ПРОЕКТ!

О Б Щ И Н С К И С Ъ В Е Т - П Р О В А Д И Я

Н А Р Е Д Б А

за

финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица,
живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми
на територията на община Провадия

ГЛАВА ПЪРВА
ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1. С тази Наредба се определя реда, условията и процедурата за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми, с постоянен и настоящ адрес на територията на община Провадия със средства, предвидени в бюджета на Общината.

Чл.2. Средствата, предвидени за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие, се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община Провадия по предложение на Постоянна Комисия за отпускане на помощи на граждани с неотложни нужди към Общински съвет – Провадия, наричана по-нататък за краткост „Комисията“.

Чл.3. (1) Със средства, предвидени с бюджета на Община Провадия, се финансират лица с доказан стерилитет (мъжки и/или женски фактор), лечим преди всичко с методите на Асистирани Репродуктивни Технологии (АРТ), при наличие на следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;

2. Ендометриоза, въз основа на епикриза от оперативна интервенция, в която е посочена диагноза ендометриоза;

3. Тубарен стерилитет при жената /МКБ-Х: N97.1/, доказан лапароскопски чрез общоприетите начини за поставяне на диагнозата „тубарен стерилитет” - лапароскопия, лапаротомия или хистеросалпингография:

- липса на маточни тръби двустранно (оперативно отстранени);
- едностранна липса с контралатериална непроходимост или стеноза;
- двустранна непроходимост на маточните тръби (вкл.след стерилизация);
- едностранна непроходимост с контралатериална стеноза;;
- двустранна интерстициална или истмична стеноза;
- състояние след пластика на маточни тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение, че не е настъпвала вътрематочна бременност за жени под 35 - годишна възраст и 6 месеца за жени над 35 – годишна възраст;

4. Стерилитет при жената, свързан с липсата на овулация поради LUFS;

5. Стерилитет, свързан с мъжки фактор (МКБ-Х: N97.4), доказан чрез изследване на семенна течност (спермограма), извършено в срок до една година преди датата на кандидатстване:

а) азооспермия, при хистологични данни за наличие на сперматогенеза;

б) олиго- и/или астено-, и/или тератозооспермия, налагаща АРТ чрез IVF или ICSI с поне два от следните параметри:

в) обем на еякулата < 1,3 ml;

г) концентрация на сперматозоидите < 35 милиона/ml;

д) сперматозоиди с добра подвижност < 29 % (grade 1 - 2);

е) сперматозоиди с добра морфология < 3,9 %;

ж) наличие на спермоантитела при мъжа и/или жената;

6. Доказано моногенно генетично заболяване или доказана балансирана хромозомна мутация при поне един от партньорите;

7. Доказано онкологично заболяване при жената.

(2) . Със средства, предвидени с бюджета на Община Провадия се финансират:

1. АРТ процедури, със собствен и/или донорски генетичен материал, както и всички предшестващи, съпътстващи и последващи процедурите лекарствени препарати (включително и имуномодулаторите), описани в медицинската документация;

2. Медицински процедури, манипулации и операции при жената; изследвания

(включително: имунологични и генетични) и биопсии (включително и имунологичните) при жената и/или при мъжа - предшестващи, съпътстващи и последващи АРТ процедурите;

3. Лекарствени продукти (предшестващи, съпътстващи и последващи АРТ процедурите), назначени от лекуващия лекар на рецептурна бланка.

(3). Кандидатстването за финансово подпомагане за инвитро процедури на лица, двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Провадия със средства, предвидени в бюджета на Общината, е за един опит в рамките на текущата година и не ограничава правото и възможността за кандидатстване за финансово подпомагане от Център „Фонд за асистирана репродукция”;

(4). Средствата, отпуснати на семействата и лицата, живеещи на семейни начала за финансово подпомагане, са в размер до **6000 лв. (шест хиляди лева)** на двойка, като:

(5). Със сума до **1500** лева/евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Република България/ се финансират двойки за:

- Изследвания и манипулации, които не подлежат на финансиране съгласно правилата на ЦАР при двойки, одобрени за асистирана репродукция от ЦАР или подлежащи на кандидатстване и/или

одобрение от ЦАР;

- **Вътрематочни инсеминации** и свързаните с тях изследвания, манипулации, лекарствени средства, хранителни добавки и др.

