

ПРАВИЛНИК ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА ПРОЦЕДУРИ „ИН ВИТРО” НА ЛИЦА, ДВОЙКИ И СЕМЕЙСТВА С РЕПРОДУКТИВНИ ПРОБЛЕМИ

(Правилникът е приет с Решение № XI-14/13.08.2020г. на Общински съвет – Ямбол и влиза в сила от 26.08.2020г.)

ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

Чл.1. С Правилника се определят реда, условията и процедурата за финансово подпомагане на процедури „ин витро” на лица, двойки, съжителстващи на семейни начала и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Ямбол, със средства, предвидени в Бюджета на Община Ямбол.

Чл.2. Средствата, предвидени за финансово подпомагане на процедурите „ин витро” се гласуват всяка календарна година с Бюджета на Община Ямбол, по предложение на комисията по този правилник.

Чл.3. (1). Със средства, предвидени с Бюджета на Община Ямбол, 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 епидидимални биопсии /TeSE, PESA, MESA/

(2). Със средства, предвидени с Бюджета на Община Ямбол, не се финансират следните изследвания:

а/ микробиологични,

б/ спермален анализ,

в/ за трансмисивни инфекции,

г/ кръвнорупова принадлежност и резус фактор,

д/ хормонални-преди КОХС,

е/ на кръвни картини, биохимия и хемостаза преди КОХС,

ж/ други специфични изследвания /генетични, имунологични и др./,

з/ индукция на овулацията и/или КОХС с кломитен цитрат и др. CEPМ,

и/ ембриоредукция,

й/ предимплантационна генетична диагностика или скрининг /PGD/PGS/,

к/ овоцитна донация,

л/ ембриодонация,

м/ GIFT, ZIFT и др. подобни.

(3). Със средства, предвидени с бюджета на Община Ямбол, се финансират двойки с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ чрез ин-витро оплождане, които не са одобрени за финансово подпомагане от други фондове, при наличие на следните индикации:

1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология;

2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието;

3. Тубарен стерилитет при жената /МКБ-Х: № 97.1/, доказан лапароскопски:

а/ липса на маточни тръби двустранно /оперативно отстранени/,

б/ едностранна липса 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 маточни тръби, най-малко 12 месеца след пластика, при положение че не е настъпвала втрематочна бременност;

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

5. Стерилитет, свързан с мъжки фактор /МКБ-Х: №97.4/;

ГЛАВА ВТОРА ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОГАМАНЕ

Чл.4. (1) Постъпилите искания за финансово подпомагане на процедурите по този правилник се разглеждат и одобряват от комисия в състав, определен със Заповед на Кмета на Община Ямбол.

(2) Постъпилите искания за финансово подпомагане на процедури по този Правилник, се разглеждат и одобряват от комисия, която се състои от 7 члена: Председател – зам.-кмет на Община Ямбол, Секретар – длъжностно лице от общинска администрация, Председател на ПК „ЗДСИ“ към ОБС – Ямбол и членове двама общински съветници от ОБС – Ямбол по предложение на Председателя на ОБС - Ямбол, член от отдел „Бюджет, човешки ресурси и бюджетно счетоводство“ и член от отдел „Хуманитарни дейности“.

Чл.5. Комисията по този правилник разглежда и одобрява Заявленията за финансово подпомагане на български граждани /лица, фактически съжителстващи двойки и семейства/, живущи на територията на Община Ямбол, за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ чрез ин-витро оплождане.

Чл.6. Комисията обявява на сайта на Община Ямбол критериите, вида, срока и мястото за прием на документи.

Чл.7. Председателят на комисията, предварително обявява часа, мястото и графика на заседанията на комисията. Заинтересованите страни се уведомяват писмено. Срокът за обявяване на първото заседание не следва да бъде по-голям от един месец от изтичане на срока за прием на документи, при условие, че извънредни обстоятелства не налагат отлагането му.

