



# ОБЩИНА СИЛИСТРА

☒ ул. "Симеон Велики" № 33  
7500 Силистра

☎ (086) 816 333      Факс: (086) 82 33 43  
E-mail: mayor@silistra.bg

## Приложение 1

### Проект!

## ПРАВИЛНИК

### ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА СИЛИСТРА

#### ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл. 1. С този правилник се определят реда, условията и процедурите на финансово подпомагане на семейства и двойки с репродуктивни проблеми от община Силистра със средства, предвидени в Бюджета на Община Силистра.

Чл. 2. Средствата, предвидени за финансовото подпомагане на процедурите се гласуват всяка календарна година с Бюджета на Община Силистра, по предложение на Кмета на общината.

Чл. 3. (1) Със средства, предвидени в Бюджета на Община Силистра, се финансират лица, страдащи от безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ и по-конкретно чрез "ин витро оплождане", при наличие на следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология.
2. Ендометриоза, засягаща анексите и свързана с безплодието.
3. Тубарен стерилитет при жената (МКБ-Х: Но 97.1), доказан лапароскопски:
  - а) липса на маточни тръби двустранно (оперативно отстранени);
  - б) едностранна липса на маточна тръба с контралатерална непроходимост или стеноза;
  - в) двустранна непроходимост на маточните тръби (вкл. след стерилизация);
  - г) едностранна непроходимост с контралатерална стеноза;

- д) двустранна интерстициална или истмична стеноза;
- е) състояние след пластика на маточните тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпвала вътрематочна бременност;
- 4. Стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация поради LUFS.
- 5. Стерилитет свързан с мъжки фактор (МКБ – X : No 97.4).

(2) Със средствата предвидени в Бюджета на Община Силистра се финансират:

- 1. Контролирана овариална хиперстимулация (КОХС) с един или повече от един от следните лекарствени продукти (по групи):
  - а) аналози на гонадолибералина (агонисти или антагонисти);
  - б) гонадотропни хормони (уринарни или рекомбинантни);
  - в) други (за лутеална поддръжка) – стероиди и/или хорионгонадотропин;
- 2. АРТ методи (ин витро методики):
  - а) фоликулна пункция под ехографски контрол;
  - б) класическо ин витро оплождане;
  - в) оплождане чрез ICSI;
  - г) ембриотрансфер;
  - д) инсеминации от партньора или дарител;
  - е) ин витро матурация;
  - ж) тестикларна и/или епидидимална биопсия (TeSE, PISA, MISA);
  - з) контрол на стимулационния процес чрез ехографски и хормонални изследвания.

(3) Със средствата, предвидени в Бюджета на Община Силистра, се финансират и следните изследвания:

- 1. спермален анализ;
- 2. изследване за трансмисивни инфекции;
- 3. хормонални – преди КОХС;
- 4. други специфични изследвания (генетични, имунологични и др.);
- 5. ембриоредукция;
- 6. предимплантационна генетична диагностика или скрининг (PGD/PGS);
- 7. овоцитна донация;
- 8. ембриодонация;
- 9. GIFT, ZIFT и други подобни.

(4) Лекарствените продукти, финансирани със средства по този Правилник следва да са включени в позитивния лекарствен списък и се осигуряват по реда на чл.207, ал 1, т. 5 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

**ГЛАВА ВТОРА**  
**КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА НУЖДАЕЩИТЕ**  
**СЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА**  
**РЕПРОДУКЦИЯ ПРИ СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ С БЕЗПЛОДИЕ,**  
**ЛЕЧИМО ПРЕДИ ВСИЧКО С МЕТОДИТЕ НА АРТ.**  
**ДОКУМЕНТИ ПОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ**  
**ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ**

Чл. 4. Кандидатите за финансово подпомагане на дейности по асистирана репродукция за лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ, трябва да отговарят на следните критерии:

1. Да са български граждани, притежаващи адресна регистрация в Община Силистра през последните три години.

2. Да нямат задължение към Община Силистра и данъчни задължения към държавата.

3. Да са здравно осигурени.

4. Всеки от кандидатите трябва да е пълнолетен.