(6). Със сума до **1500 лева** /евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Република България*/ **се финансират двойки за:**

- Изследвания, манипулации и/или ин витро процедури със собствен генетичен материал при двойки, **които са изразходили опитите си за ин витро процедури,** финансирани от ЦАР, съгласно нормативните изисквания, като предоставят в пълен обем медицинска документация за тези опити (етапни епикризи, копия на заповеди от ЦАР).

- Изследвания, манипулации и/или ин витро процедури със собствен генетичен материал извършени на двойки, **които не отговарят на условията за кандидатстване за финансиране от ЦАР.**

(7). Със сума до **3 000** лева /евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Република България/ се финансират **се финансират двойки за:**

- Изследвания, манипулации и/или ин витро процедури двойки, които са показани за ин витро процедура с **донорски генетичен материал** (яйцеклетка, сперматозоиди или ембрион).

(8). Заявленията ще се одобряват до изчерпване на заложените в бюджета на Общината средства за съответната календарна година.

(9). Лекарствените продукти, финансирани със средства по тази Наредба, следва да отговарят на изискванията на Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

ГЛАВА ВТОРА
КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА НУЖДАЕЩИ СЕ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ДЕЙНОСТИ ПО АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ ПРИ ЛИЦА С БЕЗПЛОДИЕ, ЛЕЧИМО ПРЕДИ ВСИЧКО С МЕТОДИТЕ НА АРТ. ДОКУМЕНТИ, ДОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ

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

1. Да са само български граждани, притежаващи постоянен и настоящ адрес на територията на

община Провадия през последните три години. При двойките във фактическо съжителство и при семействата на това условие следва да отговаря поне единият от кандидатите;

2. Да нямат задължения към Община Провадия;

3. Да са здравно осигурени;

4. Да не са поставени под запрещение;

5. Да са семейства или лица, живеещи на семейни начала, което се удостоверява с копие от удостоверение за сключен граждански брак, а при двойките, които са във фактическо съжителство - с Декларация по Образец (**Приложение № 2**);

6. Да е налице доказан стерилитет, независимо с женски и/или с мъжки фактор - удостоверяването се извършва с медицински документи:

Етапни епикризи/епикризи, медицински картони, служебни бележки/удостоверения от клиниките, с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации. При нужда комисията може да изисква и допълнителни документи и данни от медицинските заведения, както и да извършва проверки и запитвания;

7. Всеки от кандидатите да е завършил минимум средно образование;

8. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на Наредба № 28 на Министерството на здравеопазването:

<u>Възрастови ограничения според Наредба № 28 на Министерство на здравеопазването</u>

Ин витро със собствени яйцеклетки:

- Жени над 43 години се считат за в напреднала репродуктивна възраст; о Тези жени могат да се подложат на ин витро процедури със собствени яйцеклетки, но само след преценка на лекуващия екип и при наличие на медицински показания;

Инсеминация с донорска сперма:

- Жени над 45 години могат да бъдат подложени на инсеминация с донорска сперма, но само след медицинска преценка;

Ин витро с донорски яйцеклетки:

- Жени над 51 години не могат да бъдат подложени на ин витро процедури с донорски яйцеклетки;

Чл.5. Одобреното финансиране може да бъде използвано в срок до една година от датата на издаване на решението за отпускане на средствата;

ГЛАВА ТРЕТА
ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

Чл.6. (1) Заявленията за финансово подпомагане на процедурите по настоящата Наредба се изготвят по **Приложение № 1** и се придружават от:

1. Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „Вярно с оригинала";

2. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по съребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор по **Приложение № 3;**

3. Декларация от съпруга (партньора) на заявителката, че не е поставен под запрещение по **Приложение № 4**;

4. Документи, издадени от съответния компетентен орган, удостоверяващи обстоятелства във връзка с чл. 4, т. 3;

5. Удостоверението по чл. 4, т. 2 се прилага служебно;

6. Медицинска документация, удостоверяваща наличие на индикации, като например:

- етапни епикризи/епикризи, медицински картони, служебни бележки/удостоверения от клиниките, с отразяване факта на лечението на пациента при тях и извършените манипулации и др.;

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

- 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.

