



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул.”С.Велики” № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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

ЮЛИ 2020 г.



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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: No 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 – Х : 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);



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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) тестикуларна 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. ембриоредукция;

5. овоцитна донация;

6. ембриодонация;

7. 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.



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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. Всеки от кандидатите трябва да е пълнолетен.

4. Да няма поставени под запрещение.

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

6. Да няма кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор.

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



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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 за отпускане на финансова помощ.

(1) Документи, които се представят от кандидатите:

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

2. Копие от личната карта, заверено с гриф „Вярно с оригинала“ на заявителя и съпруга (партньора) на заявителя;

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 заявителя и нейния партньор по образец (Приложение 3);

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

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

7. Декларация за предоставяне на информация, съгласно чл. 21 (Приложение 6)

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 от 2 или повече спермални анализа /извършени в 2 различни центъра/, последния, от които да е направен не повече от 6



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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 вътрематочни инсеминации;

9. Първични разходооправдателни документи.

10. Документ, удостоверяващ наличие на банкова сметка на заявителя /в случай на одобрение на заявлението/.

(2) Документи, които се издават служебно от Община Силистра:

1. Удостоверение за промяна на постоянен адрес и Удостоверение за промяна на настоящ адрес на заявителката и съпруга (партньора) на заявителката, обхващащи периода от последните три години.

2. Свидетелство за съдимост на заявителката и съпруга (партньора) на заявителката.

3. Документи, удостоверяващи липса/наличие на задължения към Община Силистра и данъчни задължения към Държавата;

Чл. 8. Заявленията и документите към тях се вхoдират в Деловодството на Община Силистра.

Чл. 9 Документите за финансовото подпомагане на процедурите по този Правилник се разглеждат от Комисия в състав от 9 души, сформирана със Заповед на Кмета на община Силистра, а именно:

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

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

в) Членове на Комисията – представители на Дирекция „ХД” при Община Силистра; общински съветници, представител на Фондация „Искам бебе” за гр. Силистра, специалист АГ, юрист.

Чл. 10. Комисията по настоящия 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



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

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 публикува Правилника 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.

Чл. 12. Комисията заседава веднъж месечно, като се разглеждат заявленията, постъпили до 15-то число на текущия месец.

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 обикновено 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 Секретаря 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.



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

Чл. 17. Комисията разглежда персонално всяка преписка за отпускане на средства за извършване на асистирана репродукция и взема решение въз основа на комплексна оценка.

Чл. 18. (1) За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, имената на заявителя, решението на Комисията и размера на помощта, когато е налично решение за отпускане на такава. При решение за отказ за отпускане на финансова помощ, се посочват конкретните мотиви.

Протоколът се подписва от присъстващите членове на Комисията и се представя на Кмета на общината за утвърждаване.

(2) Заявителите се уведомяват за решението на Комисията по електронна поща или телефон при липса на такава.

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

Чл. 20. (1) 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 и след представяне на документи за заявяване и искане на средства от Бюджета на Община Силистра по СФУК на Община Силистра, придружени от копие на заявлението на кандидата, копие на протокола на Комисията по чл. 9 от Правилника за финансово подпомагане на семейства и двойки с репродуктивни проблеми на територията на община Силистра, служебна бележка за банкова сметка на заявителя и оригинални разходооправдателни документи.

(2) Документите по ал. 1 се комплектоват и подават в счетоводството на община Силистра от Секретаря на Комисията.

Чл.21. При успешно приключила бременност, подпомогнатите лица са длъжни да предоставят информация на Комисията, която ще бъде основа за стратегическо проучване и данни – епикриза от раждане.



ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – СИЛИСТРА

гр.Силистра, ул."С.Велики" № 16 ☎ 086/821015
e-mail: obs@silistra.bg

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ

Чл. 22. Членовете на Комисията по чл. 9 и лицата по чл. 14 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 № 299, взето с Протокол № 10 от 30.07.2020 г.

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

§ 3. Изменения и допълнения на Правилника се приемат от Общински съвет – Силистра.

§ 4. Изпълнението на Правилника се възлага на Председателя на Комисията по чл. 9 от този Правилник.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ-СИЛИСТРА:**

/д-р МАРИЯ ДИМИТРОВА/



ОБЩИНА СИЛИСТРА

✉ ул. "Симеон Велики" № 33
7500 Силистра

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

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

**ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СИЛИСТРА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ

.....
/име, презиме, фамилия/

Гражданство.....

ЕГН..... Лична карта №

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

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

Община Област

Настоящ адрес/Адрес за кореспонденция

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

Община Област

Телефон за контакт..... e-mail:

УВАЖАЕМА/И Г-ЖО / Г-Н КМЕТ,

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 налв.
(.....)

/сумата словом/

за следните дейности:

.....

В

...

/Наименование на избраното от заявителя лечебно заведение/

Прилагам следните документи:

1. Заявление по образец, изготвен от Комисията по настоящия Правилник (Приложение 1);
2. Копие от личната карта, заверено с гриф „Вярно с оригинала“ на заявителката и съпруга (партньора) на заявителката;
3. Копие от Удостоверение за сключен граждански брак, заверено с гриф „Вярно с оригинала“, а за двойките във фактическо съжителство – Декларация (Приложение 2);
4. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор по образец (Прил. 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 (Прил. 5);
7. Декларация за предоставяне на информация, съгласно чл. 21 (Приложение 6)
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 от 2 или повече спермални анализа /извършени в 2 различни центъра/, последния, от които да е направен 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 вътрематочни инсеминации;
9. Първични разходооправдателни документи.
10. Документ, удостоверяващ наличие на банкова сметка на заявителя /в случай на одобрение на заявлението/.
11. други документи /избрийте ги/

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

Декларатор:

.....
/Подпис и трите имена/

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаните:

1.....
/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта №

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр./с.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап....

Община Област

2.....
/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта №

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр./с.....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./с.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап....

Община Област

2.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта №

Издадена от..... на.....

Постоянен адрес:

гр./с.....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./с.....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./с.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап....

Община Област

ДЕКЛАРИРАМ , че съм съгласен/на членовете на Комисията по чл. 9 от Правилника за финансово подпомагане на семейства и двойки 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.....

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписаният/ата:

.....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН..... Лична карта №

Издадена

от.....на.....

Постоянен адрес:

гр./с.....ул.....№.....Бл.....ет.....ап....

Община Област

ДЕКЛАРИРАМ, че при успешно приключила бременност, се задължавам да предоставя информация /епикриза от раждане/ на Комисията по чл. 9 от Правилника за финансово подпомагане на семейства и двойки с репродуктивни проблеми на територията на община Силистра, която ще бъде основа за стратегическо проучване и данни.

Декларатор:

.....

/Подпис и трите имена/

Дата:.....

Гр.....