau contrafăcute.
- În absența accesului la medici, servicii medicale și substanțe specifice tranziției medicale, riscul de depresie și suicid crește pentru persoanele transgender în mod semnificativ.
- Toate considerentele de mai sus duc la o situație de vulnerabilitate socială accentuată pentru persoanele transgender, întrucât acestea sunt expuse la un risc mai mare de abandon școlar, lipsa unui adăpost, sărăcie și lipsa unui loc de muncă.

În lumina efectelor problemei descrise mai sus, consultării realizate cu persoane transgender în cadrul elaborării acestei propuneri de politici publice, dar și în lumina activității consolidate a ACCEPT în asigurarea de asistență juridică și psihologică persoanelor transgender, considerăm că putem defini comunitatea persoanelor transgender ca grup vulnerabil, așa cum este acesta definit în Legea asistenței sociale (Legea nr. 292/2011, actualizată):

Art. 6 p) grupul vulnerabil desemnează persoane sau familii care sunt în risc de a-și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai din cauza unor situații de boală, dizabilitate, sărăcie, dependență de droguri sau de alcool ori a altor situații care conduc la vulnerabilitate economică și socială;

1. Din punctul de vedere al vulnerabilității economice, persoanele transgender se confruntă cu discriminare la angajare, din cauza neconcordanței între expresia de gen și actele de stare civilă a persoanelor, risc de sărăcie și șomaj, absența drepturilor sociale care decurg din statutul de angajat.
2. Din punctul de vedere al vulnerabilității sociale, persoanele transgender se confruntă cu violență și hărțuire stradală, infracțiuni motivate de ură, hărțuire la locul de muncă și în mediul educațional, o rată importantă de abandon școlar, izolare și marginalizare socială care crește riscul expunerii la situații la risc (consum de alcool sau droguri), dar și cu neglijare și abuz în familie, mai ales că minori sau tineri.
3. Din punctul de vedere al vulnerabilității medicale, persoanele transgender se confruntă cu o rată mare de suicid din cauza neadresării nevoilor de sănătate coroborat cu neacceptarea și marginalizarea socială, dar și cu riscuri de sănătate din cauza auto-medicației, accesul limitat la servicii de sănătate din cauza lipsei statutului de asigurat în sistemul public de sănătate.

Date calitative și cantitative referitoare la situația comunității transgender din România și accesul acestora la servicii specifice tranziției medicale

În premieră pentru România, Asociația Accept a documentat timp de un an poveștile unor persoane transgender din țara noastră, publicând studiul Transgender în România. Raportul descrie, prin multiple metode de cercetare, în ce mod viața persoanelor trans din România a fost afectată de discriminare într-o multitudine de contexte: familiale, profesionale, medicale, juridice, birocratice. Acest raport cuprinde trei secțiuni principale: o **cercetare cantitativă care analizează datele obținute în urma aplicării unui chestionar online pe un eșantion de 123 de persoane trans, o cercetare calitativă care radiografiază paliere esențiale din viața persoanelor transgender din România, și o cercetare juridică asupra legislației relevante și asupra hotărârilor judecătorești în privința persoanelor trans**. Per ansamblu, au fost abordate aspecte legate de: felul în care persoanele trans (își) percep identitatea de gen, dificultățile pe care le-au întâmpinat în legătură cu tranziția (socială, juridică, medicală), natura relațiilor cu familia și cu cercul de persoane apropiate, incidentele pe care le-au avut în spațiul public, experiențele de la locul de muncă, relația cu autoritățile, relația cu sistemul și cu personalul din sănătate. De asemenea, o componentă majoră a raportului o constituie analiza implicațiilor (la nivel legislativ, judiciar, comunitar și personal) care decurg din necesitatea recunoașterii dreptului la autodeterminare, versus birocrăția excesivă și patologizarea psihiatrică a persoanelor transgender.

Raportul cuprinde o cazuistică bogată, dar și o perspectivă statistică. Cercetarea cantitativă s-a făcut pe un eșantion de 123 de persoane care fac parte din comunitatea transgender (bărbați trans, femei trans, persoane gender-fluid și non-binare), cu vârste cuprinse între 16 și 60 de ani. Aceste persoane au fost contactate de către Asociația ACCEPT, astfel încât eșantionul este unul exploratoriu, de disponibilitate. Persoanele transgender incluse atât în cercetarea calitativă, cât și

În cea cantitativă, fac parte din categorii socio-profesionale și economice eterogene (artiști, psihologi, juriști, activiști de drepturile omului, persoane din mediul academic, freelanceri, elevi, studenți, electroniști, traducători), trăiesc preponderent în mediul urban (București, Timișoara, Iași, Cluj, Constanța, și în orașe din diaspora).

Metodele și instrumentele folosite în colectarea de informații pentru acest raport au fost:

- 123 de chestionare aplicate online, în plan național și în diaspora, la care au răspuns 27 de femei trans, 74 de bărbați trans, 12 persoane gender-fluid, 5 persoane non-binare, 3 persoane agender și 2 persoane care nu au dorit să își definească identitatea de gen;
- 2 focus grup-uri (la Constanța și Iași)
- 9 interviuri individuale (cu respondenți din București și diaspora), la care au participat 4 femei transgender, 4 bărbați transgender și o persoană gender-fluid;
- 1 interviu de grup (la Cluj), la care au participat un bărbat trans și o femeie trans.

Asociația ACCEPT a ales să protejeze identitatea participanților la acest studiu și să anonimizeze datele cu caracter personal care i-ar fi făcut ușor de recunoscut și ar fi riscat să îi pună într-o poziție vulnerabilă. Cercetarea cantitativă și cea calitativă s-au derulat în perioada 2018-2019.

Raportul subliniază dificultățile majore pe care le întâmpină persoanele transgender. Au fost examinate și fundamentate sociologic, psihologic și juridic aspecte precum: marginalizarea și stigmatul social, reacțiile negative din familia de origine, procedurile dificile pentru schimbarea actelor de stare civilă, așteptările celorlalți privind identitatea de gen și rolurile de gen, discriminarea la locul de muncă, dificultățile procesului de tranziție, lipsa de certitudine în accesul la justiție, statutul socio-economic care împiedică accesul la serviciile medicale specifice, abuzurile suferite de persoanele trans în cadrul sistemului medical, evitarea serviciilor de sănătate reproductivă, depresia și anxietatea cu care trăiesc persoanele trans, riscul foarte ridicat de suicid și sentimentul de izolare socială.

În ciuda tuturor dificultăților și obstacolelor, există și un fir de optimism în această expunere. Chiar dacă au parcurs un traseu anevoios pentru a-și asuma identitatea de gen, majoritatea participanților au afirmat că, dând curs acestui imperativ personal, au luat cea mai bună decizie pentru ei. Din chestionare, dar și din interviuri, a reieșit frecvent ideea că depășirea îndoielilor și a sentimentelor de rușine, teamă și culpabilitate asociate cu tranziția a însemnat o experiență de viață salvatoare. Pentru participanți, neasumarea identității trans ar fi creat mai multă suferință și ar fi redus motivația de a trăi. Persoanele trans au dreptul la demnitate și la autodeterminare – dreptul de a lua decizii libere privind actele de stare civilă, începerea procesului de tranziție și asumarea identității de gen. Acest raport creează un cadru de discuție în vederea ameliorării condițiilor de viață a persoanelor trans.

Punctual, prezentăm cele mai importante aspecte care susțin nevoia adresării problemei identificate, prin ilustrarea accesului precar la servicii de sănătate pentru persoanele transgender

din România. Segmentul care se canalizează pe relaționarea cu sistemul de sănătate din cadrul raportului *Transgender în România* se regăsește integral în Anexa 3.

- În unele situații, personalul medical confundă experiența transgender cu particularitățile intersex, ceea ce pune presiuni suplimentare asupra persoanelor, dar nici nu le oferă soluții adecvate nevoilor lor;
- Persoanele trans au nevoie de servicii de sănătate specializate în acord cu experiența lor privind identitatea de gen (analize și consultații, suport psihologic, tratament hormonal, chirurgie specifică), însă cerințele acestor persoane rămân nesatisfăcute pentru majoritatea respondenților;
- Resursele financiare limitate și gradul redus de acoperire al asigurării medicale sunt cele mai importante obstacole în cazul persoanelor trans care accesează servicii de sănătate specifice experienței trans;
- Lipsa de profesionalism al cadrelor medicale și abuzurile suferite în cadrul sistemului de sănătate sunt motive puternice pentru care persoanele trans evită serviciile de sănătate specializate, dar și pe cele generale;
- Diagnosticile psihiatrice, precum „tulburare de identitate de gen” sau „disforie de gen”, sunt umilitoare pentru multe persoane trans și sunt un motiv pentru care unele persoane nu doresc să își înceapă tranziția medicală și legală;
- Unele persoane trans nu accesează serviciile medicale privind sănătatea reproductivă din cauza unor sentimente de rușine sau de teama că vor fi agresate sau umilite în cadrul sistemului medical;
- Există un risc de suicid pentru aproape jumătate dintre respondenții din cadrul eșantionului, iar unele persoane au avut chiar și tentative de suicid;

În concluzie, absența unei acțiuni urgente din partea autorităților pentru a adresa problema identificată menține stigmatul social față de comunitatea transgender, neagă accesul la servicii de sănătate publică specifice tranziției medicale și duce la creșterea riscului de suicid, cu care aproximativ jumătate din comunitatea transgender se confruntă. Asociația ACCEPT estimează, în baza studiilor longitudinale realizate pe populații mari în SUA⁴, o populație transgender în România de aproximativ 84 000 de persoane, echivalentul a 0,5% din populație. Pe măsură ce persoanele transgender sunt mai confortabile să își exprime liber și public identitatea reală de gen, putem estima creșterea statistică în următorii 10 ani la 0,7% din populație, în jurul a 120 000 de persoane.

⁴**How Many Adults Identify as Transgender in the United States**, Andrew R. Flores, Jody L. Herman, Gary J. Gates, and Taylor N. T. Brown, Iunie 2019, June 2016
<https://williamsinstitute.law.ucla.edu/research/how-many-adults-identify-as-transgender-in-the-united-states/>

Secțiunea 2 Scopului și a obiectivele propunerii de politică publică

Scopul prezentei propunerii de politică publică este:

Asigurarea de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale adecvate nevoilor persoanelor transgender, în mod egal și nediscriminatoriu și în acord cu standardele internaționale de îngrijire a persoanelor trans.

Obiectivele generale ale prezentei propunerii de politică publică sunt:

1. Până în anul 2022, România va asigura implementarea prevederilor ICD 11 cu privire la identitatea de gen transgender, prin depatologizarea acestora și modificarea reglementărilor naționale specifice.
2. Până în anul 2022, se vor formula protocoalele medicale privind tranziția și se va asigura persoanelor transgender accesul nediscriminatoriu la servicii, tratamente și dispozitive medicale, în acord cu nevoile specifice ale acestora și cu standardele internaționale de îngrijire.
3. Capacitarea personalului medical prin formare profesională inițială constând în includerea tematicii depatologizării în cursurile de endocrinologie, chirurgie, urologie, obstetrică-ginecologie, medicină de familie, prin parteneriate cu facultățile de medicină
4. Formarea continuă a cadrelor medicale și psihologilor în legătură cu tematica depatologizării conform ICD 11 prin parteneriate cu Colegiul Medicilor, Ordinul Asistentelor, Colegiul Psihologilor, Institutului de Sănătate Publică

Secțiunea 3 Descrierea opțiunilor de soluționare a problemei/problemelor identificate

Opțiunile de adresare a problemei de mai sus sunt:

- 1. Menținerea situației actuale, fără nicio intervenție (Scenariul de referință)**
- 2. Crearea unor centre specializate în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender**
- 3. Capacitarea actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender.**

Vom detalia în cele ce urmează modul în care fiecare dintre scenariile de mai sus se corelează cu cauzele problemei și cu obiectivele.

Scenariul de referință: Menținerea situației actuale, fără nicio intervenție.

Menținerea situației actuale, fără nicio intervenție din partea statului, ar însemna amânarea pe perioadă nedeterminată a luării unor măsuri pentru asigurarea implementării în sistemul de sănătate românesc a acelor prevederi din ICD 11 care privesc persoanele transgender – în esență menținerea patologizării persoanelor transgender în zona bolilor mintale. Or, odată cu ratificarea de către România a ICD 11, toate prevederile ICD 11, inclusiv cele care privesc persoanele transgender vor trebui implementate în țara noastră până în anul 2022. Ceea ce s-ar putea întâmpla este ca schimbările impuse de ICD 11 pe acest domeniu să se facă în ultimul moment, înainte de expirarea termenului limită, doar de formă, fără a pregăti din timp sistemul de sănătate pentru a aplica efectiv în practică aceste schimbări. Aceasta ar produce confuzie în sistem, dar și în rândul pacienților care nu ar ști căror servicii de sănătate, respectiv căror specialități să se adreseze pentru a beneficia de asistență medicală corespunzătoare – medicii psihiatri nu ar mai avea în lista lor de afecțiuni competența să emită un diagnostic, iar endocrinologii ar putea să continue să ceară un diagnostic care nu se va ști de către cine trebuie pus.

La nivel statistic și de raportare, prin menținerea situației actuale am putea fi puși în situația de a opera cu mai multe sisteme de referință ICD 11 și ICD 10, ceea ce presupune mai multe resurse consumate pentru aceeași problemă.

Mai mult, având în vedere că în practica actuală a instanțelor de judecată care examinează cererile de recunoaștere a identității de gen a persoanelor transgender în actele de stare civilă, judecătorii își întemeiază decizia lor pe actele medicale, se va crea o confuzie cu privire la emitenții de drept ale actelor medicale și nevoia sau nu din punct de vedere legal a unui diagnostic psihiatric. Astfel, însăși accesul la justiție și bunul mers al justiției ar putea fi împiedicat prin menținerea situației actuale. Transpunerea în practică a schimbării operate în ICD 11 va fi un pas important pentru înțelegerea în rândul specialiștilor și al celor care aplică legea că identitatea de gen ține de principiul autodeterminării persoanei, că nu este o boală ci o condiție înnăscută care în cazurile în care persoanele transgender doresc poate fi adresată cu servicii de sănătate sexuală corespunzătoare, pentru susținere starea de bine a persoanei.

Menținerea situației actuale ar însemna și perpetuarea unei stări de fapt privind persoanele trans care le privează pe acestea din urmă de asistența medicală de specialitate, deoarece în țara noastră fie nu sunt deloc, fie nu sunt suficienți specialiști care să cunoască elementele de bază privind tranziția medicală – precum identificarea pacienților care sunt în situația de a avea o altă identitate de gen decât cea corespunzătoare sexului atribuit la naștere, evaluarea medicală în vederea începerii tratamentului hormonal corespunzător, supravegherea pe perioada administrării tratamentului medical (pe toată viața persoanei transgender), cunoașterea interacțiunilor tratamentului hormonal cu alte tratamente medicale sau afecțiuni și intervenții medicale cu care se poate confrunta persoana pe parcursul vieții. Cu atât mai mult există puțină sau deloc expertiză medicală de specialitate pentru a asista situații mai complicate sau mai puțin comune precum evaluarea chirurgicală și efectuarea intervențiilor chirurgicale specifice pentru corecția de gen, tratamentul medical în cazul minorilor etc.

Perpetuarea situației actuale ar însemna că se va pierde un moment oportun pentru a răspunde prompt unor cerințe internaționale de luare de măsuri la nivel național pentru adecvarea sistemului la nevoile de sănătate ale persoanelor transgender, inclusiv prin depatologizare și adoptarea de protocoale medicale pentru acordarea asistenței medicale pe perioada de tranziție a persoanelor

transgender. În lipsa acestor măsuri care să fie în acord cu standardele internaționale de îngrijire a persoanelor transgender, acestea din urmă vor continua să își pună sănătatea sau chiar viața în pericol prin automedicație, cumpărarea unor medicamente sau servicii medicale neverificate, nereglementate, de pe piața neagră, agravarea disforiei de gen în lipsa unor produse și servicii care să sprijine tranziția de gen. În lipsa unui cadru clar în care să se acorde asistența medicală de specialitate, numărul pacienților va rămâne scăzut, la fel cum numărul medicilor specialiști interesați să se specializeze pe această temă va rămâne tot scăzut.

Opțiunea nr.2: Crearea unui centru specializat în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender

Opțiunea a doua își propune crearea unui centru specializat în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender. Acesta ar fi înființat la nivel național, din bugetul de stat, în București sau în Cluj, pe lângă spitale universitare. Centrul urmează să ofere servicii în regim ambulatoriu și spitalizare exclusiv pentru persoanele transgender. Având în vedere nevoile întâmpinate în tranziția medicală și standardele internaționale de îngrijire ale persoanelor transgender, specialitățile de medicină care vor trebui să fie acoperite prin acest centru sunt: endocrinologie, ginecologie, urologie, chirurgie plastică și estetică, precum și servicii de evaluare psihologică clinică și psihoterapie.

Ca efort logistic și administrativ, această soluție ar putea să fie mai facilă deoarece presupune antrenarea unui număr limitat de persoane, un număr mai redus de decizii administrative și nu implică schimbări de sistem sau amendarea unor acte normative. Totuși această soluție ar presupune și intervenția la nivelul medicilor de familie și al medicilor endocrinologi din întreaga țară pentru că aceștia sunt primii care intră în contact cu pacienții transgender, având responsabilitatea recunoașterii și trimiterii lor către centrul specializat în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender. În acest sens, ar fi nevoie de încheierea unui protocol cu Asociația Medicilor de Familie și cu Societatea Română de Endocrinologie pentru a transmite în rețea informații și a include tematica în congrese, adică un tip de intervenție care conține o parte din Opțiunea nr.3 de mai jos. În acest condiții, ar putea fi mult mai eficient ca evaluarea endocrinologică și tratamentul hormonal să fie prestate în cadrul serviciilor de sănătate de la nivel local, de către medicii endocrinologi, după ce au fost beneficiat de informarea și instruirea din partea centrului specializat (a se vedea mai jos).