- при липса на овулация поради LUFS - документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;

- при неизяснен стерилитет - данни за безплодие в период поне две години, лекувано чрез конвенционални методи, вкл. с реализирани поне два цикъла с вътрематочни инсеминации;

(2) Заявленията се депозират в деловодството на Общински съвет – Провадия, находящо се в административната сграда на Община Провадия с адрес: гр. Провадия, ул. „Дунав" № 39.

(3) Заявленията се разглеждат и одобряват от Комисията.

(4) Заявленията се разглеждат по реда на тяхното постъпване, като предимство имат кандидати,

които не са ползвали средства за финансово подпомагане на процедури „ин витро” от бюджета на Община Провадия, предмет на Наредбата.

Чл.7. Комисията осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си:

(1) Разглежда на свои заседания всяко постъпило Заявление и излиза с предложение за отпускане или отказ на еднократната финансова помощ или уведомява лицето за липсата на някои от изискуемите документи или информация;

(2) Предложението по ал. 1 се представя на Общински съвет – Провадия за гласуване на решение за отпускане на помощта или отказ.

Чл.8. Срокът за разглеждане на заявлението/заявленията е до 1 месец от депозирането им.

Чл.9. По преценка и при необходимост, в работата на комисията могат да участват и медицински специалисти, с призната специалност „акушерство и гинекология" и по възможност с допълнителна квалификация или опит в областта на асистираната репродукция или стерилитета.

Чл.10. При непълноти или неясноти в подадените документи, комисията уведомява кандидатите в седемдневен срок от заседанието си, като им дава конкретен срок (не по - голям от месец) за попълване на празнотите или корекции.

Чл.11. Комисията взима решение по всяко подадено заявление.

Чл.12. (1). За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа решенията по всяко разгледано заявление.

(2). Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията.

(3). Протоколът отразява персоналното решение, касаещо лицето, постоянния адрес и размера на отпуснатата сума.

Чл.13. Одобрените кандидати, както и размерът на отпуснатата сума, се одобрява от Общински съвет – Провадия след внесено предложение за решение от Председателя на комисията.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА
КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ

Чл.14. Членовете на комисията, както и служителите на общинската администрация, нямат право да разгласяват факти и обстоятелства, които са им станали известни в хода на тяхната дейност.

Чл.15. (1). Паричната сума, одобрена по чл. 3, ал. 5, ал. 6 и ал. 7 се изплаща до една година от датата на получаване на заповедта на кмета на общината за изплащане на средствата след

предоставяне на счетоводни документи и медицинска документация от лечебното заведение, получило разрешение по чл. 131, ал. 1 от Закона за здравето, по реда на Закона за лечебните заведения или Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина;

(2) . Заявителят предоставя оригинали на счетоводните документи, съдържащи описание и стойност на извършените дейности, медицински изследвания, лекарствени продукти, рецепти от лекуващия репродуктивната клиника, придружени със съответната медицинска документация в Община Провадия;

(3) . Дейностите по ал. 1 се заплащат чрез банков превод по посочена банкова сметка на заявителя.

ГЛАВА ПЕТА
ПРЕХОДНИ И ЗАКЛЮЧИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. Настоящата Наредба за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие на семейства и лица, живеещи на семейни начала с репродуктивни проблеми на територията на община Провадия се издава на основание чл. 21, ал. 2 от ЗМСМА.

§ 2. Изпълнението на настоящата Наредба се възлага на кмета на община Провадия.

§ 3. Настоящата Наредба е приета с Решение № …… от Протокол № …….. на Общински съвет – Провадия и влиза в сила от изтичането на законоустановения срок.