5. Да няма поставени под запрещение

6. Да са семейни двойки или двойки, регистрирани по смисъла на Семейния кодекс като фактическо съжителство.

7. Да е налице доказан стерилитет (независимо с женски и/или с мъжки фактор), лечим единствено с методите АРТ и по-конкретно IVF или ICSI. Удостоверяването се извършва с медицински документи: епикризи, етапни епикризи, медицински картони, стимулационни протоколи, удостоверения от клиники, с отразяване факта на лечението на пациентите при тях и извършените манипулации. При нужда, комисията може да изиска допълнителни удостоверения и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания.

8. Фуликулно стимулиращия хормон /FSH/ при кандидатките да бъде с нива под 12.

9. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на Наредба № 28 на Министерството на Здравеопазването.

Чл. 5. Кандидатстването за финансово подпомагане на „Ин-витро“ процедури на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Силистра, със средства, предвидени в Бюджета на Общината е за един опит в рамките на една календарна година и не ограничават правото и възможността за кандидатстване за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция“.

Чл. 6. Средствата, отпуснати на едно семейство/една двойка за финансово подпомагане се определят индивидуално и са в размер до размера на представените разходооправдателни документи, но не повече от 1000 лв. на заявител.

## **ГЛАВА ТРЕТА**

### **ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ**

Чл.7. Необходими документи, които се представят за кандидатстване за финансово подпомагане:

1. Заявление по образец, изготвен от Комисията по настоящия Правилник (Приложение 1);

2. Копие от личната карта, заверено с гриф „Вярно с оригинала“;

3. Копие от Удостоверение за сключен граждански брак, заверено с гриф „Вярно с оригинала“, а за двойките във фактическо съжителство – с нарочна декларация (Приложение 2);

4. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор по образец (Приложение 3);

5. Декларации от заявителката и съпруга (партньора) на заявителката, че не са поставени под запрещение (Приложение 4);

6. Декларации за съгласие за обработване, използване и съхранение на личните данни на заявителката и съпруга (партньора) на заявителката от членовете на Комисията (Приложение 5);

7. Удостоверение за промяна на постоянен адрес и Удостоверение за промяна на настоящ адрес, обхващащи периода от последните три години, издадени от съответната администрация по местонахождение на адреса;

8. Удостоверение от ТД на НАП – Силистра за непрекъснати здравноосигурителни права

7. Документи, издадени от съответния орган, че няма задължения към Община Силистра и данъчни задължения към Държавата;

8. Медицинска документация, удостоверяваща наличие на индикация:

а) епикризи и/или етапни епикризи;

б) документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия, и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод;

в) документи за извършване на 2 или повече спермални анализа, последния, от които е извършен не повече от 6 месеца преди подаване на заявлението. Ползват се критериите на Световната здравна организация (СЗО) за нормоспермия, като е желателно поне едно от изследванията да е със спермология, оценена по критериите на Крюгер;

г) при липса на овулация поради LUFs, документи относно поне 2 цикъла с ехографски разчитания и снимки.

д) при неизяснен стерилитет - документи, доказващи данни за безплодие в период от поне 2 години, лекувано чрез конвенционални методи, включително с реализирани поне 2 цикъла с втрематочни инсеминации.

Чл. 8. Заявленията и документите към тях се адресират до Комисията по настоящия Правилник и се вхoдират в Делoвoдствoтo на Община Силистра.

Чл. 9 а). Документите за финансовoтo подпoмагане на прoцeдуритe пo тoзи Правилник се разглеждат от Комисия в състав от 9 души, сформирана със Заповед на Кмета на община Силистра.

б) Председател на Комисията е зам.-кмет „Хуманитарни дейности” при Община Силистра.

в) Секретар на Комисията – представител на Дирекция „Хуманитарни дейности” при Община Силистра.

г) Членове на Комисията - представител на Дирекция „ХД” при Община Силистра; 3 общински съветници, членове на Постоянната комисия по Здравеопазване, социална политика, децата, младежта и спорта при Общински Съвет – Силистра, Координатор за гр. Силистра на Фондация „Искам бебе”, специалист АГ, юрист.