În centrul specializat propus în Opțiunea nr.2, se va putea dezvolta expertiza necesară pentru aplicarea prevederilor privind depatologizarea persoanelor transgender conform ICD 11. Ar urma să se instruiască un număr limitat de cadre medicale care să cunoască modificările din ICD 11 și standardele internaționale de îngrijire medicală a pacienților transgender. Raportarea datelor statistice privind persoanele transgender s-ar face direct dintr-un punct din țară și nu ar fi colectată din toate județele. În lipsa oricăror date oficiale privind numărul persoanelor transgender din România, pentru a afla numărul pacienților potențiali, ne raportăm la numărul persoanelor transgender care s-au adresat Asociației ACCEPT în ultimii 3 ani (în jur de 400 de persoane) și la procentul estimat la nivel mondial în literatura de specialitate (aproximativ 0,5% din populație sunt persoane transgender). În consecință, probabil că numărul de pacienți care s-ar adresa acestui centru ar putea să fie câteva sute de persoane în primul an, urmând să crească în condiții de vizibilitate, asumare crescută la nivelul comunității transgender și de existență a unor servicii

medicale de calitate, non-discriminatorii, acoperite de către stat. Cu toate acestea, este posibil ca cel puțin în primii ani, rentabilitatea acestei soluții să fie scăzută având în vedere efortul financiar necesar pentru a înființa și susține un centru medical cu mulți angajați pentru un număr relativ redus de pacienți. Nu trebuie însă uitat faptul că în regiunea Europei de Est nu există centre care să asigure servicii integrate, persoanele trans fiind obligate să realizeze intervențiile chirurgicale în spitale din Thailanda sau Turcia la prețuri exorbitante și fără posibilitatea supravegherii ulterioare a tratamentului. Aceasta poate reprezenta în timp o oportunitate pentru finanțarea prin plata de către pacienți, în special cei care vin din străinătate, a unei părți importante din activitatea centrului specializat.

Centrul va fi într-un centru universitar, care formează noile cadre medicale, vor putea să recruteze personal nou pentru a fi instruit și cooptat în munca din centrul specializat. De asemenea, centrul de specialitate va putea dezvolta cursuri de formare continuă pentru cadrele medicale în acest domeniu, pe care apoi să le acrediteze și să le ofere. Colaborarea unui centru de specialitate la nivel național cu centre similare din străinătate va fi facilitată în cadrul acestei soluții, prin intermedierea unor schimburi de experiență și stagii de pregătire la clinici din străinătate cu tradiție în oferirea de servicii de sănătate pentru persoanele transgender.

Tot în acest centru se vor putea face primele eforturi pentru a redacta și propune protocoalele medicale pentru tranziția medicală a persoanelor transgender, care vor fi ulterior promovate și cunoscute în rândul medicilor specialiști din întreaga țară. Medicii din alte unități sanitare care vor fi interesați să se specializeze în problematica persoanelor transgender vor putea să efectueze stagii de formare în centru.

Această a doua opțiune de soluționare a problemei oferă condițiile pentru o bună centralizare a datelor despre persoanele transgender și o bună supraveghere a nevoilor de medicamente și de materiale medicale la nivel național, cărora să le răspundă instituțiile competente. Bugetarea și finanțarea din partea statului pentru nevoile persoanelor transgender se va putea identifica și calcula foarte clar, fiind vorba numai despre o unitate sanitară care va angaja cheltuieli în acest domeniu. Așadar, nu ar fi vorba despre decontarea tuturor serviciilor pentru toate persoanele transgender la nivel național, prin asigurarea publică de sănătate, ci doar de decontarea serviciilor de sănătate care sunt oferite în centrul specializat, în limita aprobată bugetar. Pe măsură ce numărul pacienților persoane transgender care se adresează acestui centru specializat va crește, există posibilitatea să se creeze liste lungi de așteptare, ceea ce limitează accesul la servicii de sănătate pentru persoanele transgender.

Opțiunea nr.3: Capacitarea actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender

Această opțiune își propune să multiplice informația, expertiza și soluțiile pentru asigurarea accesului persoanelor transgender la servicii de sănătate adecvate nevoilor lor în conformitate cu noile standarde în domeniu, inclusiv cu ICD 11. Intervențiile sunt planificate la nivelul întregului sistem de sănătate, respectiv cel puțin la nivelul următoarelor specialități medicale esențiale în

tranziția medicală: medic de familie, endocrinolog, psihiatru, urolog, ginecolog, chirurg plastician și la nivelul psihologilor clinicieni și a psihoterapeuților.

Opțiunea nr.3 presupune intervenții etapizate. Mai întâi este nevoie de evaluarea nevoilor de sănătate a comunității transgender și a situațiilor în care aceștia întâmpină dificultăți, inclusiv discriminare în accesul la servicii de sănătate. Pentru funcționarea acestei soluții este nevoie să existe inițial în sistem câțiva oameni de referință, dedicați subiectului, care au sau doresc să dobândească imediat expertiză în domeniu. Doar pornind de la un grup mic de oameni dedicați poți să multiplici apoi expertiza în sistemul medical în general. Urmează capacitatea inițială a unui grup mai larg de medici și psihologi într-o rețea de specialiști (folosind expertiză din străinătate, inclusiv de la World Professional Association of Transgender Health (WPATH)). Prin participarea rețelei de specialiști de mai sus, se va redacta până în anul 2022 protocolul medical pentru tranziția medicală a persoanelor transgender. Ulterior, tot prin participarea specialiștilor din rețea se vor dezvolta și implementa intervențiile de formare inițială și continuă pentru aplicarea protocolului, inclusiv prin facilitarea mobilității profesionale pe această zonă de expertiză medicală, în termen de 4 ani după adoptarea protocolului să se introducă la toate universitățile de medicină în formarea inițială a specialităților relevante aplicarea protocolului în tranziția medicală, introducerea unui curs online pt medicină de familie și endocrinologie, pe platforma formaremedicala.ro, cu credite de la Colegiul Medicilor, susținerea unor teme relevante în cadrul congreselor medicale (endocrinologie), susținerea temelor relevante în domeniul chirurgiei în cadrul congreselor, comunicărilor medicale, stagiilor de practica, formării liderilor de rezidențiat în chirurgie.

Secțiunea 4 - Identificarea și evaluarea impactului

4.1. Impactul economic și asupra mediului de afaceri

Evaluarea corectă a impactului economic al adoptării și aplicării prevederilor ICD 11 în România este dificil de realizat dată fiind absența datelor de referință de bază. În acest moment nu există un mecanism de colectare a datelor care să permită estimarea numărului persoanelor care vor putea beneficia de armonizarea politicilor de sănătate naționale cu standardul stabilit de Organizația Mondială a Sănătății prin ICD 11 prin deopatologizarea identității de gen. Nu există nici o analiză oficială a tipurilor de servicii medicale pe care aceste persoane le accesează în sistemul public sau privat de sănătate, din România și din străinătate.

Se pot realiza două tipuri de estimări preliminare în ceea ce privește impactul și numărul de persoane afectate prin deopatologizarea identității de gen și asigurarea de servicii de suport adecvate. O primă estimare, focusată contextual la nivel național însă informală, poate fi realizată din perspectiva numărului de beneficiari și de persoane care au solicitat ajutorul unor organizații neguvernamentale care oferă servicii de suport persoanelor trans (aproximativ 400 de persoane în ultimii doi ani numai la organizația ACCEPT) și numărul persoanelor care raportează că au

demarat proceduri medicale pe cont propriu sau în spitale din străinătate (30-50 de persoane pe an). Această estimare preliminară este extrem de limitativă și are limite metodologice obiective.⁵ O altă modalitate de a estima populația target care este potențial beneficiar al acestor servicii ar fi prin raportarea la numărul indicat de organizațiile internaționale ca estimare a persoanelor trans la nivel mondial și anume procentul de 0,5-0,6% din populația generală.⁶ Această estimare ar duce la un grup probabil de beneficiari pentru România de aproximativ 40.000 de persoane . Putem specula că adresabilitatea directă este de un număr de câteva mii de persoane, numărul acesta crescând în condiții de vizibilitate, asumare crescută și de existență a unor servicii de susținere din partea statului.

Indiferent de opțiunea de politică aleasă dintre cele trei variante posibile analizate, nu există un impact macro economic, un impact asupra mediului concurențial sau asupra ajutoarelor de stat și nu există un impact în ceea ce privește mediul de afaceri sau întreprinderile mici și mijlocii, iar impactul asupra investițiilor publice este redus dat fiind faptul că depatologizarea identității de gen implică în principal informarea și o schimbare de comportament din partea personalului medical, în cadrul unor servicii medicale și cu utilizarea unor echipamente deja existente și nu presupune realizarea unor investiții în tehnologie, imobile sau echipamente medicale noi.

Trebuie însă subliniat că scenariul de referință care presupune absența unei intervenții a statului în sensul amânării implementării în sistemul de sănătate românesc a acelor prevederi din ICD 11 care privesc persoanele transgender – în esență menținerea patologizării persoanelor transgender în zona bolilor mintale, este însă un scenariu cu un risc potențial de costuri suplimentare generate prin inițierea de către persoanele trans care nu beneficiază de servicii adecvate a unor plângeri în instanță invocând încălcarea dreptului la identitate, a dreptului la sănătate și a principiului nediscriminării. În baza jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului (CEDO), astfel de plângeri atrag decizii de recunoaștere a încălcării drepturilor persoanelor respective și la obligarea autorităților naționale la plata de daune victimelor, sumele acordate victimelor variind în funcție de gravitatea cazului.

Dificultatea cuantificării grupului țintă de potențiali beneficiari ai acestor politici publice face implicit imposibil de estimat quantumul beneficiilor economice sau quantumul costurilor economice pe care le-ar implica adoptarea de protocoale în conformitate cu ICD11 și încurajarea apariției fie de centre specializate, fie capacitarea rețelei de specialiști deja existente prin încurajarea medicilor specialiști să asigure servicii specializare persoanelor transgender din perspectiva propusă de Organizația Mondială a Sănătății prin ICD 11.

4.2. Impactul bugetar și financiar

⁵ Keo-Meier, Colton & M. Labuski, Christine. (2013). *The Demographics of the Transgender Population*. 10.1007/978-94-007-5512-3_16.

⁶ Charlotte J. Patterson (Editor); Anthony R. D'Augelli (Editor) (2012). *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford University Press. p. 71. [ISBN 978-0199765218](#).

Costul social pentru menținerea situației actuale, fără nicio intervenție (Scenariul de referință)

Lipsa de intervenție prin menținerea patologizării persoanelor transgender în zona bolilor mintale, aparent este un scenariu care nu implică costuri sau venituri în cea ce privește bugetul de stat sau bugetele locale. Cu toate acestea, scenariul de referință este un scenariu care implică potențiale costuri ascunse. Astfel de costuri ascunse pot consta din pierderile pe care societatea le are atunci când disforia de gen este ignorată și rămâne fără un răspuns adecvat din partea autorităților medicale, ceea ce duce la marginalizare, depresie, renunțarea la muncă sau scăderea productivității, concluzie la care a ajuns un studiu de lungă durată al Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.⁷ Potențiale costuri suplimentare pentru bugetul de stat pot fi generate în cazul acestui scenariu prin inițierea de către persoanele transgender care nu beneficiază de servicii adecvate a unor plângeri în instanță. Există deja precedente în acest sens de persoane care au invocat încălcarea dreptului lor la identitate, a dreptului la sănătate și a principiului nediscriminării dată fiind lipsa serviciilor medicale. În baza jurisprudenței Curții Europene a Drepturilor Omului (CEDO), astfel de plângeri sunt finalizate cu recunoașterea încălcării drepturilor persoanelor respective, ceea ce implică și obligarea autorităților naționale la adoptarea de măsuri concrete pentru a asigura exercitarea drepturilor precum și plata de daune victimelor.

În ceea ce privește scenariul doi care propune înființarea unor centre specializate în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender sau scenariul trei de capacitate a actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender, aplicarea ICD 11 prin depatologizarea identității de gen implică în principal informarea și o schimbare de comportament din partea personalului medical, în cadrul unor servicii medicale și cu utilizarea unor echipamente deja existente și nu presupune realizarea unor investiții în tehnologie, imobile sau echipamente medicale noi. Costurile generate asupra bugetului de stat sau a bugetelor locale vor fi așadar minimale, o cuantificare a acestora fiind prematură dată fiind lipsa datelor statistice viabile.

Profesionalizarea serviciilor medicale necesare persoanelor trans are potențialul de a fi generatoare de venit în măsura în care în acest moment persoanele transgender din statele din zonă sunt nevoite să apeleze la servicii de turism în scopuri medicale în Thailanda sau Turcia, asumându-și riscul de a nu beneficia de o pregătire de durată și de monitorizarea necesară post-intervenție, în timp ce existența unui pachet comprehensiv de servicii ar transforma România într-o destinație accesibilă și sigură.

4.3. Impactul social

Art. 5 lit. i) din Legea asistenței sociale nr. 292/2011 stabilește ca principiu ”nediscriminarea, potrivit căreia persoanele vulnerabile beneficiază de măsuri și acțiuni de protecție socială fără restricție sau preferință față de rasă, naționalitate, origine etnică, limbă, religie, categorie socială,

⁷ Padula, W.V., Heru, S. & Campbell, J.D. J GEN INTERN MED (2016) 31: 394.
<https://doi.org/10.1007/s11606-015-3529-6>.

opinie, sex ori orientare sexuală, vârstă, apartenență politică, dizabilitate, boală cronică necontagioasă, infectare HIV sau apartenență la o categorie defavorizată.” Criteriile sex și orientare sexuală sunt interpretate în jurisprudența Curții de Justiție a Uniunii Europene, a Curții Europene a Drepturilor Omului, precum și în jurisprudența națională ca fiind acoperitoare în cazul discriminării persoanelor transgender în baza identității lor de gen.

Art. 6 p) din Legea asistenței sociale nr. 292/2011 definește grupul vulnerabil ca acele ”persoane sau familii care sunt în risc de a-și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai din cauza unor situații de boală, dizabilitate, sărăcie, dependență de droguri sau de alcool ori a altor situații care conduc la vulnerabilitate economică și socială.” În lipsa unor măsuri care să pună în acord politicile publice de sănătate naționale cu standardele internaționale de îngrijire a persoanelor transgender așa cum sunt ele stabilite de Organizația Mondială a Sănătății, aceste persoane vor continua să își pună sănătatea sau uneori viața în pericol prin recurgerea la automedicație sau prin cumpărarea unor medicamente sau servicii medicale neverificate, nereglementate, de pe piața neagră. Mai mult decât atât, lipsa serviciilor adecvate duce la agravarea disforiei de gen cea ce determină abandon al locului de muncă, sau productivitate redusă, tendințe de suicid, abandon școlar.

Studiile realizate de Banca Mondială⁸ și de laureatul premiului Nobel pentru Economie Joseph Stiglitz⁹ indică faptul că marginalizarea, absența unor politici care să asigure realizarea drepturilor minime, inclusiv a dreptului la sănătate sunt direct corelate cu sărăcia. Dată fiind lipsa de date statistice referitoare la numărul de beneficiari, este imposibil de realizat o estimare a cuantumului beneficiilor economice în cazul în care servicii medicale vor fi oferite din perspectiva de patologizării, așa cum stabilește Organizația Mondială a Sănătății. În acest fel, persoanele din grupul țintă vor putea să își reia activitatea productivă mult mai repede sau să nu o întrerupă, ceea ce le va permite să contribuie economic și să nu ajungă în situații de risc.

4.4. Impactul asupra mediului înconjurător

Nu există un impact asupra mediului înconjurător, a utilizării resurselor naturale, asupra speciilor protejate, habitatelor naturale, ariilor protejate și peisajelor sau asupra calității mediului indiferent de opțiunea de politică publică aleasă spre aplicare.

Secțiunea 5 - Selectarea opțiunii

⁸ World Bank, <http://www.worldbank.org/en/news/feature/2019/03/28/inequality-of-opportunity-new-measurements-reveal-the-consequences-of-unequal-life-chances>.

⁹ Joseph Stiglitz, *The Price of Inequality: How Today's Divided Society Endangers Our Future*, W. W. Norton & Company, Year: 2012.

Din punct de vedere al asigurării accesului nediscriminatoriu la serviciile de sănătate necesare în cadrul tranziției medicale (mai puțin corecția chirurgicală a sexului), **Opțiunea nr.3: Capacitarea actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender** oferă premisele cele mai solide pentru realizarea acestor obiective. De exemplu, evaluarea medicală inițială a persoanelor transgender, prin care medicul de familie sau medicul endocrinolog recunosc faptul că este vorba despre o persoană transgender, evaluarea endocrinologică și prescrierea tratamentului hormonal sau ajustarea acestuia, la fel ca și accesul lunar la medicația hormonală corespunzătoare reprezintă nevoi medicale de bază, care ar trebui să se facă la nivel local. Prin implementarea Opțiunii nr.3 aducem serviciile de sănătate mai aproape de pacient, în comunitatea sa. Pentru pacienți această Opțiune înseamnă economie de timp și de bani pentru că își vor rezolva mai repede nevoile în comunitate, aproape de locuința sa, fără cheltuieli suplimentare de transport, cazare. Astfel, se evită listele de așteptare inerente unui centru național.

În plus, prin gradul mare de generalizare, Opțiunea nr.3 răspunde și nevoii de a avea un tratament nediscriminatoriu și atunci când persoanele transgender apelează la orice prestator de servicii de sănătate, pentru a-și rezolva nevoile generale de sănătate, care nu au legătură cu tranziția medicală sau cu identitatea de gen. Ne adresăm și altor specializări medicale decât cele care sunt implicate în tranziția medicală. De exemplu, și medicii cardiologi ar trebui să știe despre implicațiile pentru sănătate ale tratamentului hormonal în cazul persoanelor transgender.