§ 4. Превалутирането на посочените в наредбата размери на глоби от левове в евро се извършва при прилагане на правилата за превалутиране по чл. 12 от Закона за въвеждане на еврото в Република България (ЗВЕРБ) и за закръгляне по чл. 13 от ЗВЕРБ.

ПРОЕКТ!

ДО **ПРИЛОЖЕНИЕ № 1**
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА
ОБЩИНСКИ СЪВЕТ - ПРОВАДИЯ

З А Я В Л Е Н И Е

1. От.....

(трите имена)

ЕГН: .....
постоянен адрес : общ. Провадия, гр. /с/.....,

ул./ж.к.,,..... " , № ..... ,бл..... вх ,,.....",

ет ....., ап ....., телефон за контакт и email .....

2. От.....

(трите имена)

ЕГН: .....
постоянен адрес : общ. Провадия, гр. /с/.....,

ул./ж.к.,,..... " , № ..... ,бл..... вх ,,.....",

ет ....., ап ....., телефон за контакт и email .....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,

Моля да ни бъде отпусната сума в размер на:

- 1500 лв. /евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Република България*/ **за изследвания и манипулации, които не подлежат на финансиране, съгласно правилата на ЦАР при двойки, одобрени за асистирана репродукция от ЦАР или подлежащи на кандидатстване и/или одобрение от ЦАР;**

- вътрематочни инсеминации и свързаните с тях изследвания, манипулации, лекарствени средства, хранителни добавки и др.;

- 1500 лв. /евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Република България*/ **за изследвания, манипулации и/или инвитро процедура със собствен генетичен материал** при двойки, **които са изразходили опитите си за ин витро процедури финансирани от ЦАР,** съгласно нормативните изисквания, като предоставят в пълен обем медицинска документация за тези опити (етапни епикризи, копия на заповеди от ЦАР).

- изследвания, манипулации и/или ин витро процедури със собствен генетичен материал извършени на двойки, които не отговарят на условията за кандидатстване за финансиране от ЦАР.

- 3000 лв. /евровата равностойност, след въвеждане на еврото, като официална валута в Репулика България*/ **за изследвания, манипулации и ин-витро процедури по донорска програма.**

<u>Прилагам следните документи:</u>

1. Копие на лична карта;
2. Декларация от партньора при фактическо съжителство, ако е приложимо (Приложение №2);
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство (Приложение №3);
4. Декларация от съпруга или партньора, че не е поставен под запрещение (Приложение №4);
5. Медицинска документация;
6. Копие на диплом за завършена степен на образование;
7. Документ, удостоверяващ номера на банковата сметка, заверен от съответната банка.

Информирани сме, че личните ни данни се обработват за целите на административното обслужване.

*** Съгласно разпоредбите на *Закона за въвеждане на еврото в Република България.***

Дата**: ……**

С уважение:

1 . _____

/име и фамилия, подпис/

2. _____

/име и фамилия, подпис/

ПРОЕКТ!

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – ПРОВАДИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

Д Е К Л А Р А Ц И Я

Долуподписаните:

……., ЕГН……
/трите имена/

и

……., ЕГН……
/трите имена/

Д Е К Л А Р И Р А М Е,

че сме партньори и живеем във фактическо съпружеско съжителство.

Дата: …… …….
/трите имена и подпис/

…….
/трите имена и подпис/

ПРОЕКТ!

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – ПРОВАДИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

Д Е К Л А Р А Ц И Я

Долуподписаните:

……., ЕГН……
/трите имена/

и

……., ЕГН:..……
/трите имена/

Д Е К Л А Р И Р А М Е,

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

Дата: …… …….
/трите имена и подпис/

……..
/трите имена и подпис/

ПРОЕКТ!

ДО
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ
НА ОБЩИНСКИ СЪВЕТ – ПРОВАДИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

Д Е К Л А Р А Ц И Я

Долуподписаният:

……., ЕГН:……
/трите имена/

Д Е К Л А Р И Р А М,

че ***НЕ*** съм поставен/а под запрещение.

Дата: …… ……
/трите имена и подпис/