



RZP.050.5.2024.AB
Warszawa, 05 grudnia 2024

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,
Odpowiadając na interpelację nr 6014 Pani Posłanki Marty Stożek „w sprawie podjęcia systemowych działań na rzecz poprawy jakości i dostępności opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych”, uprzejmie przekazuję następujące informacje i wyjaśnienia.

Odnosząc się do kwestii objęcia refundacją oraz poszerzenia zakresu refundacji leków hormonalnych z transycją medyczną uprzejmie wyjaśniamy, że objęcie refundacją nowych produktów leczniczych lub rozszerzenie zakresu wskazań refundacyjnych leków znajdujących się na aktualnym obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych¹⁾, inicjowane jest przez podmiot odpowiedzialny (producenta leku, jego przedstawiciela lub importera) w oparciu o przedłożenie odpowiedniego wniosku z art. 24 ustawy o refundacji²⁾. Obecnie żaden podmiot odpowiedzialny nie złożył wniosku, przedmiotem którego byłoby rozszerzenie wskazań refundacyjnych dla leków hormonalnych. W związku z tym, Minister Zdrowia nie ma możliwości objęcia refundacją tych leków w przedmiotowym wskazaniu oraz umieszczenia ich na liście leków refundowanych.

W kwestii refundacji leku w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania lub sposobu podawania odmiennych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego (wskazanie off-label) należy podkreślić, że zgodnie treścią art. 40 ust. 1 ustawy refundacyjnej wszczęcie takiej procedury ma miejsce, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania zdrowia i życia świadczeniobiorców. Wówczas minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Przejrzystości oraz konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny, może wydać z urzędu decyzję administracyjną o objęciu refundacją leku przy danych klinicznych, w zakresie wskazań do stosowania lub dawkowania, lub sposobu podawania odmiennych niż określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2024 r. poz. 686 z późn. zm.). Przy czym, objęcie refundacją we wskazaniu pozarejestrycyjnym ma miejsce wyłącznie w przypadku produktów ujętych w obowiązującym obwieszczeniu Ministra, tj. leków

¹⁾ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-18-wrzesnia-2024-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywnieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-pazdziernika-2024-r>.

²⁾ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.).

refundowanych aktualnie. Jednocześnie, uprzejmie informuję, że obecnie analizowana jest możliwość przeprowadzenia zmian w zakresie rozszerzenia wskazań refundacyjnych dla opisanych w interpelacji leków hormonalnych.

Odnosząc się do problematyki zapewnienia dostępności specjalistów zajmujących się opieką nad osobami transpłciowymi w całym kraju uprzejmie wyjaśniam, że artykuł 68 Konstytucji RP nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) systematycznie badają dostępność do poszczególnych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Od 1 lipca 2021 r. wszystkie obowiązujące limity w zakresie finansowania przez NFZ porad lekarzy specjalistów zostały zniesione. Tym samym świadczeniodawcy uzyskali gwarancję, że otrzymają wynagrodzenie za każde udzielone świadczenie, co stanowi finansową zachętę do zwiększania liczby udzielanych porad pacjentom już objętych opieką, jak i do obejmowania opieką nowych – bez ryzyka poniesienia strat w przypadku przekroczenia limitu. Ponadto, co roku następuje wzrost środków na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – pierwotny plan finansowy NFZ na rok 2024, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 września 2023 r., przewidywał 157,56 mld zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku zmian planu finansowego NFZ na 2024 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej wzrosły o ok. 21 mld zł, tj. 13,3%. Należy jednak zaznaczyć, że złożenie wniosku o umowę z NFZ (tzw. oferty) jest dobrowolne i zależy tylko od oferenta/świadczeniodawcy. Podmiot leczniczy składając do NFZ ofertę o podpisanie umowy jest zobowiązany spełnić kryteria określone w przepisach. NFZ nie ma uprawnień do zobowiązania podmiotu do podpisania umowy i/lub aneksu (np. celem poszerzenia jej zakresu).

Należy również podkreślić, że system opieki zdrowotnej to system naczyń połączonych. Jednowymiarowa interwencja, na przykład w postaci wyłączenia limitów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) nie przynoszą oczekiwanych efektów. W okresie styczeń-sierpień 2024 roku sprawdzano 57,7 mln świadczeń. W okresie styczeń-sierpień 2023 roku było to 54,6 mln świadczeń. Oznacza to wzrost o 5,6% w liczbie sprawozdanych świadczeń w rodzaju AOS. W związku z powyższym trwają prace nad wprowadzeniem mechanizmów zachęcających do przyjmowania pacjentów pierwszorazowych i do przekazywania stabilnych pacjentów do POZ. Obecnie przeciętnie 15% pacjentów w poradniach AOS to pacjenci pierwszorazowi i ten odsetek praktycznie nie zmienia się od lat.

Ministerstwo Zdrowia również stale analizuje warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w kontekście liberalizacji minimalnych wymagań stawianych podmiotom leczniczym, które chcą realizować świadczenia finansowane ze środków publicznych z jednoczesnym zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń.