Чл.8.(1) Заседанията на комисията във връзка с финансовото подпомагане на „ин витро“ процедури 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 вземат с обикновено мнозинство от присъстващите, при явно гласуване.

Чл.9.(1) С цел подпомагане дейността на комисията, по преценка на председателят на Комисията, в заседанията ѝ могат да участват представители на юридически лица с нестопанска цел, защитаващи правата на пациентите в областта на асистираната репродукция.

(2) По 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.10.(1) За всеки от кандидатите се изготвя преписка по заявленията, включени в дневния ред на заседанието.

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

(3) Заявлението по ал.1 се изготвя по образец и се придружава от:

а/ Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“;

б/ Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор по образец;

в/ Декларация от съпруга /партньора/ на заявителката, че не е поставен под запрещение;

г/ Декларация за съгласие за обработване на лични данни по образец;

д/ Медицинска документация, удостоверяваща наличие на индикации, като например:

аа/ етапни епикризи;

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

вв/ 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;

гг/ при липса на овулация поради LUFT, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;

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

ее/ документ, удостоверяващ наличие на поне един неуспешен опит за асистирана репродукция.

Чл.11. При непълноти или неясноти в подадените документи, комисията уведомява кандидатите в тридневен срок от заседанието си, като им дава конкретен срок /не по-голям от месец/ за попълване на празнотите или корекциите.

Чл.12. Комисията взема решение по всяка преписка, която съдържа предложение за одобряване или неодобряване на заявителя/ заявителите за отпускане на средства за извършване на асистирана репродукция.

Чл.13.(1). За всяко заседание се изготвя протокол, който съдържа разгледаните заявления, решението по чл.12 и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията.

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

Чл.14. Всеки заявител може да получи достъп до протоколите на комисията в собственото си досие, както и взетите решения.

Чл.15. В седемдневен срок след последното разглеждане на всяко заявление, комисията писмено уведомява кандидатите за взетото решение.

Чл.16. Одобрените кандидати, както и размерът на отпуснатата сума се свежда до знанието на Кмета на Община Ямбол и Отдел „Бюджет, човешки ресурси и бюджетно счетоводство” с докладна записка, изготвена от председателя на комисията.

Чл.17. При настъпване на бременност, подпомогнатите лица са длъжни да предоставят информация на комисията, като поставяне на основа за статистическо проучване и данни.

ГЛАВА ТРЕТА

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

Чл.18. Комисията приема следните 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:

а/ Да са български граждани, притежаващи адресна регистрация в Община Ямбол и жители на Община Ямбол през последните три години;

б/ Да са здравно осигурени;

в/ Да нямат данъчни задължения към Община Ямбол;

г/ Удостоверяване на статуса на лицата или двойките: при семейните – с копие от удостоверение за сключен граждански брак; при двойките, които са във фактическо съжителство с нарочна декларация; при лица, извън посочените по-горе, с доказан инфертилитет, избрали клиници, предлагащи АРТ процедури по донорски програми – с писмена декларация в свободен текст;

д/ Да е налице доказан стерилитет /независимо с женски и/или с мъжки фактор/, лечим единствено с методите на АРТ и по-конкретно IVF или ICSI. Удостоверяването се извършва с медицински документи: етапни епикризи, медицински картони, стимулационни протоколи, удостоверения от клиници 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;

е/ Да е налице поне един неуспешен опит за асистирана репродукция.

Чл.19. (1) Кандидатстването за финансово подпомагане за „ин витро” процедури на лица, двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Ямбол, 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”.

(2) В рамките на една бюджетна година се допуска повече от един опит, при условие, че предвидените в бюджета на Общината средства са неизразходвани и липсват кандидати за първи опит в рамките на тази година.

(3) В случай на повторно кандидатстване за финансово подпомагане, лицето подава само и единствено ново заявление, без да е необходимо представянето на целия набор от документи по чл. 18, с изключение на медицинската документация по чл.18, буква „г“.