Medicina de familie sau endocrinologia, accesate de persoanele transgender așa cum am arătat mai sus, sunt specializări de bază, nu presupun avansuri tehnologice deosebite. Orice medic endocrinolog și medic de familie ar trebui să aibă cunoștințe pentru identificarea unei persoane trans și a nevoilor pentru tranziție medicală. Totuși, Opțiunea nr.3 va întâmpina lipsa de informație și de cunoștințe în domeniu în rândul specialiștilor de la nivel local, care este mai mare decât în cazul specialiștilor care lucrează în orașe mari sau centre universitare. La fel, stereotipurile și prejudecățile în legătură cu persoanele transgender ar putea fi mai mari în orașele mici, persoanele transgender ar putea să se confrunte mai des cu refuzuri din partea medicilor pe motive ideologice sau cel puțin opțiunea de a alege alt specialist mai deschis și tolerant ar putea să fie inexistentă în cazul unui pacient transgender dintr-un oraș din provincie. Însă obiectivele urmărite prin Opțiunea nr.3 vizează tocmai creșterea nivelului de informare și de instruire a cadrelor medicale, răspunzând acestor provocări prin adoptarea de protocoale medicale clare și organizarea instruirii inițiale și continue. În acest context, Opțiunea nr.3 aduce un prilej de creștere profesională a cadrelor medicale, care ar primi credite de formare profesională pentru participarea la aceste instruirii. În același timp, atragerea și instruirea specialiștilor de la nivel local trebuie să țină cont de faptul că unele localități sau chiar județe se confruntă cu lipsa sau numărul redus al specialiștilor în domeniul endocrinologie, de unde disponibilitatea lor limitată pentru formare nouă. Mai mult, medicii specialiști continuă să plece din țară, fiind atrași de oportunități în afara țării. Aceste riscuri vor fi preîntâmpinate prin adaptarea metodelor de instruire continuă (de exemplu cursuri online acreditate, teme prezentate în cadrul congreselor naționale de specialitate, burse în străinătate)

pentru a le face atractive pentru cadrele medicale aflate în situații variate legate de mobilitatea cadrelor din sistem.

La nivel local, nu sunt medici chirurghi suficient pregătiți să poată adresa nevoile medicale ale persoanelor transgender care țin de intervențiile chirurgicale asupra organelor genitale, fie că este vorba de masculinizarea sau feminizarea lor. În consecință, aceste nevoi urmează să fie adresate cel mai probabil în centre universitare, unde cunoștințele și tehnologia este de top.

Efortul logistic și administrativ pentru implementarea Opțiunii nr.3 va fi mare deoarece în cadrul acestei soluții se dorește să se ajungă la un număr mai mare de medici specialiști de la nivelul întregii țări și nu doar la un număr redus de specialiști dintr-un centru de specialitate. Pe termen lung, implementarea Opțiunii nr.3 înseamnă costuri mai mici pentru sistem deoarece este o soluție mai eficientă decât un centru național care implică niște costuri mari cu adresabilitate fluctuantă, redusă inițial. În plus, Opțiunea nr.3 are avantajul că include pe termen mediu și lung, formarea inițială a cadrelor medicale, obligatorie din facultate, ceea ce asigură reprezentarea teritorială și formarea tuturor medicilor specialiști.

De asemenea, **opțiunea nr.2: Crearea unui centru specializat în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender prezintă o serie de dezavantaje suplimentare.** Din punct de vedere al accesului geografic al persoanelor transgender la un singur centru specializat pentru întreaga țară, această soluție prezintă dezavantajul că persoanele transgender vor fi descurajate de distanța mare dintre localitățile în care acestea domiciliază și centru, care se poate situa și la 600 de kilometri. Multe dintre nevoile de sănătate ale persoanelor transgender, precum evaluarea medicală inițială, stabilirea și ajustarea tratamentului hormonal, psihoterapia în cazurile în care este nevoie, nu presupun niște teste, intervenții medicale complexe sau cunoștințe medicale foarte avansate. Ele ar trebui să fie disponibile pentru pacienți în comunitate, cât mai aproape de mediul în care trăiesc, ceea ce Opțiunea nr.2 nu oferă.

În centrul specializat se va lucra în echipe multidisciplinare, persoanele transgender urmând să primească un pachet complet de servicii de sănătate integrate, centralizate, odată ce se vor adresa acestui centru. De asemenea, aici se vor putea adresa nu doar cazurile comune, care nu necesită foarte multă expertiză și supraveghere medicală (pentru tratamentul hormonal, de exemplu), ci și cazurile mai complicate sau mai rar întâlnite, care astăzi nu pot beneficia de niciun serviciu medical în România deoarece nu există expertiza în domeniu (tratamentul endocrinologic al copiilor și adolescenților transgender, intervențiile chirurgicale de corecție de sex). Totuși nevoile generale de sănătate ale persoanelor transgender, care nu țin de identitatea de gen sau de tranziția medicală, vor trebui satisfăcute în continuare în sistemul obișnuit de sănătate, care nu va fi îmbunătățit deloc în cadrul Opțiunii nr.2.

Secțiunea 6 - Procesul de consultare publică

În vederea realizării acestei propuneri de politici publice, Asociația Medicilor Rezidenți în parteneriat cu Asociația ACCEPT, în cadrul Rețelei Nostra¹⁰, au organizat două consultări cu organizațiile membre ale rețelei și cu reprezentanți ai autorităților de resort în 21 și 28 februarie 2019. Menționăm că asociațiile neguvernamentale membre ale rețelei au ca scop statutar fie reprezentarea drepturilor grupurilor vulnerabile în relație cu autoritățile, fie un mandat specific în colaborarea cu autoritățile în vedere îmbunătățirii stării de sănătate a populației prin activități specifice de advocacy. Enumerăm printre instituțiile publice prezente la consultări Ministerul Sănătății, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Sănătate Publică, Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului și Consiliul Național pentru Combaterea Discriminării. De asemenea, la aceste consultări au participat numeroase persoane transgender, care au explicat din perspectiva experienței lor personale în cadrul sistemului de sănătate necesitatea elaborării unor politici publice specifice, care să adreseze nevoie de sănătate specifice tranziției medicale, cât și situațiile de discriminare în accesul la servicii medicale generale cu care acestea s-au confruntat.

În cadrul consultării, au fost adresate următoarele elemente constitutive ale propunerii de politici publice:

1. Identificarea problemei care trebuie adresată printr-o propunere de politică publică
2. Cauza și efectele problemei care necesită adresare
3. Statutul persoanelor transgender din perspectiva definiției grupului vulnerabil
4. Identificarea scopului și obiectivelor propunerii de politică publică
5. Identificarea unor soluții viabile pentru rezolvarea problemei identificate
6. Analizarea impactului generat de cele două soluții identificate

În urma acestor consultări, s-a elaborat Raportul Consultării Publice, anexat prezentei propuneri de politică publică. Recomandările agreeate de participanții la consultare stau la baza prezentei propuneri de politică publică. Ulterior, în cazul în care Ministerul Sănătății acceptă prezenta propunere de politică publică, acesta trebuie să respecte prevederile Legii 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică și prevederile H.G. nr. 561/2009 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de documente de politici publice, a proiectelor de acte normative, precum și a altor documente, în vederea adoptării/aprobării.

Secțiunea 7

Măsuri post-adoptare

¹⁰ Asociația Medicilor Rezidenți, Asociația ACCEPT, ADIS – Asociația pentru Dezvoltare și Incluziune Socială, ARAS – Asociația Română Anti-SIDA, Asociația Viitorul Tinerilor, CARUSEL, Consiliul Tineretului din România, Consiliul Tinerilor Instituționalizați, Centrul FILIA, Junii, Asociația Internațională de Formare Profesională Cultural , Educativ – Sportivă MASTERCLASS, MozaiQ, Pride Romania, Prisma, Rise Out, Fundația Romanian Angel Appeal, Romanian Harm Reduction Network, Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală – SECS, Sens Pozitiv, Societatea Studenților în Farmacie București, Fundația Tineri pentru Tineri, UNOPA - Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA.

În prezent, la nivel internațional, ICD este în proces de revizuire pentru a fi adoptat ICD-11. În această nouă versiune, persoanele trans nu mai sunt încadrate la Tulburări mentale și de comportament, ci la Capitolul 17 Diagnostiche privind sănătatea sexuală, sub denumirea *Incongruență de gen (sexuală) la adolescenți și adulți* (Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood). Această schimbare are dublu rol: pe de o parte scoate din zona psihiatriei persoanele trans, ceea ce le ridică o parte din stigma asociată unui diagnostic psihiatric și pe de altă parte menține nevoile de sănătate pe care le au persoanele trans într-o zonă în care pot fi acoperite de asigurările de sănătate deoarece țin de o afecțiune medicală (de un diagnostic) și nu sunt simple alegeri de natură estetică ale persoanei, fără legătură cu un tratament medical. ICD 11 urmează să fie prezentat Adunării Generale a Organizației Mondiale a Sănătății în luna mai 2019, pentru a fi adoptat de către statele membre (informație disponibilă la [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))).

Odată adoptat, ICD-11 va intra în vigoare la 1 ianuarie 2022. Până atunci statele au timp să adopte măsurile care se impun la nivel național pentru traducerea și popularizarea noii variante ICD, inclusiv prin instruirea cadrelor medicale, schimbarea indicatorilor statistici, formularelor și competențelor de specialitate etc.

În România, ICD-10 a fost introdus efectiv cu valoare de lege prin Ordinul Ministrului Sănătății nr.685/1993 privind introducerea și utilizarea reviziei a 10-a OMS a Clasificației internaționale a Maladiilor (C.I.M.). Un astfel de ordin de ministru va fi necesar pentru introducerea și utilizarea ICD-11. O întrebare punctuală care va trebui adresată în procesul ce va urma adoptării ICD-11 și în România este ce specialitate medicală va putea să facă încadrarea la „Incongruență de gen la adolescenți și adulți”, deoarece medicul psihiatru nu va mai avea competențe în domeniu. Cel mai potrivit din punct de vedere al adresabilității la medic a persoanei trans ar fi dacă medicul endocrinolog ar fi specialistul competent să pună acest diagnostic. Acest aspect urmează a fi detaliat în protocolul medical privind tranziția medicală a persoanelor transgender care va fi redactat și adoptat prin Ordinul Ministrului Sănătății, ca parte a politicii publice.

Având în vedere modificările de referință ocazionate de raportarea la noul ICD-11, cadrele medicale de la specialitățile medicină de familie, endocrinologie, psihiatrie, ginecologie, urologie și chirurgie plastică vor trebui să se pună la punct cu noile prevederi care țin de deopatologizarea persoanelor transgender și încadrarea lor în secțiunea sănătate sexuală. De asemenea, în România va trebui adoptat un protocol medical privind tranziția persoanelor transgender, în armonie cu standardele internaționale de îngrijire a persoanelor transgender elaborate în cadrul World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Aceste noi îndrumări vor fi foarte utile pentru personalul de specialitate și pentru studenții la medicină pentru a se pune la punct cu noile abordări la nivel internațional privind serviciile specifice persoanelor transgender. În consecință, implementarea politicii publice va presupune încheierea unor protocoale de colaborare cu instituțiile și organizațiile de resort care se ocupă cu formarea inițială și formarea continuă în domeniul sănătății pentru a putea pune în aplicare în mod adecvat noile standarde medicale în domeniu.

Monitorizarea și implementarea propunerii de politică publică se va realiza de către Ministerul Sănătății care va include în raportul său anual de activitate informații despre rezultatele obținute în implementarea politicii publice. Data estimată a primului raport de monitorizare va fi începutul anului 2021. Indicatorii relevanți pentru evaluarea politicii publice sunt: număr de ordine de ministru publicate, număr de protocoale de colaborare încheiate.

Tabelul nr. 1

Obiectiv	Măsură/Act normativ în vederea implementării PPP*	Instituție/Direcție responsabilă	Termen de realizare	Rezultat	Buget	Indicator**
1. Pana in anul 2022, Romania va asigura implementarea prevederilor ICD 11 cu privire la identitatea de gen transgender, prin depatologizarea acesteia si modificarea reglementarilor nationale specifice.	Abrogarea OMS nr.685/1993 privind introducerea și utilizarea reviziei a 10-a OMS a Clasificației internaționale a Maladiilor (C.I.M.) și înlocuirea cu un nou ordin de ministru prin care să se introducă ICD 11.	Ministerul Sănătății	2022	Ordin de ministru adoptat	N/A	Număr ordine de ministru publicate.
2. Pana in anul 2022, se vor formula protocoalele medicale privind tranzitia si se va asigura persoanelor transgender accesul nediscriminatoriu la servicii, tratamente si dispozitive medicale, in	Adoptarea unui protocol medical privind tranziția persoanelor transgender.	Ministerul Sănătății	2022	Ordin de ministru adoptat	N/A	Număr ordine de ministru publicate

acord cu nevoile specifice ale acestora si cu standardele internationale de ingrijire.						
3. Capacitarea personalului medical prin formare profesionala initiala constand in includerea tematicii de patologizarii in cursurile de endocrinologie, chirurgie, urologie, obstetrica-ginecologie, medicina de familie, prin parteneriate cu facultatile de medicina.	Încheierea de protocoale de colaborare cu principalele 3 facultăți de medicină din țară pentru includerea tematicii de patologizarii in cursurile de endocrinologie, chirurgie, urologie, obstetrica-ginecologie, medicina de familie.	Ministerul Sănătății	2022	3 protocoale de colaborare încheiate	N/A	Număr de protocoale de colaborare încheiate.
4. Formarea continua a cadrelor medicale si psihologilor in legatura cu tematica de patologizarii conform ICD 11 prin parteneriate cu Colegiul Medicilor, Ordinul Asistentelor, Colegiul Psihologilor, Institutul de Sanatate Publica.	Încheierea de protocoale de colaborare cu Colegiul Medicilor, Ordinul Asistentelor, Colegiul Psihologilor, Institutul de Sanatate Publică pentru includerea tematicii de patologizarii in cursurile și alte evenimente de formare continua	Ministerul Sănătății	2022	4 protocoale de colaborare încheiate	N/A	Număr de protocoale de colaborare încheiate.

	(congrese) la specialitățile endocrinologie, chirurgie, urologie, obstetrica-ginecologie, medicina de familie.					
--	--	--	--	--	--	--

ANEXA 1 - Definirea termenilor

Sexul = Complex de trăsături biologice (genotipice și fenotipice) ale unui individ, care conturează diferențierea dintre masculin și feminin, precum și spectrul fiziologic și anatomic al masculinului sau femininului. La naștere, sexul masculin sau feminin se atribuie de obicei pe baza aspectului organelor genitale externe; atunci când acestea sunt ambigue, atribuirea sexului se efectuează luând în considerare alte componente (organele genitale interne, sexul cromozomial și hormonal). Pentru majoritatea oamenilor, identitatea de gen corespunde cu sexul atribuit lor la naștere (a se vedea *cisgender*, mai jos); pentru persoanele transgender și neconforme cu normele de gen, identitatea de gen sau exprimarea acestuia diferă de cele în mod tipic asociate sexului ce li se atribuie lor la naștere.

Intersex = Un termen care se referă la o serie de trăsături fizice sau variații care se află între idealurile stereotipice ale bărbaților și ale femeilor. Persoanele din intersex se nasc cu trăsături fizice, hormonale sau genetice care nu sunt nici feminine, nici masculine în întregime; sau sunt o combinație între trăsături feminine și masculine; sau nu sunt nici feminine, nici masculine. Există multe variații intersex; termen este unul umbrelă, care definește mai degrabă un spectru decât o singură categorie.

Genul = Spre deosebire de „sex”, care ține de biologie (corpul unei persoane va fi de sex femeiesc, bărbătesc sau intersex), „genul” este un construct social, bazat pe un ansamblu de caracteristici emoționale, comportamentale și culturale pe care societatea le „atașează” sexului biologic al unei persoane. Genul poate avea mai multe componente, inclusiv identitatea de gen, expresia de gen, rolurile de gen etc. Există persoane care, ca gen, nu se recunosc în categorisirea bărbat/femeie (de exemplu, persoanele queer, androginii etc).

Binaritatea genului = Din punct de vedere social (al rolurilor sau al stereotipurilor de gen), viziunea occidentală dominantă în prezent admite doar existența a două genuri. Istoric, însă, au existat culturi pe tot globul care operau în afara binarului care este văzut de noi ca “standard” (Mahu în Hawaii, fa’afafine în Polinezia, hijra în India, persoanele two-spirit în cultura nativ-americană). Heteronormativitatea se referă la setul de convingeri și practici care consideră că genul este un binar absolut și indiscutabil, care, prin urmare, descrie și întărește heterosexualitatea ca normă. Aceasta implică faptul că genul, sexul și caracteristicile sexuale ale oamenilor „sunt ceva natural” și trebuie să fie întotdeauna congruente. Prin urmare, heterosexualitatea este singura sexualitate acceptată și singura modalitate de a fi „normal/ă”.

Identitatea de gen = Se referă la experiența individuală și conștientizată a genului, care poate să corespundă sau nu cu sexul atribuit la naștere. O persoană care se simte confortabil cu genul la care a fost încadrată la naștere este o persoană cisgender. Un exemplu de persoană cisgender este o femeie căreia i s-a atribuit la naștere sexul femeiesc, are corp femeiesc și se identifică drept femeie. A fi o persoană cisgender nu are legătură cu orientarea sexuală, iar persoanele cisgender pot avea orice orientare sexuală. Pentru persoanele trans, propria lor identitate de gen nu se potrivește cu sexul care

le-a fost atribuit la naștere. Majoritatea oamenilor au o identitate de gen masculină sau feminină, dar unii oameni nu se regăsesc perfect într-una din aceste două categorii. Spre deosebire de expresia de gen, identitatea de gen nu este vizibilă de ceilalți. În timp ce noțiunea de „sex” se referă la diferența biologică dintre bărbat și femeie, „genul” include de asemenea diferențele sociale dintre bărbați și femei. Felul în care oamenii definesc genul feminin sau masculin s-a schimbat de-a lungul timpului și chiar pentru același moment diferă de la o cultură la alta.

Rolurile de gen = Un set de norme și așteptări comportamentale și sociale care sunt considerate adecvate pentru o persoană de un anumit sex, în contextul unei culturi specifice. Rolurile de gen diferă foarte mult între culturi și se transformă de-a lungul istoriei.