Celem Ministerstwa Zdrowia jest również zapewnienie większego dostępu do poradni w specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne przez m.in. rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wykreślanie pacjentów z kolejek oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.

Obecnie prowadzone są prace mające na celu zapewnienie optymalnego wykorzystania terminów świadczeń oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców, w tym zwalniających się także w ostatniej chwili. Wprowadzenie jednej centralnej listy i centralnej e-Rejestracji, umożliwiającej pacjentowi wybór świadczeniodawcy z najkrótszym czasem oczekiwania spośród wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia z danego zakresu, przyspieszy termin uzyskania świadczenia. Ponadto, system ten ma na celu ułatwienie pacjentowi odwołania (i zmiany) terminu świadczenia, w ramach systemu Centralnej e-Rejestracji.

Czynnikiem ograniczającym dostępność do świadczeń specjalistycznych jest również ograniczony zasób lekarzy specjalistów. Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy mające na

celu potwierdzenie zasadności poszerzania zakresu personelu uprawnionego do udzielania poszczególnych świadczeń co powinno spowodować zwiększenie liczby udzielanych świadczeń oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Ministerstwo Zdrowia planuje również zapewnienie większego dostępu do poradni specjalistycznych, poprzez poprawę jakości diagnostyki i leczenia w ramach AOS oraz wyrównywanie różnic w dostępności. Służyć temu będzie wsparcie inwestycji w infrastrukturę, sprzęt i wyposażenie AOS w ponadregionalnych podmiotach leczniczych (dla których organem założycielskim lub prowadzącym jest minister lub wojewoda).

Odnosząc się do pytania o programy wsparcia finansowego dla specjalistów mających na celu zwiększenie liczby lekarzy dostępnych w mniejszych miejscowościach, uprzejmie wyjaśniamy, że obecnie świadczenia w rodzaju AOS rozliczane są z wykorzystaniem katalogu ambulatoryjnych grup świadczeń specjalistycznych, które wymienione są w załączniku nr 5a do zarządzenie nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2023 r. (Biul.Inf. NFZ z 2023 r. poz. 57, z późn. zm.). Zgodnie z tym katalogiem produktem właściwym do rozliczenia konsultacji lekarza specjalisty, jest produkt o kodzie 5.30.00.0000011 „W11 Świadczenie specjalistyczne 1-go typu”. Wartość taryfy dla tego świadczenia to 44 punkty. Pozostałe produkty jak np. „W12 Świadczenie specjalistyczne 2-go typu”, „W13 Świadczenie specjalistyczne 3-go typu” czy „W14 Świadczenie specjalistyczne 4-go typu” poza konsultacją lekarza specjalisty przewidują również wykonanie odpowiednich, oznaczonych kodami ICD-9, procedur z zakresu badań diagnostycznych, procedur zabiegowych, procedur z zakresu diagnostyki obrazowej lub procedur endoskopowych. Ich wycena jest odpowiednio wyższa, ponieważ zawiera również koszt procedur dodatkowych wskazanych, w charakterystyce grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, która stanowi załącznik nr 7 do wskazanego wyżej zarządzenia, na listach W1, W2, W3, W4, W5, W7, W8, W10, W16.

Odnosząc się do kwestii ewentualnych działań w celu zapewnienia godnego traktowania osób transpłciowych w gabinetach lekarskich uprzejmie informuję, że kwestia niewłaściwego odnoszenia się do pacjentów, naruszanie ich godności, nie chronienie ich prywatności wielokrotnie jest przedmiotem współpracy podejmowanej pomiędzy Ministrem Zdrowia i Rzecznikiem Praw Pacjenta. O kwestie te systematycznie uzupełniane są programy edukacji podyplomowej personelu medycznego. Uprzejmie informuję, że dotychczas do Ministerstwa Zdrowia nie wpływały skargi dotyczące nieodpowiedniego traktowania przez lekarzy pacjentów transpłciowych. Każda taka skarga zostałaby odpowiednio rozpatrzona bądź skierowana do Rzecznika Praw Pacjenta. Ich brak jednak nie może być traktowany jako dowód na brak problemu.

Obowiązujące przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2024 r. poz. 1287) wskazują wyraźnie, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Rolą lekarza jest zatem ocena zdrowia pacjenta pod kątem obecnego jego stanu zdrowia niezależnie od jego orientacji czy też tożsamości płciowej. Zatem niezależnie od zaistniałej sytuacji i okoliczności badanie lekarskie jest wynikiem bezpośredniej relacji pacjent-lekarz, a dalsze działanie lekarskie opiera się wyłącznie na tej relacji. Zasady właściwej komunikacji z pacjentem i jego rodziną są tematem kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy. Program stażu podyplomowego z zakresu komunikacji z pacjentem przewiduje, że lekarz poznaje przepisy prawne dotyczące tego zagadnienia, omawiane są bariery komunikacyjne i ich przełamywanie, ugruntowuje zasady zrozumiałej komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz jej wpływ na postępy w leczeniu, a także komunikacji w trudnych sytuacjach związanych z przekazywaniem niepomyślnych informacji oraz porozumiewania się w sytuacjach konfliktowych.