Чл. 10. Комисията по този правилник има следните функции в изпълнение на правомощията си:

1. Разглежда и одобрява исканията за финансово подпомагане на български граждани (семейства и двойки), живущи на територията на Община Силистра за извършване на дейности по асистирана репродукция или безплодие, лечимо преди всички с методите на АРТ и по-конкретно чрез ин-витро оплождане;

2. Дава методически указания относно процедурите по отпускане и разходване на финансовите средства за асистирана репродукция, заложен в Бюджета на Община Силистра за съответната година.

3. Осъществява контрол за спазване на критериите и условията за придобиване на права за ползване на средствата за извършване на дейности по асистирана репродукция.

Чл. 11. Комисията обявява критериите, срока и мястото за прием на документите за финансово подпомагане на процедури ин-витро на семейства и двойки с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Силистра на интернет страниците на Общински съвет – Силистра и Община Силистра и на информационното табло в сградата на Община Силистра.

Чл. 12. Председателят на комисията обявява в сайта на Община Силистра и Делoвoдствoтo на Общински съвет - Силистра часа, мястото и графика на заседанията на Комисията. Срокът за обявяване на първото заседание не следва да бъде по-голям от 1 месец от изтичане на срока за прием на документи.

Чл. 13. (1) Заседанията на Комисията са редовни при присъствие на повече от половината от нейните членове.

(2) Заседанията на Комисията са закрити.

(3) Решенията за одобряване на кандидатите за финансово подпомагане се взимат с мнозинство от присъстващите при явно гласуване.

Чл. 14. (1) С цел подпомагане на дейността на Комисията, с право на съвещателен глас могат да участват и се допускат представители на

юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на асистираната репродукция.

(2) При преценка и при необходимост в работата на комисията могат да участват и вещи лица – медицински специалисти, с призната специалност „Акушерство и гинекология“ и по възможност с допълнителна квалификация или опит в областта на асистираната репродукция или стерилитета. При необходимост могат да участват и се допускат и други специалисти по конкретни случаи.

Чл. 15. (1) За всеки от кандидатите се изготвя преписка по заявленията, включени в дневния ред на заседанието.

(2) Преписката се изготвя и представя на заседанието на Комисията от неин член, определен от Председателя на Комисията.

Чл. 16. Комисията има право да поиска допълнителна информация и уточнения по подадените документи при необходимост, за което уведомява кандидатите в 3 – дневен срок от заседанията си, като им дава срок, не по-голям от месец да представят необходимата информация.

Чл. 17. Комисията дава персонално решение по всяка преписка за отпускане на средства за извършване на асистирана репродукция въз основа на комплексна оценка.

Чл. 18. (1) За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, резултатите от гласуването и решението на Комисията. Протоколът се подписва от присъстващите членове на Комисията.

(2) Протоколът отразява персоналното становище, касаещо лицето, посочения адрес и размера на сумата, подлежаща на отпускане.

Чл. 19. Всеки заявител може да получи достъп до протокола на Комисията и становището по неговата индивидуална преписка.

Чл. 20. Предложението със списъка на одобрените кандидати, както и размера на сумата, подлежаща на отпускане се представя на Кмета на общината за утвърждаване.

Чл. 21. Одобрената парична сума се отпуска в рамките на съответната бюджетна година след влизане в сила на решението на Общински съвет – Силистра, с което се приема бюджетът на община Силистра, след получаване и отчитане на първичен счетоводен документ и медицински документ за издадено разрешение за извършване на медицински дейности, свързани с репродуктивното здраве.

Чл. 22. При настъпване на бременност, подпомогнатите лица са длъжни да предоставят информация на комисията, която ще бъде основа за стратегическо проучване и данни.

## **ГЛАВА ЧЕТВЪРТА**

### **КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

Чл. 23. Членовете на комисията, лицата по чл.12 от настоящия правилник, както и служителите на общинската администрация нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

### **ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ**

§ 1. Настоящия Правилник е приет на заседание на Общински съвет - Силистра с Решение № \_\_\_\_\_, взето с Протокол № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

§ 2. Правилникът влиза в сила от влизането в сила на Решението на Общински съвет – Силистра за неговото приемане.