Expresia de gen = Modul în care oamenii își exprimă identitatea de gen și sunt recunoscuți de ceilalți ca având un anumit gen. Expresia de gen se referă adesea la unele trăsături vizibile (haine, coafură, gestică, maniere etc.), care sunt atribuite unui anumit gen în societate. Conexiunea dintre trăsăturile fizice și de gen deseori depinde de contextul social, istoric și cultural al societății, și este, în mod tradițional, exprimată în termenii de „masculin” sau „feminin”. Însă expresia de gen nu corespunde întotdeauna cu identitatea de gen a unei persoane, care fie nu dorește sau nu poate să își exprime identitatea, inclusiv din motive de siguranță personală.

Transgender sau trans = Este un termen umbrelă care include acei oameni care au o identitate de gen diferită de sexul atribuit la naștere, precum și acei oameni care doresc să-și prezinte identitatea de gen într-un mod diferit față de genul atribuit la naștere. Termenul include acele persoane care simt necesitatea, preferă sau alege, prin limbaj, termeni de adresare, îmbrăcăminte, accesorii, machiaj sau modificări corporale, să se prezinte diferit față de așteptările legate de rolul de gen atribuit lor la naștere. Acest concept îi cuprinde pe bărbații și femeile care au parcurs tranziția medicală sau juridică (persoane cu un trecut trans), dar și pe persoanele care se identifică transgender, precum și pe toți cei care au o identitate de gen sau o exprimare a genului neconformă cu standardul de „masculin” sau „feminin”. Neconformitatea respectivă se poate manifesta prin vestimentație și/sau modificări corporale, inclusiv intervenții chirurgicale.

Gender-fluid, genderqueer, bigender sau persoană non-binară = o persoană care nu se identifică cu genurile masculin/feminin, ci se află undeva în afara acestora sau între acestea. În limba română nu există un pronume neutru de adresare pentru aceste persoane, însă în limba engleză se preferă adresarea cu „they/them”.

Coming-out = procesul de dezvăluire a identificării ca lesbiană, gay, bisexual/ă, persoană trans sau intersex.

Tranziția = Include acțiunile aferente tranziției sociale, medicale sau juridice, care duc la recunoașterea identității de gen a persoanei de către societate.

Tranziția socială = Este tranziția către rolul de gen pe care și-l dorește persoana trans. Aceasta poate însemna schimbarea numelui sub care este cunoscută în societate, schimbarea pronumelor pe care le folosește, schimbări legate de expresia de gen (tunsori, machiaj, vestimentație ș.a.m.d), și implicit

comunicarea acestor lucruri persoanelor din jur. Multe persoane trans nu își dezvăluie identitatea de gen de la început, acordând prioritate siguranței lor fizice și securității lor materiale. Persoanele trans de obicei parcurg procesul de „coming-out” treptat, începând cu persoanele în care simt că pot avea cea mai mare încredere.

Tranziția medicală = Reprezintă asistența medicală la care apelează persoana trans pentru a-și afirma identitatea. Poate consta, în principiu, în orice combinație de: tratament hormonal, operații de reconstrucție a pieptului (mastectomie sau mamoplastie), operații de reconstrucție genitală, operații de masculinizare sau feminizare facială, operații ale corzilor vocale, implanturi de păr sau epilare permanentă, terapie vocală și alte intervenții conexe. Chirurgia de confirmare a genului este intervenția chirurgicală realizată pentru a aduce caracteristicile sexuale primare și secundare ale corpului unei persoane trans în alinierea cu percepția sa internă.

Tranziția juridică = Reprezintă schimbarea indicatorilor de gen din actele de stare civilă (prenume, CNP, marker de sex), astfel încât persoana să beneficieze de recunoaștere și protecție legală, și pentru a facilita interacțiunea cu autoritățile.

Transsexual = Este un termen mai vechi care provine din comunitățile medicale și psihologice. Termenul este încă preferat de unele persoane care și-au modificat definitiv – sau caută să-și modifice – corpul prin intervenții medicale (incluzând, dar fără a se limita la, terapie cu hormoni și/sau intervenții chirurgicale). Spre deosebire de transgender sau trans, transsexual nu este un termen umbrelă, ci unul specific, care este folosit cel mai des în sens peiorativ, insultător, în limba română. Este de preferat să folosiți termenul transgender sau trans, întotdeauna ca adjectiv (persoane transgender, bărbat trans), și niciodată ca substantiv (un transgender).

Disforia de gen = Termen folosit de psihiatri și psihologi pentru a diagnostica senzația acută și persistentă de nepotrivire dintre sexul atribuit unei persoane la naștere și genul căreia persoana respectivă simte că îi aparține. Disforia de gen și neconformitatea cu normele de gen nu sunt unul și același lucru: neconformitatea nu are implicații clinice, pe când disforia produce angoasă și poate duce la disfuncționalitate. Criteriile ce stau la baza diagnosticării cu disforie de gen sunt precizate în ediția a 5-a din 2013 a „Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale” (DSM-5) publicat de American Psychiatric Association (APA).

Tulburarea de identitate de gen = Diagnostic formal propus de „Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale”, ediția a 4-a, text revizuit (DSM IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000). Tulburarea de identitate de gen este caracterizată printr-o identificare repetată și puternică cu sexul opus și printr-un disconfort persistent cu propriul sex sau un sentiment de nepotrivire cu rolul de gen asociat acestuia, producând suferință semnificativă din punct de vedere clinic sau incapacitatea de a mai funcționa social, ocupațional sau sub alte aspecte importante. De asemenea, categoria „Tulburări ale identității de gen” se regăsește și în „Clasificația Internațională a Maladiilor” a Organizației Mondiale a Sănătății, Revizia a 10-a, din 1990. Medicii psihiatrii români pun diagnosticul de „transsexualism” (cod F64), cerut de către medicii endocrinologi și chirurghi în vederea parcurgerii pașilor aferenți tranziției medicale. Diagnosticul este plasat în capitolul tulburărilor mintale și de comportament, și definit astfel:

„Dorința de a trăi și de a fi acceptat ca membru al sexului opus, de obicei însoțit de un sentiment de disconfort sau de inadecvare a sexului anatomic al unei persoane și de dorința de a efectua o intervenție chirurgicală și hormonală pentru a face corpul cât mai congruent cu ai preferat sexul”.

Incongruența de gen = Conform „Clasificației Internaționale a Maladiilor - ICD” (Revizia a 11-a din 2019) a Organizației Mondiale a Sănătății, această încadrare este caracterizată de o incongruență marcantă și persistentă între identitatea de gen interioară a unei persoane și sexul atribuit la naștere. Variația comportamentelor și preferințelor de gen nu reprezintă, în sine, o bază pentru a se pune un diagnostic de incongruență de gen. Acest cod de diagnostic (HA60) va fi folosit în vederea colectării de date statistice privind parcurgerea tranziției medicale și pentru a încadra în sistemul medical organizarea și, potențial, decontarea serviciilor medicale aferente tranziției. Utilizarea acestei clasificări din ICD-11 pentru serviciile medicale specifice persoanelor transgender anulează efectiv diagnosticul patologizant de „transsexualism” (F64), folosit în prezent.

Transfobia = Se referă la convingeri, opinii, atitudini și comportamente culturale și personale negative, bazate pe prejudecăți, dezgust, frică și/sau ură față de persoanele trans sau împotriva variațiilor de identitate de gen și de exprimare a genului. Transfobia se manifestă în diverse moduri, de exemplu, ca violență fizică directă, adresare și cuvinte insultătoare, articole media discriminatorii și excludere socială. Transfobia include și forme instituționalizate de discriminare, cum ar fi criminalizarea, patologizarea sau stigmatizarea identităților de gen și a expresiilor de gen neconforme cu norma binarității de gen.

Orientarea sexuală = Capacitatea unei persoane de a simți atracție emoțională și sexuală și de a avea relații intime și sexuale cu indivizi de gen diferit, de același gen sau de ambele genuri. Orientarea sexuală nu trebuie confundată cu identitatea de gen. Persoanele transgender pot fi heterosexuale, lesbiene, gay sau bisexuale. LGBTI este acronimul pentru persoanele lesbiene, gay (homosexuale), bisexuale, trans și intersex. O variantă este și LGBTQ, unde Q este inițiala de la termenul *queer*.

Lesbiană = o femeie care este atrasă sexual și/sau emoțional de alte femei.

Gay = Se referă la o persoană care este atrasă sexual și/sau emoțional de persoane de același gen. Se referă în mod tradițional la bărbați, dar alte persoane care sunt atrase de același gen sau de alt gen pot, de asemenea, să se definească drept gay.

Bisexual/ă = persoană care este atrasă emoțional și/sau sexual de persoane de genuri diferite.

Asexualitate = Orientarea sexuală caracterizată de o lipsă persistentă de atracție sexuală față de orice gen.

Pansexualitate = Orientarea sexuală caracterizată de atracție sexuală față de o persoană indiferent de genul acesteia.

Persoană demisexuală = O persoană care nu resimte atracție sexuală față de altcineva decât dacă a format deja cu aceasta/aceasta o legătură emoțională puternică.

Queer = Anterior folosit ca termen peiorativ (în limba engleză) pentru a se referi la persoanele LGBTI, acest termen a fost recuperat de către persoanele care se identifică dincolo de categoriile de gen tradiționale și de cadrul social heteronormativ. Cu toate acestea, în funcție de context, unii oameni ar putea să-l considere un termen jignitor. Se referă, de asemenea, la teoria queer, un domeniu academic care critică normele sociale heteronormative referitoare la sex și sexualitate.

Surse:

<https://transinromania.ro/>

<https://www.ilga-europe.org/resources/glossary>

<https://tgeu.org/glossary/>

<http://www.whatisasexuality.com/outreach/glossary/>

ANEXA 2 – Raportul consultării publice

Raport

21 februarie 2019

**Rețeaua NOSTRA | Mese rotunde în vederea formulării de politici publice alternative
în domeniul sănătății sexuale și reproductive**

Servicii medicale adecvate persoanelor transgender

Care este problema ce necesita actiunea Ministerului Sanatatii?

Grup de lucru 1

Lipsa procedurilor, specialistilor, substantelor, dispozitivelor medicale pentru parcurgerea tranzitiei medicale

Grup de lucru 2

Patologizarea identitatii de gen si absenta serviciilor medicale specifice

Grup de lucru 3

Negarea principiului autodeterminariipentru persoanele trans si absenta unui protocol medical pentru tranzitie

Concluzie: Negarea principiului auto-determinării, patologizarea identității de gen transgender și absența unui protocol medical pentru tranziție

Care sunt cauzele și efectele problemei?

Patologizarea și lipsa adresării nevoilor de sănătate ale persoanelor transgender

Cauze

- Negarea autodeterminării
- Lipsa de informație corectă științifică inițială și continuă
- Lipsa adresării nevoilor de sănătate trans specifice
- Absența persoanelor trans în dialogul cu autoritățile
- Lipsa de vizibilitate
- Lipsa datelor cu privire la populația persoanelor trans

Efecte

- Absența protocoalelor medicale
- Absența specialiștilor și serviciilor
- Absența substanțelor/ dispozitivelor medicale
- Agravarea disforiei
- Discriminare
- Absența serviciilor medicale
- Automedicație, suicid, depresie,
- Lipsa de adaptare, somaj, sărăcie, abandon școlar

Persoanele trans - grup vulnerabil

- Vulnerabilitate economică –discriminate la angajare, risc de sărăcie și somaj, absența drepturilor sociale
- Vulnerabilitate socială – violență pe stradă, expunerea la hărțuire, crime, hărțuire la locul de muncă și școală, abandon școlar, izolare socială, marginalizare care crește riscul expunerii la situații de risc (consum de alcool, droguri), neglijare și abuz în familie
- Vulnerabilitate medicală – rată mare de suicid, riscuri de sănătate din cauza auto-medicației, accesul limitat la servicii de sănătate din cauza lipsei statutului de asigurat

Obligațiile statului

Obligații minime:

- Nediscriminare

- Disponibilitatea serviciilor medicale de baza trans specifice (medicina de familie, tratament hormonal, suport psihologic,
- Cadrele medicale respecta identitatea de gen a persoanei trans (adresare, autodeterminare, consimtamant informat)
- Cadrul legal si medical pentru tranzitia medicala

Obligatii progresive:

- Preturi rezonabile/decontare CAS
- Interventii estetice/confirmare de gen

Scopul propunerii de politica publica

Grup 3

Asigurarea de servicii medicale adecvate in mod egal si nediscriminatoriu pentru persoanele trans prin informarea in legatura cu deopatologizarea si dezvoltarea de sericii specializate, protocoale medicale si acces la tratament si dispozitive medicale

Grup 2

Imbunatatirea calitatii vietii persoanelor transgender prin asigurarea nediscriminatorie a accesului acestor persoane la servicii medicale specifice

Grup 1

Asigurarea accesului persoanelor trans la servicii medicale adecvate nevoilor lor in acord cu standardele internationale de ingrijire a persoanelor trans (este esential ca persoanele trans sa defineasca care sunt nevoile persoanelor trans)

Servicii, medicamente, dispozitive

Scop general: Asigurarea de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale adecvate nevoilor persoanelor transgender, in mod egal si nediscriminatoriu si in acord cu standardele internationale de ingrijire a persoanelor trans.

Obiective

Grup 1

1. Pana in 2022, Guvernul Romaniei va adopta ICD 11 in legislatia nationala
2. Pana in 2022, se vor formula protocoalele medicale privind tranzitia medicala in acord cu standardele internationale de ingrijire
3. Formarea initiala si continua a cadrelor medicale pentru aplicarea protocoalelor (introducerea in curricula a ICD 11 in 2019, cursuri de formare continua din 2019)

Grup 2

1. Depatologizarea identitatii de gen transgender, aplicarea principiului auto-determinarii si modificarea legislatiei actuale specifice
2. Dezvoltarea unui protocol medical specific pentru adresarea nevoilor de sanatate ale persoanelor trans
3. Dezvoltarea unui parteneriat intre Ministerul Sanatatii si Ministerul Educatiei pentru educarea initiala si continua a cadrelor medicale cu privire la nevoile medicale specifice ale persoanelor trans

Grup 3

1. Construire unui mecanism sustenabil de colectare a datelor statistice necesare pentru a putea analiza si raspunde nevoilor persoanelor trans
2. Asigurarea de informatii, dezvoltarea de abilitati si comportamente nediscriminatorii in relatia dintre sistemul medical si pacient, indiferent de grupul vulnerabil din care face parte
3. Formarea profesionala si informarea continua a personalului medical in legatura cu depatologizarea
4. Dezvoltarea de servicii specializate adecvate care sa raspinda nevoilor persoanelor trans
5. Adoptarea de protocoale medicale de ingrijire a persoanelor trans
6. Asigurarea accesului la tratament si dispozitive medicale pentru tranzitie

Concluzii obiective:

- 5. Pana in anul 2022, Romania va asigura implementarea prevederilor ICD 11 cu privire la identitatea de gen transgender, prin depatologizarea acestora si modificarea reglementarilor nationale specifice.**
- 6. Pana in anul 2022, se vor formula protocoalele medicale privind tranzitia si se va asigura persoanelor transgender accesul nediscriminatoriu la servicii, tratamente si dispozitive medicale, in acord cu nevoile specifice ale acestora si cu standardele internationale de ingrijire.**
- 7. Capacitarea personalului medical prin formare profesionala initiala constand in includerea tematicii depatologizarii in cursurile de endocrinologie, chirurgie, urologie, obstetrica-ginecologie, medicina de familie, prin parteneriate cu facultatile de medicina**
- 8. Formarea continua a cadrelor medicale si psihologilor in legatura cu tematica depatologizarii conform ICD 11 prin parteneriate cu Colegiul Medicilor, Ordinul Asistentelor, Colegiul Psihologilor, Institutului de Sanatate Publica**

Raport

28 februarie 2019

**Rețeaua NOSTRA | Mese rotunde în vederea formulării de politici publice alternative
în domeniul sănătății sexuale și reproductive**

Servicii medicale adecvate persoanelor transgender (2)

Au fost analizate două tipuri de soluții:

- 4. Crearea unor centre specializate în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender**
- 5. Capacitarea actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender.**

A. Grupul 1 de lucru: Crearea unor centre specializate în acordarea de servicii de sănătate pentru persoane transgender

Analiza SWOT pentru înființarea de centre specializate vs. Servicii larg disponibile

Elementele notabile – în lipsa unor date oficiale relevante, raportarea în ceea ce privește numărul de beneficiari se poate face fie pornind de la numărul de beneficiari și persoane care au solicitat ajutorul unor organizații neguvernamentale care oferă servicii de suport persoanelor trans (3-400 la ACCEPT) sau pornind de la numărul estimat de organizațiile internaționale ca estimare la nivel mondial de 0,5% . Putem specula că adresabilitatea directă este către un număr de câteva mii de persoane, numărul acesta crescând în condiții de vizibilitate, asumare crescută și de existență a unor servicii de susținere din partea statului.