Programy specjalizacji przewidują, że lekarz w czasie szkolenia specjalizacyjnego kształtuje i rozwija postawę etyczną oraz doskonali kompetencje społeczne, a w szczególności: kierowanie się w swoich działaniach nadrzędną zasadą dobra chorego, respektowanie społecznie akceptowanego systemu wartości oraz zasad deontologicznych, umiejętne nawiązywanie relacji z pacjentem oraz rodziną i opiekunem pacjenta, z poszanowaniem godności osobistej oraz zróżnicowania kulturowego, etnicznego i społecznego, a także ugruntowuje zasady psychologicznych uwarunkowań relacji lekarz – pacjent. Program specjalizacji w dziedzinie seksuologii obejmuje tematykę dotyczącą: rozwoju seksualnego, różnicowania płci, zaburzeń rozwojowych narządów płciowych i układu rozrodczego, uwarunkowań społecznych i kulturowych, rozwoju psychoseksualnego, identyfikacji z płcią i orientacji seksualnej. Lekarze nabywają wiedzę również na temat zaburzeń identyfikacji płciowej, w tym teorii przyczyn identyfikacji, definicje, klasyfikacje i typologie, epidemiologii, diagnostyki i standardów postępowania w zaburzeniach identyfikacji płciowej. W ramach tematyki z zakresu seksuologii sądowej lekarz nabiera wiedzy na temat aspektów prawnych zespołu dezaprobaty płci (m.in. transseksualizmu). Podobnie lekarze szkolący się w dziedzinie endokrynologii opanowują tematykę zaburzeń różnicowania płci. Z kolei programy specjalizacyjne w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży obejmują tematykę diagnostyki i kompleksowego postępowania terapeutycznego w zaburzeniach lękowych, prowadzenie zintegrowanego leczenia nadzorowanego i udokumentowanego (psychoterapia, socjoterapia, farmakoterapia) w zakresie zaburzeń depresyjnych i w zakresie interwencji kryzysowej (w tym próby samobójcze). Jednym z etapów zmiany płci jest poddanie się działaniom zabiegowym. W procesie tym mogą uczestniczyć lekarze specjaliści położnictwa i ginekologii, urologii, chirurgii ogólnej, czy chirurgii plastycznej. Wydaje się, że programy specjalizacyjne w już obecnie przygotowują lekarzy do udzielania świadczeń z różnego zakresu. Dojście do sprawnej umiejętności zabiegowej wymaga od każdego lekarza czasu i lat praktyki, nie powinno jednak w żaden sposób naruszać praw pacjenta. Wszelkie przypadki ich łamania powinny być natomiast zgłaszane Rzecznikowi Praw Pacjenta.

Odnosząc się do kwestii usprawnienia procesu aktualizacji danych osobowych w bazach systemu ochrony zdrowia w celu zapewnienia uwzględniania w nich zmian danych osób transpłciowych, uprzejmie wyjaśniam, że Centrum e-Zdrowia podjęło prace nad przygotowaniem możliwości dostępu w Internetowym Koncie Pacjenta do danych dla pacjentów po korekcie płci. Jeżeli w rejestrze CWUb (Centralny Wykaz Usługobiorców) będzie informacja o relacji pomiędzy poprzednim i nowym nr PESEL to następnie zostanie stworzona relacja pomiędzy kontami. Użytkownik w Internetowym Koncie Pacjenta otrzyma możliwość przełączenia się na konto i sięgania po dane rejestrowane z poprzednim nr PESEL. W Internetowym Koncie Pacjenta w zakładce „Moje Konto” możliwa będzie zmiana kontekstu tożsamości poprzez listę rozwijaną z imieniem i nazwiskiem. Wybierając tożsamość z listy pacjent dostanie się na widok konta danej osoby w ramach danej tożsamości. Jeżeli z CWUb zostanie dostarczona informacja, że nastąpiła zmiana PESEL (wynikająca np. ze zmiany płci), to automatycznie zostaną udostępnione nowe dane na nowym koncie pacjenta. Dane powiązane z poprzednim numerem PESEL będą danymi tylko do odczytu.

Odnosząc się do kwestii ewentualnych „standardów opieki medycznej dla osób transpłciowych” uwzględniających zarówno postępowanie diagnostyczne jak dalsze postępowanie medyczne prowadzące do tranzycji uprzejmie wyjaśniamy, że standardy takie powinny być przygotowane przez właściwe towarzystwa naukowe. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony jedynie do określania w drodze rozporządzeń standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą (upoważnienie fakultatywne wyrażone w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej).

Przedstawiając powyższe uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia spotkała się z rodzicami dzieci transpłciowych oraz osobami wspierającymi, którzy przedstawili propozycje zmian ukierunkowanych na godne i równe traktowanie osób transpłciowych. Propozycje te i zasygnalizowane trudności w osiągnięciu przez pacjentów transpłciowych równouprawnienia w systemie ochrony zdrowia są obecnie analizowane w Ministerstwie Zdrowia w celu wypracowania działań pozwalających na ich realizację.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Wojciech Konieczny
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/