§ 3. Измененията и допълненията на правилника се приемат от Общински съвет – Силистра.

§ 4. Изпълнението на Правилника се възлага на Председателя на Комисията по чл.7 от този Правилник.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**  
**КЪМ ПРАВИЛНИК ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ**  
**С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЩИНА СИЛИСТРА**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**  
Към чл. 7, т. 1 от Правилника

**ДО**  
**д-р ЮЛИЯН НАЙДЕНОВ**  
**КМЕТ НА ОБЩИНА СИЛИСТРА**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

От .....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

Живуш/Настоящ адрес/Адрес за кореспонденция

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

Семейно положение.....

Гражданство.....

Телефон за контакт.....

e- mail: .....

**УВАЖАЕМИ д-р НАЙДЕНОВ,**

Моля да ми бъдат отпуснати финансови средства, съгласно Правилника за финансово подпомагане на семейства и двойки с репродуктивни проблеми на територията на община Силистра в размер на.....лв.(.....)

/сумата словом/

за следните дейности:

.....  
.....  
.....

В .....

/Наименование на избраното от заявителя лечебно заведение/



Прилагам следните документи:

( отбележете със знак X в квадратчето пред номера наличието на документа)

1. Копие на лична карта, заверено с гриф „вярно с оригинала“;
2. Копие на Удостоверение за сключен граждански брак, заверено с гриф „Вярно с оригинала” или декларация от партньорите при фактическо съжителство ( Приложение 2) ;
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния съпруг /партньор/ ( Приложение 3);
4. Декларация от заявителката, че не е поставена под запрещение (Приложение 4);
5. Декларация от съпруга /партньора/ на заявителката, че не е поставен под запрещение (Приложение 4);
6. Декларация от заявителката за съгласие за обработване, използване и съхранение на личните данни (Приложение 5);
7. Декларация от съпруга /партньора/ на заявителката за съгласие за обработване, използване и съхранение на личните данни (Приложение 5);
8. Свидетелство за съдимост;
9. Удостоверение за наличието или липса на задължения към Община Силистра;
10. Удостоверение от Териториална дирекция Асеновград към Национална агенция за приходите за непрекъснати здравноосигурителни права;
11. Медицинска документация, включваща:
  - 11.1. етапни епикризи,
  - 11.2. документи за извършване на един или повече от следните методи: ХСГ и/или лапароскопия и/или лапаротомия, като ехографското изследване не е доказателствен метод,
  - 11.3. документи за извършване на два или повече спермални анализа, последният от които е извършен преди не повече от 6 месеца преди подаване на заявлението. Ползват се критериите на Световната здравна организация /СЗО/ за нормоспермия, като е желателно поне едно от изследванията да е с морфология, оценена по критериите на Крюгер,
  - 11.4. при липса на овулация поради LUFS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки,
  - 11.5. при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации.
12. разходооправдателни документи.
13. други документи /избройте ги/

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Подпис:  
.....

Дата.....  
гр.....

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

2.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

ДЕКЛАРИРАМЕ, че сме партньори и живеем на съпругески начала.

Известно ни е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларатор 1:

.....

/Подпис и трите имена/

Декларатор 2:

.....

/Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр.....

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

2.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

ДЕКЛАРИРАМЕ, че не сме в кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен помежду си.

Известно ни е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларатор 1:

.....

/Подпис и трите имена/

Декларатор 2:

.....

/Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр.....

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата:

.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен/а под запрещение.

Известно ми е, че за деклариране на неверни данни, нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Декларатор:

.....

/Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр.....

## ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата:

.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта № .....

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап.....

Община ..... Област .....

ДЕКЛАРИРАМ , че съм съгласен/на членовете на Комисията по чл. 9а от Правилника за финансово подпомагане на процедури и дейности по асистирана репродукция и лица, живеещи на съпругески начала, с репродуктивни проблеми на територията на Община Силистра да обработват, използват и съхраняват личните ми данни, съгласно изискванията на Закона за защита на личните данни, които предоставям във връзка с получаване на финансова помощ.

Декларатор:

.....

/Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр.....