Soluție alternativă propusă în grup ca urmare a discuției – centre regionale pe lângă spitale universitare

Avantaje	Dezavantaje
<ul style="list-style-type: none">- Mai ușor de înființat ca logistică și posibil și ca investiție- Mai ușor de asigurat formarea profesională continuă- Asigură un pachet de servicii integrate centralizate	<ul style="list-style-type: none">- Puțin accesibil- Rentabilitate scăzută dat fiind numărul relativ mic de pacienți pentru a susține un singur centru dedicat

Riscuri	Oportunități
<ul style="list-style-type: none"> - Respingerea unei soluții care nu este viabilă financiar dată fiind adresabilitatea redusă a unui astfel de centru - Nu există competențe la nivel academic pentru a susține formarea unor specialiști 	<ul style="list-style-type: none"> - În regiune nu există centre care să asigure servicii integrate, persoanele trans fiind obligate să realizeze intervențiile chirurgicale în spitale din Thailanda sau Turcia la prețuri exorbitante și fără posibilitatea supravegherii ulterioare a tratamentului - Planul Național de Sănătate Mentală poate fi actualizat pentru a include decontarea unui pachet minimal de servicii

Etapizare:

1. E necesară intervenția la **nivelul medicilor de familie** ca gate keeper care are responsabilitatea recunoașterii și trimiterii către specialiști și a eliberării rețetelor necesare tratamentului ulterior
 - a. Protocol cu Asociația Medicilor de Familie – poate transmite în rețea informații, include tematica în congrese
2. **Decontarea unui pachet minimal de servicii** prin includerea într-un Plan Național (de Săn Men?) sau în programele Casei
3. Formarea **unei rețele de specialiști** – endocrinologi, chirurghi, psihiatri cu competențe pe susținerea persoanelor trans
 - a. Număr mai mare de credite pentru formarea continuă pe teme relevante
 - b. Sistem de burse pentru a încuraja specializarea medicilor prin implicarea lor în conferințe, cursuri
 - c. Super-specializare în cadrul rezidențiatului? – sau posibilitatea includerii în curricula de bază
 - d. Construirea unei baze de date cu conferințele internaționale relevante, cursuri, materiale utile

De calculat pentru a putea discuta impactul economic care este costul /persoană pentru consultații, tratament, intervenție – pe minimum 3 ani VS. Costuri de productivitate redusă prin depresie, renunțarea la muncă, migrare.

B. Grupul 2 de lucru: Capacitarea actualei rețele medicale de specialitate (psihiatru, psiholog, endocrinolog, urolog, ginecolog, chirurg plastician) să acorde servicii medicale adecvate persoanelor transgender.

Mainstreaming sistemul deja existent:

Premise pentru funcționarea acestei soluții: Și aici ai nevoie de oameni de referință, dedicați subiectului, care au sau doresc să dobândească imediat expertiză. Doar pornind de la un grup mic de oameni dedicați poți să multiplici apoi expertiza în sistemul medical în general.

Această soluție este bună pentru partea care ține de nevoile generale de sănătate a pers trans și tratamentul hormonal. Partea care ține de intervențiile chirurgicale urmează a fi adresată cel mai probabil în centre universitare unde cunoștințele și tehnologia este de top.

Ce nevoi de sănătate există în tranziția medicală:

1. Medicul de familie – să respecte identitatea persoanei și să-l recomande către medic endocrinolog și eventual psiholog/psihoterapeut
2. Endocrinologul
3. Chirurgie – mai complicat
4. Ginecologie, urologie, orice altă specialitate după nevoie

<p>Avantaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne adresăm mai multor specializări care sunt implicate în tranziția medicală și nu numai (de ex. și medicii cardiologi ar trebui să știe despre implicațiile pentru sănătate ale tratamentului hormonal în cazul persoanelor trans - Implicarea mai multor specialiști, nu doar cei dintr-un centru specializat - Accesul la medicație este necesar să se facă lunar – așa aducem serviciile mai aproape de pacient, în comunitatea sa - Medici de familie, endocrinologi – acestea sunt specializări de bază, nu presupun avansuri tehnologice deosebite. Orice medic endocrinolog și medic de familie ar trebui să aibă cunoștințe pentru identificarea unei persoane trans și a nevoilor pentru tranziție medicală 	<p>Dezavantaje</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nivel local unde ne-am adresa noi este informație și știință mai puțină în rândul specialiștilor - Există specialiști endocrinologi puțini – sunt unele județe unde nu au niciun endocrinolog - Nu sunt medici chirurghi suficient pregătiți ca să poată adresa aceste nevoi specifice - Există mai mulți medici care refuză pe motive ideologice (din cauza mentalității), iar discriminarea ar fi mai mare
<p>Riscuri</p>	<p>Oportunități</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Specialiștii continuă să plece fiind atrași de oportunități în afara țării – îi formezi și riști că vor pleca - Ideologia împotriva persoanelor trans – grupuri care vor pune mai ușor presiune pe specialiști izolați la nivel local, decât pe specialiștii de top dintr-un centru care se ocupă cu asta - Asociații de medici asociați anumitor culte (de ex Asociația medicilor catolici) care pune presiune pe alți specialiști - Dezinformarea din presă și online – lipsa de informare în general – ar putea influența specialiștii de la nivel local să refuze acordarea de servicii sau participarea la formări 	<ul style="list-style-type: none"> - Pe termen mediu și lung, formarea inițială a lor, obligatorie din facultate, îți asigură reprezentarea teritorială și formarea tuturor medicilor specialiști - Este un prilej de creștere profesională a cadrelor medicale (li s-ar acorda credite) - Se face economie de către pacient pentru că nu are costuri de transport, de monopol - Se rezolvă mai rapid problema acestor pacienți (economie de timp) - Criteriul geografic pentru pacient – se poate adresa serviciilor cel mai aproape de el - Se evită listele de așteptare inerente unui centru național - Pe termen lung înseamnă costuri mai mici pentru sistem deoarece este o soluție mai eficientă decât un centru național care implică niște costuri mari cu adresabilitate fluctuantă, redusă inițial
--	---

Impact social:

- crește incluziunea socială a persoanelor trans, mai puțină stigmă. Vor putea să își păstreze relațiile sociale și vor fi mai implicate în comunitate deoarece tranziția va fi mai ușoară pentru ei și o vor putea accesa într-un termen mai scurt, cu mai puține eforturi personale

Impact economic:

- cheltuielile sistemului și ale pacientului sunt mai mici

- persoanele vor putea să își reia activitatea productivă mult mai repede sau să nu o intrerupă, ceea ce îi face să contribuie economic

- îmbunătățirea stării de bine a persoanei care o face mai productivă

Etapizare:

1. Evaluarea nevoilor de sănătate a comunității trans și discriminării suferite de aceștia
2. Crearea unui grup de medici de referință români (la nivelul Ministerului Sănătății), din specializările relevante care să se specializeze în tranziția medicală – care fac deja ceva pe domeniu sau liderii profesiei lor care să înțeleagă că e nevoie să facă ceva
3. Capacitarea inițială a unui grup mai larg de medici și psihologi (folosind expertiză din afara, WPATH) – rețeaua de medici

(de ex: Adela Sălceanu, Adriana Gogoi, Zamfirescu (chirurg), Cornelia Maior (chirurg plastician), Cătălina Poiană (endocrinolog Parhon), Liliana Stanciu (medic de familie), Asociația Medicilor de Familie, Alexa Ciucu, Silvia Goliță (psihologi), Diana Păun (consilier Presedinție, medic endocrinolog), Mugur Ciumăgeanu (psihiatru), Nicolae Poiană (ginecolog), Nițulescu (chirurg Floreasca), întrebat Ana Măită despre ginecologi)

4. Redactarea protocolului până în 2022

5. Formarea inițială și continuă pentru aplicarea protocolului:

- facilitarea mobilității profesionale pe această zonă de expertiză medicală
- în terme de 4 ani după adoptarea protocolului să se introducă la toate universitățile de medicină în formarea inițială a specialităților relevante aplicarea protocolului în tranziția medicală
- formaremedicala.ro (obținerea unui curs online pt medicină de familie și endocrinologie – credite de la Colegiul Medicilor)
- în cadrul congreselor medicale (endocrinologie)
- chirurgie – congrese, comunicări medicale, stagiul de practică, lideri de rezidențiat în chirurgie)

Anexa 3 – Serviciile de sănătate pentru persoanele trans¹¹

Unele persoane trans își doresc o tranziție medicală și servicii de sănătate specifice persoanelor trans, dar sunt și persoane care nu pot accesa asistența de specialitate, din diferite motive. Serviciile de sănătate specifice persoanelor trans sunt terapiile, procedurile și alte servicii de sănătate necesare tranziției sociale sau medicale. Aceste servicii includ suportul psihologic referitor la experiența trans (primit de la o organizație pentru persoane trans, la școală/muncă sau la un spital/o clinică), terapia cu hormoni precum testosteron sau estrogen (cu sau fără supervizare medicală), epilarea definitivă cu laser, sau recursul la proceduri fizice și operații chirurgicale de *top* și/sau *bottom* pentru a afirma/confirma identitatea sau expresia de gen. Chestionarul a surprins opinia respondenților despre serviciile de sănătate specifice persoanelor trans; în același timp, s-a urmărit colectarea altor experiențe pe care participanții le-au avut cu sistemul de sănătate din România.

Temele legate de serviciile de sănătate specifice persoanelor trans au o importanță deosebită pentru toți respondenții. Aceștia au susținut că au căutat și au primit informații, în ultimii cinci ani, privitor la terapia hormonală sau îngrijirea endocrinologică pentru persoane trans (în proporție de 77% din eșantion), și privitor la suportul psihologic pentru persoane trans (în proporție de 75%). De asemenea, o temă care i-a preocupat pe majoritatea respondenților a fost legată de procedurile și îngrijirile chirurgicale pentru persoane trans. Foarte importantă este sursa acestor informații, iar Fig. 1 detaliază modul în care aceste informații sunt diseminate în rândul persoanelor trans participante la chestionarul online.

Sursa principală de informare este chiar comunitatea persoanelor trans, secundată de sursele online și grupurile sau organizațiile pentru persoane trans sau LGBTQI+. Pe ultimele locuri în clasamentul surselor de informare, conform respondenților, se află personalul din servicii de sănătate, adică psihologul, psihiatrul, medicul de familie sau alți specialiști. În acest context, este foarte relevant faptul că 49% dintre participanți afirmă că nu știu dacă există protocoale medicale sau ghiduri de bune practici pentru serviciile de sănătate dedicate persoanelor trans, 20% consideră că acestea nu există, iar 31% spun că aceste protocoale există.

¹¹ Prezenta secțiune reprezintă un extras din **Raportul Transgender în România**, publicat de Asociația ACCEPT, ce coroborează cercetarea cantitativă și calitativă în domeniul accesului persoanelor transgender la servicii de sănătate adecvate pentru realizarea tranziției medicale.

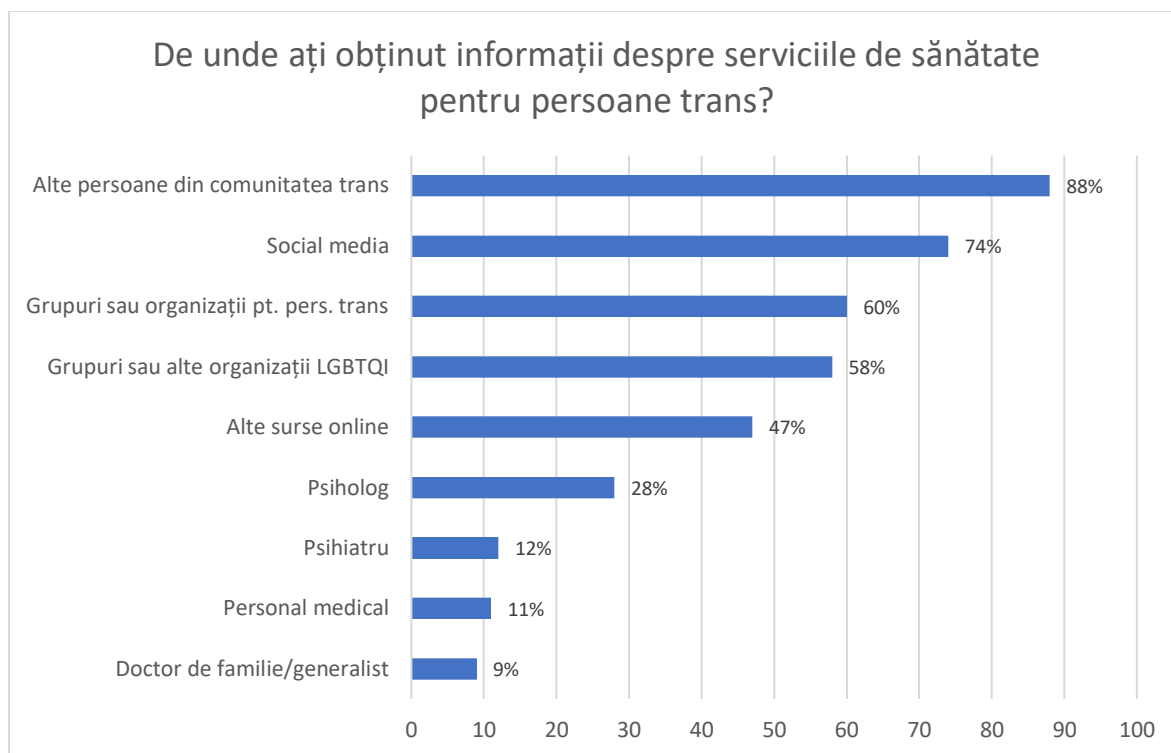


Fig. 1 Sursele de informații privind serviciile de sănătate specifice persoanelor trans

Un element extrem de important este diagnosticul medical sau psihiatric primit de către persoanele din eșantion în legătură cu identitatea de gen. Din totalul respondenților, 61 de persoane (50%) au declarat că au primit un diagnostic, 50 de persoane (41%) nu au primit, iar 12 persoane au declarat că nu știu sau nu își amintesc. Participanții au fost rugați să spună, dacă doresc, care au fost aceste diagnostice. Enumerăm în continuare: tulburarea de identitate de gen (de la psihologul clinician), disforia de gen (DSM 5), transexualism nuclear (de la endocrinolog), tulburarea de identitate sexuală (ICD-10), disfuncții de identificare sexuală. Mai mulți respondenți și-au exprimat rezervele față de competența sau disponibilitatea psihologului de a le valida experiența trans, și/sau a psihiatrului – de a le oferi sprijin în procesul tranziției de gen.

Un bărbat tânăr trans din jud. Maramureș consideră că, „*dat fiind faptul că sunt și trans, și gay, și am trăsături de caracter care sunt stereotipic feminine, îmi este frică să apelez la un psiholog, deoarece sunt ferm convins că mi-ar invalida experiența*”. Un adolescent băiat trans din jud. Galați declară că „*fostul psiholog nu era suficient de bine informat, astfel încât a mizat pe faptul că ar putea fi o perioadă din viața mea, iar evaluarea psihiatrică urmează să o fac în iarna acestui an*”. O persoană de până în 25 de ani, non-binară, din București mărturisește că „*nu am discutat vreodată despre asta cu terapeuții mei pentru că nu am avut terapeuți care să știu sigur că sunt lgbtq+ informed [informați cu privire la minoritățile sexuale – n.r.] so [astfel că] nu am deschis cutia Pandorei, ca să zic așa, niciodată, de teamă că o să fie împotriva mea*”. O observație oarecum ironică vine din partea unui bărbat tânăr trans din jud. Iași, care spune că „*tot aștept să*

mă întrebe psihiatrul [despre identitatea mea de gen – n.r.], dar cumva nu am apucat să vorbim despre asta”.

Redăm o mărturie mai amplă asupra relației persoanelor trans cu psihologii și psihiatrii, venită din partea unei persoane tinere, non-binare, demimască, din București: „Nu am avut destulă deschidere să contactez un medic psiholog/psihiatru sau să încep demersuri de schimbare hormonală, în parte și pentru că mă simt incomod fiind o persoană non-binary care nu are o experiență atât de disforică în propriul corp. Procedura din ce îmi amintesc în urmă cu 3 ani era în mare parte adresată tranziționării între feminin/masculin și masculin/feminin cu strictețe și nu m-am simțit comod explicând în acel moment unde mă aflu în spectru. De asemenea, știu că pe atunci erau foarte puțini medici în afara Bucureștiului care se ocupau de cazurile persoanelor trans și era de așteptat urmarea unui întreg demers... de la teste psihologice la demararea tratamentelor hormonale, operații și schimbare de acte. Nu aș fi dorit să trec prin toate aceste etape, cu atât mai mult prin testul psihologic. În prezent, aș trece doar dacă aș vrea să demarez cu tratament hormonal sau operație top de asemenea, pentru că înțeleg că încă este necesară testarea psihologică... M-am temut puțin și de stigmatizare întrucât cei din familia mea apropiată sunt toți de profesie psihologi, iar deschiderea lor către problemă nu este mare nici în urma discuțiilor, deși știu că în prezent în organizațiile LGBT există psihologi mai deschiși”.

Persoanele trans pot avea nevoie de servicii de sănătate specializate în acord cu experiența lor privind identitatea de gen. Aceste servicii pot fi: suport psihologic sau psihiatric, produse și/sau proteze (bindere sau proteze penile), epilare cu laser sau electroliză, terapie pentru voce, blockeri pentru pubertate, terapie hormonală (cu testosteron, estrogen, blockeri androgeni etc.), operații chirurgicale specifice experienței trans și altele. În Fig. sunt puse în paralel nevoia sau dorința persoanelor trans de a beneficia de anumite servicii de sănătate și accesarea efectivă a acestor servicii.

Este foarte evident, din statistica prezentată, că nevoia persoanelor trans în privința serviciilor de sănătate rămâne nesatisfăcută pentru un număr semnificativ de persoane. În alte cuvinte, distanța dintre necesitate și satisfacerea acesteia este evidentă și îngrijorătoare, în privința tuturor tipurilor de servicii. Între alte servicii de sănătate pe care persoanele trans și le-ar fi dorit sau le-au accesat sunt menționate și serviciile medicului generalist și ale unui psihoterapeut, dar nu în legătură cu identitatea de gen. În cadrul acestui eșantion, 30 de persoane (24%) nu au beneficiat de niciun serviciu de sănătate specific persoanelor trans. Acest rezultat poate fi pus în relație cu reticența clar demonstrată, prin răspunsurile primite anterior, față de furnizorii de servicii de sănătate, în legătură cu identitatea de gen. Teama de respingere, stigmatizare sau invalidare experiențială, în plus față de costul ridicat al acestor servicii, conduce la un insuficient acces al persoanelor trans la servicii de sănătate care să le răspundă unor nevoi și dorințe.