Чл.20. Финансовото подпомагане за процедури по асистирана репродукция и предимплантационна генетична диагностика е в размер на 2000 лв. (две хиляди лева) на заявител. За обстоятелства, попадащи в хипотезата на чл.3, ал.3, т.5 от настоящия правилник – 500 лева.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ

Чл.21. Членовете на комисията, лицата по чл.9 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.

Чл.22. (1) Паричната сума определена с решение на Комисията се отпуска на заявителя след представяне на удостоверение за лична банкова сметка от съответната банка.

(2) Паричната сума се отпуска в рамките до един месец от гласуването ѝ на последното заседание на Комисията.

(3) Заявителите се задължават в срок от 6 месеца след провеждане на ин витро процедурата да предоставят разходно-оправдателен документ за изразходваните средства. В случай на не представен документ или такъв с по-малка стойност от одобрената, заявителите са длъжни да възстановят средствата по банковата сметка на общината. Заявителите, не изпълнили задължението си, нямат право на финансово подпомагане от Община Ямбол и сумите подлежат на събиране по съдебен ред.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ РАЗПОРЕДБИ

§1. По смисъла на този правилник :

„Предимплантационна генетична диагностика“ е прилагането на високо специализирани медицински техники върху клетка от оплодена яйцеклетка преди трансферирането ѝ в майчиния организъм.

- КОХС – Контролирана овариална хиперстимулация;
- ICSI – Интрацитоплазмена инжекция на сперматозоид
- АРТ – Асистиран репродуктивни технологии;
- ТеSE, PESA, MESA – видове биопсии;
- СЕРМ - Селективни естрогенрецепторни модулатори;
- ХСГ – Хистеросалпингография;
-
- СЗО – Световна здравна организация;

ДО

**КМЕТА НА
ОБЩИНА ЯМБОЛ**

ЗАЯВЛЕНИЕ

От /трите имена/.....

ЕГН

Лична карта №

Издадена от, на

Постоянен адрес

Адрес за кореспонденция

Телефон за контакт

e-mail

Семейно положение

Гражданство

Уважаеми г-н Кмет,
Уважаеми членове на комисията,

С настоящото заявление кандидатствам за финансова помощ по реда на чл.20 от Правилник за финансово подпомагане на процедури „ин витро“ на лица, двойки и семейства с репродуктивни проблеми.

Прилагам следните документи:

1. Копие от лична карта;
2. Копие от удостоверение за граждански брак или декларация от партньора при фактическо съжителство;
3. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство;
4. Декларация от съпруга или партньора, че не е поставен под запрещение;
5. Удостоверение за постоянен адрес, издадено от Община Ямбол;
6. Удостоверение от Териториална дирекция към Национална агенция за приходите за непрекъснати здравноосигурителни права;
7. Медицинска документация.

Дата
гр. Ямбол

Подпис

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл.10, ал.3, т.в от

Правилника за финансово подпомагане на процедури „ин витро” на лица,
двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на
Община Ямбол

Подписаният

....., ЕГН.....

ДЕКЛАРИРАМ, че не съм поставен под запрещение.

Дата
гр. Ямбол

(трите имена)
(подпис)

ДЕКЛАРАЦИЯ

На основание чл. 4, §2 и чл. 6, §3 от Регламент /ЕС/2016/679

Долуподписаният/ата

.....

(име, презиме и фамилия)

с ЕГН, притежаващ/а л.к. №, издадена от

.....

с постоянен адрес:

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ

Доброволно предоставям и давам своето съгласие Община Ямбол да обработва личните ми данни за служебно ползване.

Запознат/а съм с целите на обработване на личните ми данни.

Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за посочване на неверни данни.

Дата:

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис)

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл.10, ал.3 т.б от

Правилника за финансово подпомагане на процедури „ин витро” на лица, двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Ямбол

Подписаните:

....., ЕГН.....

и

....., ЕГН.....

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

Дата

Гр. Ямбол

(трите имена)

(трите имена)