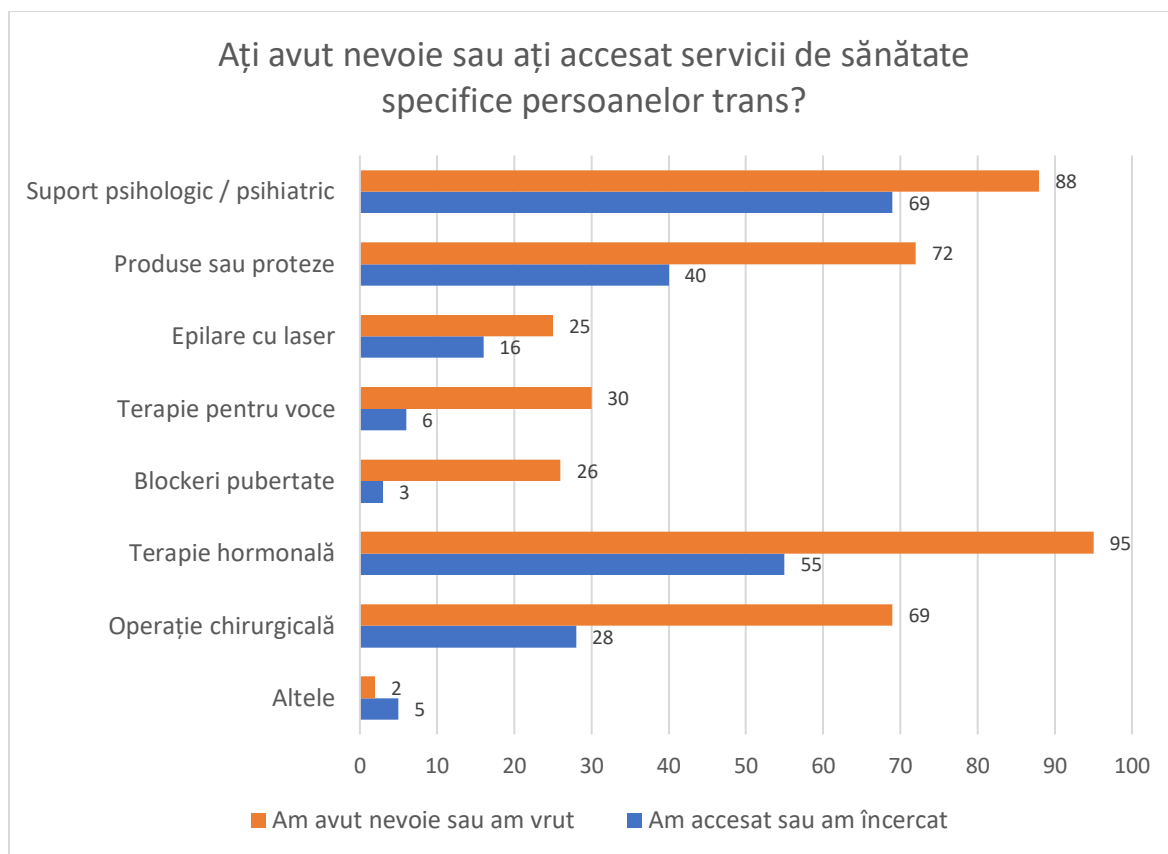


Fig. 2 Numărul de persoane din eșantion care au avut nevoie și au accesat servicii de sănătate specifice

Unul dintre aspectele legate de sănătate pentru persoanele trans este accesul la operații specifice procesului de tranziție. În cadrul eșantionului, 69 de persoane (56%) au răspuns că și-ar fi dorit cel puțin un tip de operație, însă doar 28 de persoane (23%) au declarat că au încercat cel puțin un tip de operație. Această diferență substanțială se menține și atunci când sunt detaliate tipurile de operații chirurgicale specifice experienței trans. În Fig. 33 au fost incluse două serii de elemente: nevoia/dorința persoanei de a-și face cel puțin o operație chirurgicală specifică, și accesul efectiv al persoanelor la acest tip de operații.

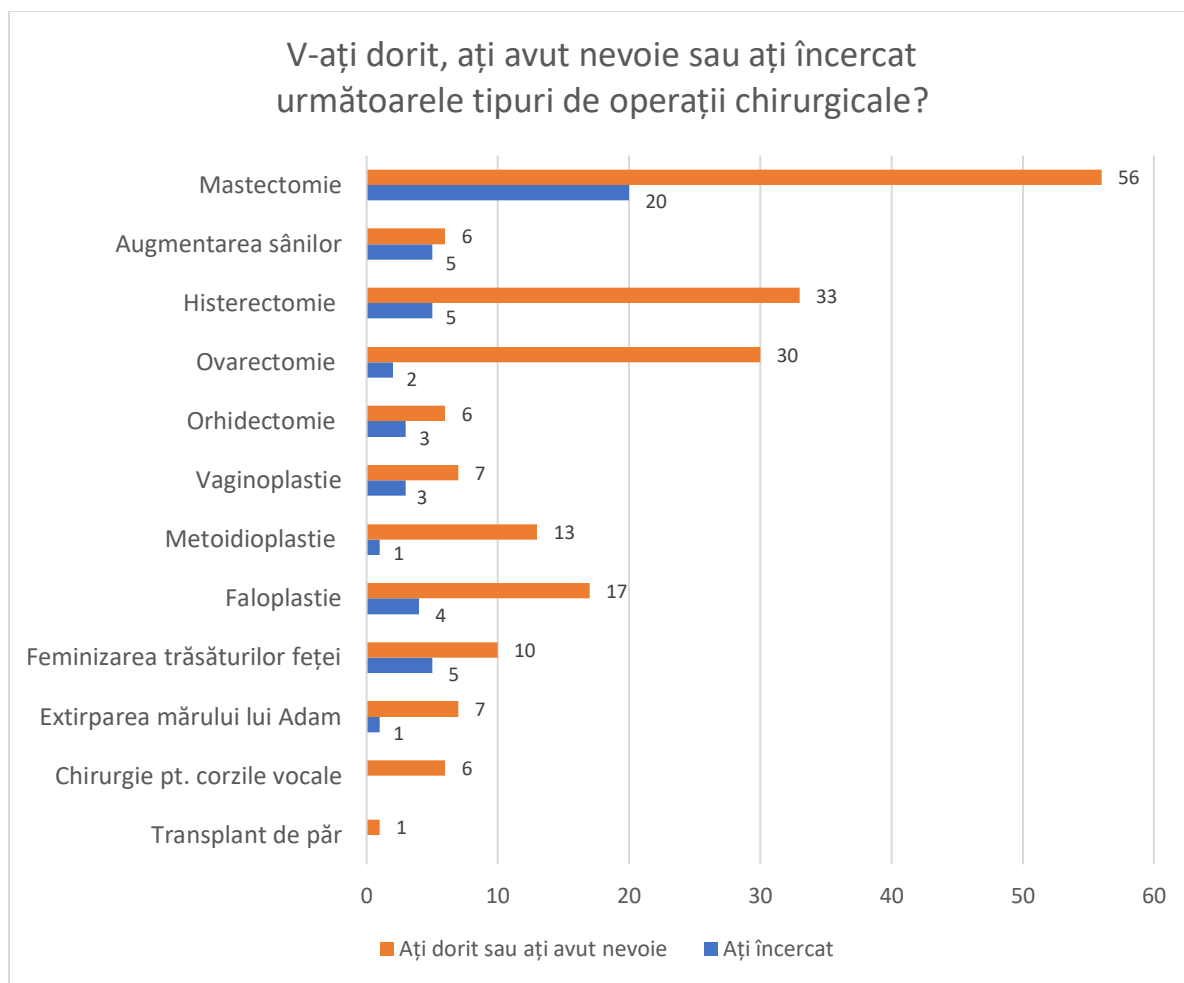


Fig. 3 Numărul respondenților care au avut nevoie/și-au dorit și au apelat la operații chirurgicale specifice experienței trans

Au fost identificate 12 tipuri de intervenții chirurgicale: operație pentru reducerea dimensiunilor sau înlăturarea sânilor (mastectomie), operație pentru augmentarea (mărirea) sânilor, histerectomie (extirparea uterului), ovarectomie (extirparea ovarelor), orhidectomie (extirparea testiculelor), vaginoplastie (crearea chirurgicală a unui vagin), metoidioplastie (transformarea unui clitoris în penis), faloplastie (crearea unui penis din grefe de piele), operații chirurgicale pentru feminizarea trăsăturilor feței, reconturarea sau extirparea mărului lui Adam, chirurgie pentru corzile vocale și transplant de păr. Mastectomia, histerectomia și ovarectomia sunt operațiile pe care unii bărbați trans și le doresc și pe care le consideră necesare pentru ei, însă doar 20 de respondenți au declarat că și-au făcut mastectomie, fiind și cea mai frecventă intervenție chirurgicală specifică experienței trans. În concluzie, foarte puține persoane trans au avut acces la operații chirurgicale pe care le-au considerat necesare lor, iar în continuare vom explora motivele care stau în spatele acestei stări de fapt.

Există numeroase motive pentru care respondenții nu au căutat sau nu au putut accesa serviciile de îngrijire specifice unora dintre persoanele trans. Dintre răspunsurile oferite de participanți, enumerăm principalele motive invocate:

- Resursele financiare limitate în cazul a cel puțin 38 dintre participanți (31%), în special pentru operațiile complexe precum faloplastia, dar și pentru intervenții cu grad mediu de dificultate, cum ar fi histerectomia;
- Lipsa suportului juridic sau legal;
- Necesitatea unei hotărâri judecătorești pentru anumite intervenții (de exemplu, histerectomia);
- Lipsa hormonilor de pe piața farmaceutică legală din România;
- Opoziția părinților în cazul persoanelor minore, sau lipsa susținerii familiale;
- Foarte puține produse (de exemplu, proteze penile) specifice persoanelor trans, pe piața din România;
- Experiențele neplăcute cu psihiatri și endocrinologi;
- Dificultatea de a găsi medici chirurghi specialiști pentru operațiile necesare;
- Experiența limitată a psihologilor și psihoterapeuților în lucrul cu persoane trans;
- Necesitatea unui certificat psihiatric pentru terapia hormonală.

Una dintre problemele ridicate în cadrul acestei cercetări a fost legată de anumite servicii medicale sau intervenții pe care persoanele trans au fost obligate să le accepte, chiar dacă nu le-au dorit sau nu au avut nevoie de ele. În primul rând, obligativitatea unui diagnostic specific de tulburare de identitate de gen este considerată abuzivă de majoritatea respondenților, întrucât, așa cum a declarat unul dintre participanți, *„nu mi se pare adecvat să fie necesar un diagnostic psihiatric pentru a arăta că a fi trans este o boală mentală, din moment ce eu nu o consider așa”* (bărbat trans, până în 20 de ani, jud. Satu Mare). Această opinie este susținută de Organizația Mondială a Sănătății care, prin decizia¹² din 25 mai 2019 privind adoptarea ediției revizuite a ICD-11, a eliminat diagnosticul de „tulburare de identitate de gen” și a reclasificat experiența trans sub denumirea de „incongruență de gen” în capitolul „Aspecte legate de sănătatea sexuală”. Această reclasificare are ca efect necesitatea actualizării procedurilor juridice în vederea tranziției și eliminarea diagnosticului psihiatric de „tulburare de identitate de gen”. Cu atât mai mult cu cât, în România, persoanele trans se confruntă cu lipsa de profesionalism și empatie a unor cadre

¹² World Health Assembly Update, 25 May 2019, <https://www.who.int/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>

medicale: „*endocrinologul mi-a spus că: «De ce să fac asta? Doar sunt un băiat frumos!»*” (femeie trans cu vârsta până în 30 de ani, din București).

Diagnosticul psihiatric nu este singurul serviciu medical pe care unele persoane trans au fost obligate să îl accepte. O femeie trans cu vârsta mai mică de 30 de ani, rezidentă în India, a mărturisit: „*am încercat să apelez la vaginoplastie pentru a grăbi și forța modificarea certificatului de naștere*”. O altă femeie trans, de până în 40 de ani, din jud. Hunedoara, a declarat că: „*am făcut test genetic, pe motiv că o eventuală condiție intersex ar putea fi cauza disforiei mele*”.

Din majoritatea răspunsurilor primite la diverse întrebări rezultă o reticență pronunțată a persoanelor trans față de sistemul medical din România. O mărturie a unei persoane non-binare din București detaliază motivele din spatele acestei atitudini: „*Am fost la un medic endocrinolog, care mai rău mi-a făcut, mi-a dat un tratament greșit (legat de o problemă personală, nu trans) care m-a dezechilibrat hormonal, de aproape era să fac cancer de sân. De atunci, nu am mai apelat la medici endocrinologi*”. Un bărbat trans rezident în Marea Britanie oferă o descriere foarte detaliată și relevantă a experienței abuzive și la limita legii pe care a trăit-o în sistemul medical românesc: „*Mi s-a impus internare în Institutul Parhon unde mi s-au făcut numeroase analize (imagistică și serologie) timp de o săptămână. Ca domnii doctori să concluzioneze că nu se poate explica de ce am anumite trăsături masculine, și că, deci... da... am dreptate, sunt transgender. Dar dosarul eliberat de către institut nu specifică acest lucru. Ci doar prezintă un caz, cu istoric și rezultatele analizelor efectuate. Dosar și internare de care aș fi putut să mă lipsesc având în vedere că sunt absolut inutile! Consider că am fost un cobai; sau cadrele medicale române, în lipsa unui protocol adecvat, și-au luat măsuri să fie acoperiți în cazul în care s-ar fi întâmplat ceva. Așadar... putem concluziona, internarea a fost pentru asigurarea și liniștea cadrelor medicale și NU în interesul pacientului. Nu am primit nici o recomandare medicală. În sensul că mi s-a spus verbal, «da, poți începe tratamentul hormonal», însă ce tip de Testosteron și ce doză a fost la discreția mea*”.

Cercetarea de față a luat în calcul și obstacolele întâmpinate de persoanele trans atunci când acestea au încercat să beneficieze de servicii de sănătate specifice. Enumerăm mai jos câteva elemente sintetice extrase din răspunsurile deschise oferite de participanți:

- Lipsa de profesionalism a medicilor (transfobie, malițiozitate);
- Abuzul verbal din partea cadrelor medicale;
- Identitatea de gen a persoanei nu este respectată în interacțiunea cu cadrele medicale;
- Lipsa serviciilor chirurgicale de calitate și a unor protocoale/proceduri clare privind intervențiile medicale complexe de care au nevoie persoanele trans;
- Dificultatea de a găsi un psihiatru, un endocrinolog sau un psiholog specializat în lucrul cu persoanele trans;

- Refuzul medicului, din motive pretins religioase, de a acorda consultații;
- Listele de așteptare pentru serviciile decontate de Casa de Asigurări de Sănătate;
- Terapia cu hormoni este refuzată până în momentul obținerii avizului psihiatric și a aprobării endocrinologului;
- Tratamentul hormonal trebuie cumpărat de pe site-uri web „*obscure, pentru bodybuilderi, unde medicamentele sunt probabil contrafăcute*”;
- În România nu există hormoni pentru tranziție (ex. Sustanon nu se regăsește pe lista Agenției Naționale a Medicamentului);
- Accesul la testosteronul medical în farmacie se obține, deseori, doar de către persoanele care sunt identificate ca bărbat (M) pe buletinul de identitate;
- Dificultățile procedurii judiciare sau chiar abuzurile făcute de unii judecători privind încuviințarea schimbării de sex sau a recunoașterii actelor și deciziilor instanțelor străine în această privință.
- Opoziția părinților în cazul persoanelor minore;
- Dificultatea de a obține o rețetă de blockeri pentru pubertate (substanțe care să blocheze temporar sau permanent apariția unor caracteristici sexuale secundare);
- Costurile ridicate ale serviciilor și intervențiilor medicale specifice, în condițiile în care anumite medicamente sau proceduri nu sunt suportate de Casa de Asigurări de Sănătate.

Terapia hormonală sau cu blockeri de pubertate este un subiect foarte important pentru persoanele trans. În cadrul eșantionului, 61 de persoane au declarat că au încercat terapia hormonală sau cu blockeri de pubertate, iar 62 de persoane au răspuns negativ. Dintre respondenții care au apelat la acest tip de terapie, jumătate au cumpărat de pe un website care vinde steroizi (31 de persoane) sau din farmacii, fără recomandarea medicului (10 respondenți), iar alte persoane au achiziționat hormoni din farmaciile din țară (19 respondenți) sau din străinătate (6 respondenți), cu prescripție medicală. Un alt aspect important vizează începerea sau schimbarea terapiei hormonale fără supervizarea medicului. Prin schimbarea terapiei hormonale ne referim la orice fel de modificare a tratamentului, inclusiv la începerea/încetarea administrării de hormoni, schimbarea tipului de hormoni administrați, schimbarea dozei și altele. În cadrul eșantionului, 16 persoane (13%) și-au început terapia hormonală fără supervizarea medicală, 11 persoane (9%) și-au schimbat terapia hormonală fără supervizare medicală, iar alte 7 persoane (6%) și-au început și schimbat terapia fără supervizare medicală. În cazul unei femei trans de peste 30 de ani din București, care a început terapia hormonală fără supraveghere medicală, endocrinologul i-a cerut, potrivit spuselor ei, să înceteze terapia „*timp de o lună, dar a durat 3 luni până am reînceput același tratament*”. Într-un alt caz, al unui bărbat trans peste 30 de ani din București, medicul endocrinolog „*a zis să opresc*

tratamentul pe care îl luam ca să pot lua Nebido, din farmacie, compensat, sub supraveghere. Adică, a refuzat să iau ceva contrafăcut”.

Pentru persoanele care și-au început terapia hormonală, dar și pentru cele care nu au făcut (încă) acest pas, chestionarul a explorat diversitatea de motivații și raționamente care au stat în spatele acestor decizii:

- *„Consider că este important ca progresul să fie monitorizat de un medic”* (bărbat trans, până în 25 ani, rezident în Olanda);
- *„Nu am început acest demers, deoarece, fiind minor, am nevoie de acordul părinților. Am o oarecare rețineră să discut cu părinții mei despre acest lucru”* (bărbat trans, până în 20 de ani, jud. Tulcea);
- *„Nu am avut cunoștințele și vârsta necesară pentru a începe terapia hormonală fără supervizare medicală. De asemenea, situația școlară și presiunea socială au făcut necesară amânarea acesteia”* (băiat trans non-binar, până în 20 de ani, jud. Mehedinți);
- *„După plecarea din țară, nu am fost sub supraveghere medicală pentru o perioadă de 2 ani. Întreruperea tratamentului hormonal după începerea tranziției poate avea consecințe extrem de negative, așa că a trebuit să cumpăr hormoni de pe site-uri care vând steroizi. De cel puțin două ori mi s-au vândut fiole contrafăcute”* (bărbat trans, peste 40 de ani, rezident în Anglia);
- *„Am schimbat terapia hormonală, făceam fiola de Nebido, una la 4 luni, am trecut la gel Tostrex, nivel ridicat de testosteron, trebuie stabilizat, când e așa se schimbă terapia, ca să nu ai probleme de sănătate, poți face ictus, ești mai agresiv, nivel ridicat de sudorație... nu-i o schimbare permanentă, doar corpul are nevoie de o pauză, continui oricum cu testosteron gel”* (bărbat trans, peste 40 de ani, rezident în Italia);
- *„Am considerat că e important să mă vadă un endocrinolog, să stabilească de ce doză de testosteron e nevoie pentru corpul și problemele mele medicale”* (bărbat trans, peste 30 de ani, din București);
- *„Nu am început/schimbat terapia hormonală fără supervizare medicală. Am considerat că nu sunt destul de responsabil să o fac fără monitorizarea unui medic”* (bărbat trans, peste 25 de ani, din jud. Cluj);
- *„Nu cunosc niciun medic care să fie dispus sau să cunoască protocoalele de medicație”* (femeie trans, sub 30 de ani, din București);
- *„Am încetat terapia hormonală din cauza fricii de injecții”* (bărbat trans, sub 30 de ani, din jud. Galați);

- „Costurile pentru consult și analize, disconfortul de a merge la doctor” (bărbat trans, sub 25 de ani, din București);
- „Nu am putut să încep terapia cu hormoni fiindcă: 1. Mama nu prea e de acord și 2. Mi s-a spus (nu de către medici) că trebuie să am 18 ani, deși nu știu dacă ăsta e cazul” (băiat trans, sub 20 de ani, din jud. Argeș);
- „Așteptasem prea mult să încep terapia hormonală, ceea ce a dus la o cădere nervoasă. Prin urmare am decis să încep tratamentul de unul singur” (bărbat trans, sub 30 de ani, rezident în Serbia);
- „Timpul de așteptare prea mare, până la 1 an și 6 luni pentru a aștepta prima întâlnire cu un medic specialist de identitate de gen” (bărbat trans, sub 40 de ani, rezident în Anglia);
- „Pentru ca în orașul meu nu există un medic care să vrea să ajute persoanele trans” (fată trans, sub 20 de ani, din jud. Botoșani);
- „Am încercat preț de 2 ani, «to do it right» cu îndrumarea unui medic endocrinolog, însă medicul fiind foarte precaut, a întârziat foarte mult procesul. În momentul în care am fost gata, am fost împiedicată de motive de ordin personal” (femeie trans, peste 30 de ani, din București);
- „Disperarea, spre exemplu. Am tranziționat acum ani de zile, și cu toate astea nu beneficiaz deloc de breast growth [creșterea sânilor – n.r.]. Niciun medic nu mi-a dat vreo explicație, așa că am făcut ce m-a dus pe mine capul” (femeie trans, sub 25 de ani, din jud. Teleorman);
- „Am încetat din lipsă de bani și am început să mă simt foarte rău de la pastile, intram des în depresie!!!” (femeie trans, sub 39 de ani, jud. Cluj);
- „Pentru mine a fost vorba de deschiderea celor din jur și de faptul că aș pune în pericol relația importantă pe care o am cu partenerul, dacă tranziționez fizic. M-am gândit și la mine însumi, dar, nesimțind atât de puternic disforie, am preferat să nu încep să iau hormoni, știind că or să vină cu schimbări vizibile” (persoană non-binary demimască, sub 25 de ani, din București);
- „Am început terapia hormonală în ciuda faptului că dr. endocrinolog mi-a spus că trebuie să slăbesc mai întâi” (bărbat trans, sub 30 de ani, jud. Argeș);
- „Am început fără supervizare medicală, iar ulterior am apelat la medicul endocrinolog” (femeie trans, sub 25 de ani, din București);
- „Strâng bani pentru conservarea spermei (poate voi avea nevoie în viitor), iar apoi pentru tratamentul hormonal cu toate etapele. Vreau să am o sumă importantă de bani când încep,

pentru a nu fi nevoită să suspend pe parcurs” (femeie trans, sub 30 de ani, din jud. Bistrița-Năsăud);

- *„Nu am bani. Nu îmi permit nimic” (bărbat trans, sub 25 de ani, din jud. Iași).*

O mărturie mai amplă privind procesul de tranziție și începerea tratamentului hormonal a fost oferită de un bărbat trans cu vârsta peste 40 de ani, din jud. Constanța: *„Legal, nu poți începe schimbarea medicală decât după obținerea încuviințării schimbării de sex prin hotărâre judecătorească definitivă și după schimbarea sexului în acte; un medic endocrinolog mi-a dat la început rețete pe alt pacient de la ea din registru, masculin hipogonadic, dar necompensată; după plecarea definitivă din țară a medicului respectiv, alt medic endocrinolog mi-a spus că nu face așa ceva din 2 motive: 1. este ilegal, 2. nu are pacienți hipogonadici; nu îmi poate prescrie Nebido până nu îmi schimb sexul, fiindcă chiar în prospectul lui scrie că este contraindicat la femei; într-adevăr, aceeași doctoriță mi-a dat rețetă fără probleme după schimbarea sexului în CI, chiar dacă încă nu îmi schimbasesm și prenumele; nu am cumpărat niciodată testosteron decât din farmacie; din surse ilegale nu am cumpărat, deoarece există riscul să fie contrafăcute și ori să nu aibă niciun efect, ori să ai cine știe ce probleme de sănătate; plus că de pe asemenea site-uri nu poți lua compensat, deci e scump, deci mai bine rezolvi cu actele și apoi ieși compensat și plătești numai 10% din preț și 90% suportă Casa de Sănătate”.*

O întrebare importantă din chestionarul online este dacă persoanele trans au fost la cel puțin un psiholog sau psihiatru, la un terapeut pentru voce, chirurg, endocrinolog, medic generalist sau de familie din motive legate de identitatea lor trans în ultimii 5 ani, în România. Răspunsurile au fost afirmative în proporție de 67% (83 de persoane) și negative în proporție de 33% (40 de persoane). Un alt element important este proporția în care respondenții au beneficiat de asigurare medicală pentru acest tip de asistență (Fig. 4). Se poate observa că aproximativ 60% dintre participanți nu au beneficiat de asigurare de sănătate pentru servicii psihologice, iar peste 40% nu au beneficiat de asigurare de sănătate pentru psihiatru, chirurg și endocrinolog. Mai mult, s-a urmărit modalitatea de plată a acestui tip de asistență. Din nou, se poate observa că, pentru asistența psihologică, și pentru onorariile datorate medicului psihiatru, chirurg, endocrinolog și terapeutului vocal, a fost necesar ca toate costurile să fie acoperite de beneficiar, pentru majoritatea respondenților. Serviciile medicului de familie sunt singurele care sunt acoperite de asigurarea medicală pentru o proporție mai mare a participanților la studiu.

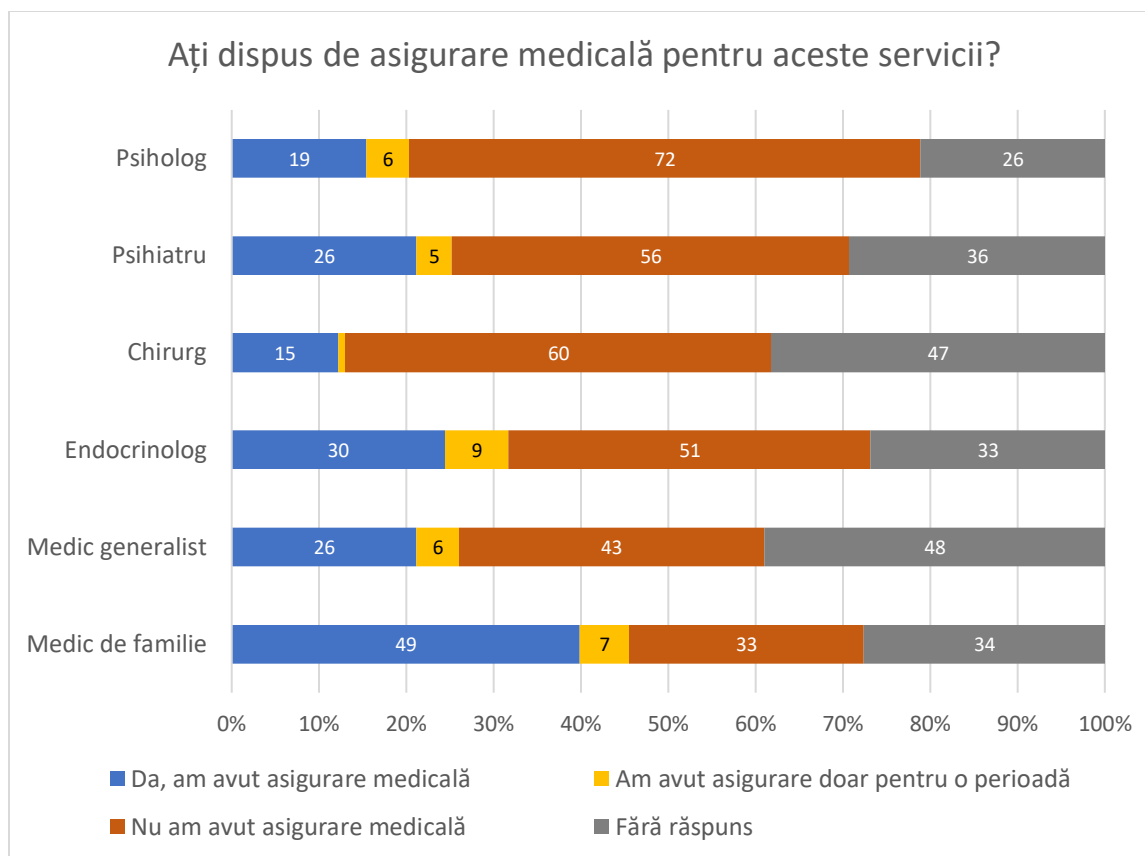


Fig. 4 Numărul de persoane și proporția celor care au beneficiat de asigurare pentru mai multe tipuri de servicii medicale

Din această privire statistică, prezentată în Fig.55, reiese faptul că serviciile de sănătate reprezintă o povară financiară pentru persoanele trans. Pentru serviciile specializate (psiholog, psihiatru, endocrinolog, terapeut vocal), efortul financiar îi revine persoanei în cea mai mare parte, iar asigurările de sănătate au acoperit costurile doar pentru o minoritate a acestui eșantion. Aceste rezultate se coroborează cu răspunsurile anterioare, în care participanții au menționat dificultățile financiare ca fiind un obstacol major în procesul tranziției. De asemenea, unele dintre serviciile medicale enumerate mai jos pot avea costuri prohibitive (de exemplu, chirurgia), așa cum unii participanți au menționat în cadrul răspunsurilor libere. În aceste condiții, este de înțeles de ce multe persoane aleg să nu parcurgă întregul proces de tranziție medicală, sau să amâne diverse proceduri până în momentul în care vor dispune de fonduri suficiente pentru acoperirea integrală a costurilor.

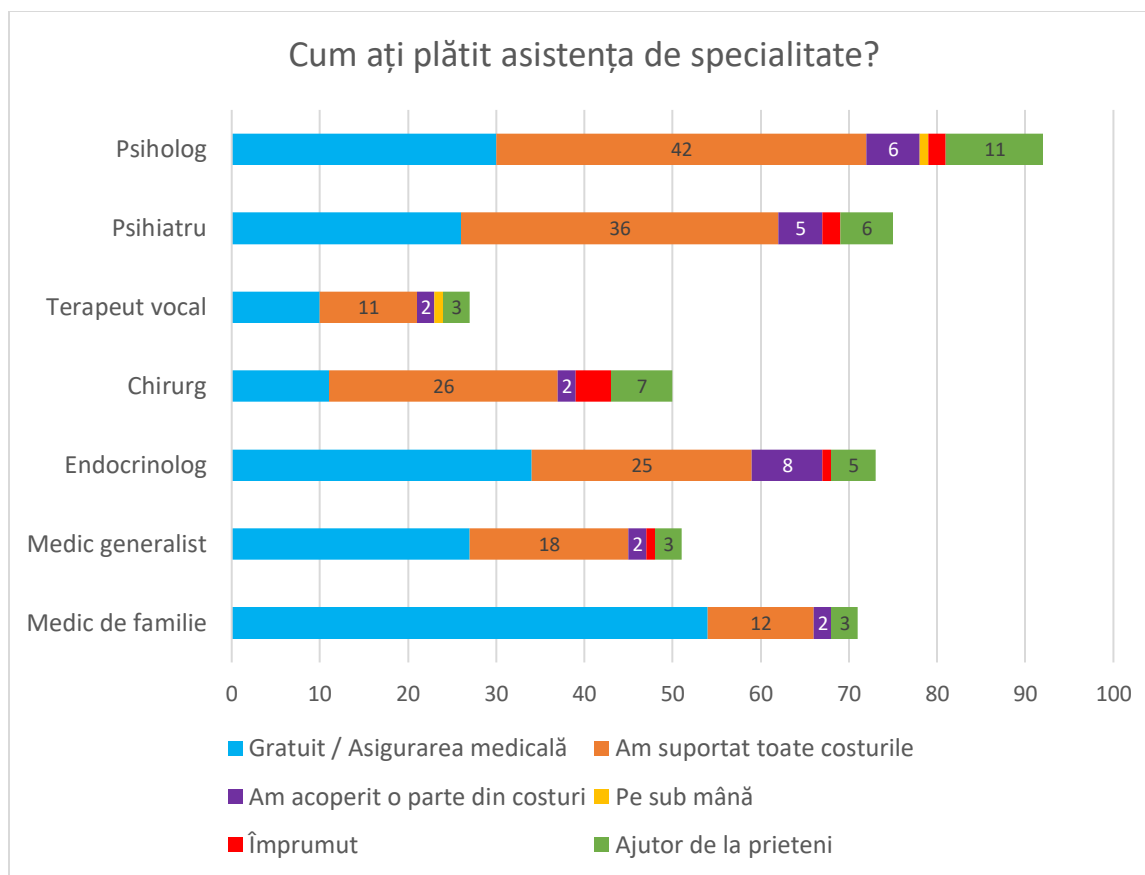


Fig.5 Modalitățile prin care persoanele trans au plătit pentru asistența de specialitate (numărul de persoane)

O altă întrebare din chestionarul online vizează ce anume li s-a cerut respondenților de către psiholog sau psihiatru, terapeut pentru voce, chirurg, endocrinolog, medic generalist sau medicul de familie pentru a le acorda sprijinul de care au avut nevoie. Vom evidenția experiențele participanților la acest studiu, sintetizând răspunsurile libere ale acestora. Menționăm că lista de mai jos nu reprezintă un manual de bune practici sau un îndrumar legal, ci doar un colaj care demonstrează dificultatea procesului tranziției și chiar abuzurile pe care persoanele trans le suferă în anumite circumstanțe.

Profesioniștii au solicitat...

Psihologul

- „Doar să îmi povestesc experiența de viață” (bărbat trans, sub 30 de ani, jud. Cluj);
- „*1 an și 8 luni de Real-life test [testare în viața reală – n.r.]*” (bărbat trans, peste 40 de ani, rezident în Italia);
- „Să «trăiesc ca un bărbat» timp de minim 3 luni, să-mi fac coming out-ul față de unii colegi de clasă și față de unii cunoscuți și să dețin raportul psihiatric în prealabil” (băiat trans non-binar, sub 20 ani, jud. Mehedinți);
- „Să încerc să trăiesc «ca femeie» o perioadă de circa un an, lucru pe care l-am refuzat, simțindu-mă rău în legătură cu această decizie. A trebuit să îl conving de asemenea că așa mă simt cu adevărat, psihologul negând subtil toate afirmațiile mele în legătură cu identitatea mea de gen” (băiat trans, sub 20 de ani, jud. Galați);
- Diverse teste psihologice (ex. Rorschach);

Psihiatrul

- „Să povestești cam toată viața ta și cum te-ai simțit/cum te simți” (bărbat trans, rezident în UK);
- „*Dovada «vieții reale ca bărbat» minim 1 an*” (bărbat trans, peste 40 de ani, rezident în Anglia);
- „Să trăiesc ca... sexul care mi-a fost atribuit la naștere pentru un an” (băiat trans, sub 20 de ani, jud. Argeș);
- Internare pentru evaluare psihiatrică;

Medicul chirurg

- Acordul unui psiholog înainte de a începe procedura de augmentare mamară;
 - „Două scrisori de la psihologi care să mă recomande pentru operație și să ateste că nu sufăr de boli mintale care mi-ar putea influența decizia” (bărbat trans, sub 30 de ani, rezident în SUA);
 - Un aviz sau raport psihiatric (scrisoare medicală);
 - O modificare a raportului psihiatric care să specifice că este recomandată reconstrucția pieptului;
 - Dovada tratamentului hormonal timp de minim 1 an;
 - Hotărârea judecătorească privind schimbarea de gen;
-

Endocrinologul

- Un raport psihiatric/scrisoare medicală care să ateste condiția de persoană trans;
 - Recomandarea psihologului clinician;
 - Aviz psihiatric pentru a putea începe HRT (*hormone replacement therapy* – tratamentul de substituție hormonală);
 - Un RMN și analize pentru a prescrie hormonii;
 - O hotărâre judecătorească pentru a începe tratamentul hormonal;
 - Spitalizare de o zi pentru efectuarea unor analize în urma cărora endocrinologul a putut stabili doza necesară a fi administrată.
-

Mai mulți respondenți au menționat că interviul psihologic/psihiatric este ca o „probă” a identității trans. *„A trebuit să spun că îmi urăsc corpul, să conving medicii specialiști că am fost trans de la o vârstă fragedă, se așteaptă din partea mea să fiu heterosexual și să dezvălui aspecte intime legate de practici sexuale”* (băiat trans, sub 20 de ani, jud. Satu Mare). Atâta timp cât identitatea de gen a persoanelor este pusă la îndoială, unele dintre acestea au precizat că vor recurge la diverse strategii ca să obțină ce își doresc, inclusiv adoptând un discurs stereotip: *„M-am simțit presat să mint în legătură cu orientarea mea sexuală și cu experiențele din copilărie pentru a avea siguranța că voi fi luat în serios, așa că a trebuit să adopt clasică perspectivă a unei persoane trans «captive în corpul greșit»”* (băiat trans non-binar, sub 20 de ani, jud. Mehedinți). Vorbind despre consultațiile psihologice/psihiatrice pe care le-a cerut, un bărbat trans rememorează că *„prima persoană nu mi-a luat identitatea de gen în serios, iar a doua persoană mi-a propus să nu încep tranziția deoarece el consideră că sunt lucruri mai importante pe care trebuie să mă axeze mai întâi. Menționez aceste lucruri pentru că, deși pot înțelege de ce au privit lucrurile în felul ăsta, nu mi s-a părut că vreunul dintre ei are habar despre ce vorbește sau depune un efort pentru a studia acest subiect. Consider că serviciile pentru persoanele trans sunt oferite de acest fel de oameni și prin urmare nu există, cel puțin nu în domeniul psihologic/psihiatric și cel puțin nu în orașul meu”* (bărbat trans, sub 25 de ani, jud. Arad).

Pentru a avea o imagine a complexității cerințelor cărora trebuie să le facă față o persoană trans, o mărturie foarte valoroasă ne este oferită de un bărbat trans, peste 40 de ani, din jud. Constanța: *„Pentru diagnosticare psihiatrică și endocrinologică mi s-a solicitat trimitere de la medicul de familie (2002), INML (2005), act de identitate valabil și adeverință de la serviciu că instituția a achitat contribuția la CASS/chitanța plății contribuției CASS de către mine, după ce am ajuns să lucrez exclusiv ca liber-profesionist; în prezent, pt. tratament și scrisorile medicale și rețetele aferente nu îmi trebuie decât cardul de sănătate, atât la medicul de familie, cât și la endocrinolog; la psihiatru nu am mai mers după schimbare; nici la psiholog; nu a trebuit să fac nicio operație, operația pectorală am făcut-o fiindcă am vrut eu, deci nu mi s-a cerut și nici nu m-a obligat nimeni să o fac, dimpotrivă, a fost la limita legalității, fiindcă am făcut-o cât încă nu aveam hotărârea judecătorească, pe un diagnostic fictiv de gigantomastie, iar operația s-a numit nu mastectomie,*

ci mamoplastie de reducere; nu am fost sterilizat, nici nu se poate în România să îți ceară cineva așa ceva; este exact invers: dacă nu ai hotărârea judecătorească de încuviințare a schimbării de sex, legal niciun medic nu se apucă să îți facă vreo operație, fiindcă riscă să fie acuzat de mutilare. În rest, am fost diagnosticat după toate criteriile de mai sus, fiindcă, așa cum aveam să aflui ulterior, aceasta este procedura uzuală de diagnosticare în conformitate cu Metodologia INML, care este aprobată și care trebuie respectată, deci legalmente e 100% corect tot ce se întâmplă; moralmente, e discutabil dacă este corect”.

O întrebare relevantă vizează măsura în care recunoașterea legală a genului a fost motivul pentru care participanții au apelat la asistența medicală de specialitate. Prin recunoașterea legală a genului ne referim la opțiunea de a schimba numele și/sau indicatorul de gen din acte. Proporția răspunsurilor evidențiază că pentru 48% dintre respondenți, recunoașterea legală a fost singurul motiv sau un motiv semnificativ, iar pentru 37% a fost un motiv neimportant sau nu a fost un motiv deloc. Restul participanților (15%) au considerat că această întrebare nu li se aplică pentru că nu au demarat aceste proceduri sau pentru că diminuarea disforiei de gen este o motivație foarte puternică în sine. Un bărbat trans, peste 40 de ani, din Constanța, detaliază experiența sa legată de Institutul de Medicină Legală și de procedura privind recunoașterea legală a genului: *„Am avut la un moment dat impresia greșită că ar exista la INML tendința de a pune omului bețe în roate în calea schimbării, dar atunci încă nu cunoșteam Metodologia INML; acum știu că nu este adevărat; operația pectorală oricum o făcusem deja, deci anterior obținerii hotărârii judecătorești și de asemenea anterior oricărui contact cu specialiștii de la INML; m-am apucat de tratament hormonal înainte de obținerea hotărârii judecătorești în primul rând pt. mine și bunul meu look, dacă tot s-a ivit ocazia și doctorița respectivă a vrut să îmi dea rețetă, chiar și necompensată; dar recunosc că ulterior m-am gândit că schimbările produse de tratament mi-ar putea fi de ajutor și în ideea de a le forța mâna celor de la INML să-mi dea încuviințarea schimbării; dar acum știu că am gândit eronat: specialiștii de la INML nu vor să facă rău, ei fac ce trebuie, respectă metodologia întocmai, dar lumea este dezinformată și de asta crede greșit, fiindcă nu știe adevărul”.*

Cercetarea de față explorează și obstacolele sau problemele legate de procedura de recunoaștere legală a genului. Participanții au avut posibilitatea să aleagă dintr-o serie de răspunsuri prestabilite sau să își prezinte propria experiență privind această procedură:

- „Providerii [furnizorii – n.r.] de servicii de sănătate mi-au dat informații care nu corespundeau cu legislația pentru recunoașterea legală a genului” (15 persoane);
- „Providerii de servicii de sănătate au refuzat să îmi dea informațiile necesare” (6 persoane);
- „Providerii de servicii de sănătate mi-au îngreunat accesul la informațiile necesare” (14 persoane);

- „Detalii private despre sănătatea/condiția mea medicală au fost divulgate fără acordul meu” (5 persoane);
- „Acțiunea în instanță de recunoaștere legală a genului a fost respinsă deși aveam 3 ani de tratament hormonal și GRS parțial – mastectomie” (bărbat trans, peste 40 de ani, rezident în Anglia);
- „Sunt mai mult intersex, și nu vreau să-mi fac operații.. vreau un N sau X acolo... [în actele de stare civilă] pentru asta nu e nevoie de medicină...” (bărbat trans, peste 30 de ani, jud. Vâlcea);
- „Nu mi s-a întocmit referatul de anchetă socială din copilărie până la momentul solicitării lui de către Judecătoria Constanța, care, la rândul ei, a dispus întocmirea lui fiindcă îi era solicitat de către INML împreună cu dosarul cauzei, conform Metodologiei INML; eu cred că din motive de incompetență profesională a asistentelor sociale, care nu au vrut să se ducă până în Arad (locul nașterii și copilăriei mele) ca să întocmească partea de referat referitoare la copilărie” (bărbat trans, peste 40 de ani, jud. Constanța);

Participanții au fost rugați să se raporteze la anumite experiențe pe care le-au avut în ultimii cinci ani cu serviciile de sănătate specifice persoanelor trans din România. Întrebările se referă la modul în care respondenții au fost tratați de doctorul generalist, sau de alt medic specialist (endocrinolog, chirurg, anestezist), un specialist în sănătate mentală, o asistentă sau altcineva din rândul personalului, sau de către alți pacienți sau alte persoane din sala de așteptare. Participanților li s-a oferit o listă de situații și o scală de marcare cu punctele: întotdeauna – câteodată – niciodată – nu se aplică. Vom reda mai jos un sumar al statisticilor asociate acestor răspunsuri, punând în evidență procentul de persoane care au suferit o *formă de discriminare pe baza identității de gen*:

- „Identitatea mea de gen a fost respectată (ex.: folosirea corectă a pronumelui/numelui)” – câteodată, 33%, sau niciodată, 10%;
- „Am fost repartizat(ă) într-un spațiu segregat pe criterii de gen conform nevoilor sau preferințelor mele (salon de spital etc.)” – câteodată, 7%, sau niciodată, 21%;
- „Am avut sentimentul ca serviciile au fost adaptate la nevoile mele” – câteodată, 22%, sau niciodată, 15%;
- „Mi s-a cerut să mă conformez normelor de gen așteptate/impuse pentru a avea acces la ceea ce îmi trebuia” – întotdeauna, 15%, sau câteodată, 11%;
- „Am simțit că a trebuit să întrunesc normele de gen așteptate/impuse pentru a primi îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 20%,sau câteodată, 17%;
- „Am simțit că a trebuit să mă conformez normelor heterosexuale pentru a primi îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 20%, sau câteodată, 14%;

- „M-am simțit constrâns(ă) să mă încadrez în binaritatea de gen (concept care recunoaște doar două genuri, feminin și masculin)” – întotdeauna, 21%, sau câteodată, 15%;
- „Am simțit că a trebuit să demonstrez că sunt «suficient de trans» pentru a primi îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 15%, sau câteodată, 18%;
- „M-am temut că divulgarea unor detalii despre identitatea mea de gen m-ar putea împiedica să obțin îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 26%, sau câteodată, 19%;
- „Am resimțit o curiozitate inadecvată (din partea personalului sau a altor pacienți)” – întotdeauna, 15%, sau câteodată, 32%;
- „Am fost presat(ă) să spun că intenționez să obțin tratament medical pe care nu îl doream, pentru a primi îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 4%, sau câteodată, 8%;
- „M-am simțit presat(ă) să divulg informații sau să fac lucruri care nu erau relevante pentru a obține acces la îngrijirea de care aveam nevoie” – întotdeauna, 7%, sau câteodată, 20%;
- „Mi-a fost teamă sau am simțit anxietate legat de accesarea serviciilor de sănătate” – întotdeauna, 27%, sau câteodată, 31%.

În cadrul acestei cercetări s-a pus foarte mult accentul pe experiențele persoanelor în decursul accesării serviciilor de sănătate specifice, în unele cazuri, experienței trans. În special, s-a urmărit incidența experiențelor negative, de discriminare, abuz, încălcare a drepturilor persoanei sau condiționarea tratamentului. Participanții au dezvăluit frecvența cu care s-au confruntat (*câteodată* sau *întotdeauna*) cu următoarele atitudini și situații negative în relație cu serviciile specifice de sănătate pentru persoanele trans, dar și în cazul accesării serviciilor medicale pentru starea generală de sănătate:

- „Am fost abuzat(ă) verbal (am fost poreclit/ă, ridiculizat/ă, s-a țipat la mine etc.)” – 35 de persoane (28%) în cazul serviciilor specifice, 19 persoane (15%) în cazul serviciilor generale;
- „Am fost abuzat(ă) fizic (orice rău intenționat sau neintenționat, dorit sau nedorit, leziune sau traumă corporală)” – 13 persoane (11%) în cazul serviciilor specifice, 3 persoane (2%) în cazul serviciilor generale;
- „Am fost abuzat(ă) sexual (orice comentarii, atingeri sau comportamente sexuale nedorite)” – 5 persoane în cazul serviciilor specifice, 2 persoane în cazul serviciilor generale;

- „Am fost spitalizat(ă) împotriva dorinței mele ca reacție la faptul că sunt trans” – 3 persoane în cazul serviciilor specifice;
- „Identitatea mea de gen nu a fost respectată (am întâmpinat refuzul utilizării corecte a numelui/pr numelui)” – 31 de persoane (25%) în cazul serviciilor generale;
- „Am fost presat(ă) sau forțat(ă) să urmez un tratament medical nedorit sau să trec printr-un proces de testare psihologică” – 25 de persoane (20%) în cazul serviciilor specifice;
- „Mi-a fost încălcat dreptul la intimitate (a fost spus/împărtășit ceva ce nu voiam să se știe despre identitatea mea trans)” – 30 de persoane (24%) în cazul serviciilor specifice, 9 persoane în cazul serviciilor generale;
- „Am resimțit o curiozitate inadecvată (din partea personalului sau a altor pacienți)” – 41 de persoane (33%) în cazul serviciilor generale;
- „Am fost repartizat(a) într-un spațiu segregat din punct de vedere al genului (salon de spital/cameră) care nu corespundea nevoilor sau preferințelor mele” – 9 persoane în cazul serviciilor generale;
- „A trebuit să schimb furnizorul de servicii de sănătate (din cauza reacției sale negative sau pentru că mă temeam de o reacție negativă din partea sa cu referire la identitatea mea trans)” – 17 persoane (14%) în cazul serviciilor specifice, 7 persoane în cazul serviciilor generale;
- „Am fost presat(ă) sau forțat(ă) să urmez o consultație medicală sau psihologică nedorită” – 9 persoane;
- „Mi s-a cerut să fac lucruri cu care nu mă simțeam confortabil de către specialiști sau alți membri ai personalului” – 14 persoane în cazul serviciilor generale;
- „Mi s-a refuzat tratamentul/îngrijirea fără vreun motiv justificat medical” – 16 persoane (13%) în cazul serviciilor specifice, 10 persoane (8%) în cazul serviciilor generale.

Pentru a completa imaginea oferită de răspunsurile de mai sus, participanții au fost întrebați cum s-au regăsit în plan emoțional în relație cu serviciile de sănătate. Reperele oferite în chestionar sunt orientate atât pe afectele pozitive (Fig. 66), cât și pe stările emoționale negative, care creează o suferință persoanei (Fig. 77).

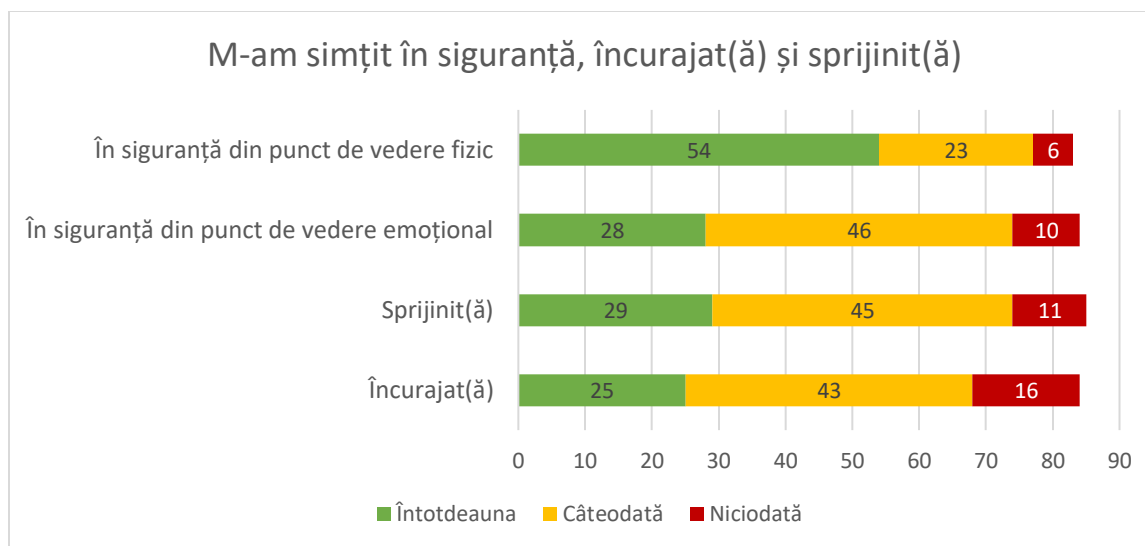


Fig. 6 Numărul participanților care au trăit anumite situații și au resimțit afecte pozitive în relație cu serviciile de sănătate

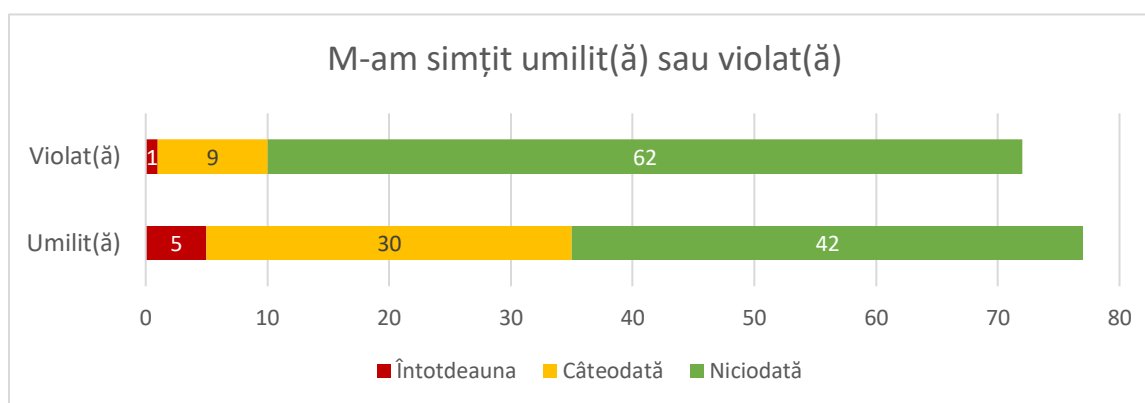


Fig. 7 Numărul participanților care au trăit situații și emoții profund negative în raport cu serviciile de sănătate

În ambele diagrame, zona roșie indică numărul persoanelor care s-au simțit întotdeauna discriminate, în nesiguranță sau fără sprijin în relație cu furnizorii de servicii de sănătate. Cu galben este indicat numărul de persoane care au avut *câteodată* experiențe negative în raport cu serviciile de sănătate. În diagrama din Fig. 6 se poate remarca ponderea foarte mare a persoanelor care au trecut prin experiențe diverse, în parte încurajatoare, în parte negative, care pot crea un climat de neîncredere și pot conduce la o reticență față de accesarea serviciilor de sănătate pentru persoane trans. Este clar însă că, în cazurile din zona roșie, experiențele cu furnizorii de servicii de sănătate au fost puternic și constant dureroase, ceea ce poate conduce la o respingere totală a acestor servicii pentru persoanele trans. Este foarte îngrijorător numărul mare de persoane care s-au simțit *câteodată* umilite sau chiar violate în momentul accesării serviciilor de sănătate pentru persoane trans.

