

МЕТОДИКА

за реда и начина за предоставяне на средства от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот“

ГЛАВА ПЪРВА ОБЩИ ПОЛОЖЕНИЯ

1. С тази методика се определят 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 адрес на територията на Община Сопот, със средства, предвидени в бюджета на Община Сопот – от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот“ (Фондът).

2. Средствата, предвидени за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие се гласуват всяка календарна година с бюджета на Община Сопот, в Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот“ по предложение на Кмета на Община Сопот.

3. Със средства от Фонда, се финансират лица с безплодие, лечимо преди всичко с методите на АРТ и включително чрез ин-витро оплождане, при наличие на следните индикации:

3.1. Безплодие с неизяснена чрез конвенционалните диагностични методи етиология.

3.2. Ендометриоза, засягаща аднексите и свързана с безплодието.

3.3. Тубарен стерилитет при жената (МКБ-Х: N97.1), доказан чрез общоприетите начини за поставяне на диагнозата „тубарен стерилитет“ – лапароскопия, лапаротомия или хистеросаппингография (ХСГ):

а) липса на маточни тръби двустранно (оперативно отстранени);

б) едностранна липса с контралатериална непроходимост или стеноза;

в) двустранна непроходимост на маточните тръби (вкл. след стерилизация);

г) едностранна непроходимост с контралатериална 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.

3.4. Стерилитет при жената, свързан е липсата на овулация, поради LUFs.

3.5. Стерилитет, свързан с мъжки фактор (МКБ-Х. N97.4);

3.6. Други форми на безплодие с доказана необходимост от лечение чрез АРТ.

4. Със средства от Фонда, се финансират:

4.1. 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

4.2. АРТ методи (ин витро методики):

а) фоликулна пункция под ехографски контрол;

б) класическо ин витро оплождане;
в) оплождане чрез ICSI;
г) ин витро на естествен цикъл;
д) ин витро процедура с донорски материал;
е) криоконсервация (замразяване) на предимплатационни ембриони;
ж) ембриотрансфер, вкл. и на замразени ембриони;
з) инсеминации от партньора или дарител; и/ ин витро матурация;
й) тестикуларна и/или епидидимална биопсии (TeSE, PESA, MESA), както и имунологична биопсия.

4.2. Контрол на стимулационния процес чрез:

- а) ехографски прегледи;
- б) хормонални изследвания.

5. Със средства, предвидени от Фонда, се финансират и следните изследвания и медицински услуги и манипулации:

- а) микробиологични;
- б) спермален анализ;
- в) за трансмисивни инфекции;
- г) кръвногруппова принадлежност и резус фактор;
- д) хормонални – контроли и преди КОХС;
- е) на кръвни картини, биохимия и хемостаза преди КОХС;
- ж) други специфични изследвания (генетични, имунологични и др.);
- з) консултации и прегледи при специалисти по акушерство и гинекология и по-специално тесни специалисти, работещи в областта на репродуктивното здраве, медицинската генетика и имунология, ендокринолози, уролози, андролози и др. под;
- и) индукция на овудацията и/или КОХС с кломифен цитрат и др. СЕРМ;
- й) ембриоредукция;
- к) предимплантационна генетична диагностика или скрининг (PGD/PGS),
- л) овоцитна донация;
- м) ембриодонация;
- н) изследване за проходимост на маточните тръби - хистеросалпингография (ХСГ);
- о) GIFT, ZIFT и други подобни;
- п) имунологични вливания;
- р) гинекологични операции – лапароскопия, лапаротомия, хистероскопия, комбинирана лапаро и хистероскопия и други подобни.

6. Кандидатстването за финансово подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодието на двойки и семейства с репродуктивни проблеми, живущи на територията на Община Сопот, със средства предвидени от Фонда е за един опит в рамките на текущата година и не ограничава правото и възможността за кандидатстване за финансиране от център „Фонд за асистирана репродукция (при положение, че не се финансира една и съща процедура).

6.1. Средствата, отпуснати на семейства и двойки, живеещи на семейни начала за финансово подпомагане, са в размер до 1 500 лв. (хиляда и петстотин лева) поотделно на заявител.

6.2. Лекарствените продукти, финансирани със средства по този правилник, следва да са включени в Позитивния лекарствен списък на Р България и се осигуряват по реда на чл. 207, ал. 1, т. 5а от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

ГЛАВА ВТОРА

**КРИТЕРИИ ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ НА СЕМЕЙСТВА И ДВОЙКИ,
НА СЕМЕЙНИ НАЧАЛА, С РЕПРОДУКТИВНИ НАРУШЕНИЯ,
ПРЕОДОЛИМИ ПРЕДИ ВСИЧКИ С МЕТОДИТЕ НА АРТ. ДОКУМЕНТИ,
ДОКАЗВАЩИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЛЕЧЕНИЕ С АРТ ПРОЦЕДУРИ.**

7. 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:

7.1. Да са само български граждани, притежаващи постоянен адрес на територията на Община Сопот през последните три години. При двойките във фактическо съжителство и при семействата на това условие следва да отговаря поне единия от кандидатите;

7.2. Да нямат задължения към Община Сопот;

7.3. Да са с непрекъснати здравноосигурителни права;

7.4. Да няма поставени под запрещение или криминално проявени лица;

7.5. Да са семейства или лица, живеещи на семейни начала, което се удостоверява с копие от удостоверение за сключен граждански брак или при двойките, които са във фактическо съжителство с декларация (Приложение №2);

7.6. Да е налице доказан стерилитет (независимо с женски и/или с мъжки фактор). Удостоверяването се извършва с медицински документи: етапни епикризи, медицински картони, удостоверения от клиники 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.

7.7. Възрастта на жените, кандидатстващи за финансиране по програмата, да съответства на наредба № 28 на Министерство на здравеопазването.

7.8. При кандидатстване се подават следните документа: Заявление по образец, Копие от лична карта, Удостоверение за граждански брак или декларация за фактическо съжителство, Свидетелство за съдимост, етапна епикриза/епикриза, Удостоверения от ТД на НАП за непрекъснат здравноосигурителни права, Удостоверение за липса на задължения към Община Сопот.

ГЛАВА ТРЕТА

ПРОЦЕДУРА ЗА ФИНАНСОВО ПОДПОМАГАНЕ

8. Входящите заявления за финансово подпомагане на процедурите по тази Методика се разглеждат и одобряват от комисия, назначена със Заповед на Кмета на Общината. Комисията е в състав от 5 (пет) члена, като 1 (един) от тях е общински съветник, избран от Общински съвет – Сопот.

8.1. Заявителните документи се разглеждат по реда на тяхното постъпване, като предимство имат кандидати, които не са ползвали средства за финансово подпомагане на процедури „ин витро“ от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот“.

9. Комисията по тази Методика осъществява следните функции в изпълнение на правомощията си:

9.1. Разглежда и одобрява Заявленията, както и изготвя предложения до Кмета на Общината за финансово подпомагане на български граждани (семейства и лица, живеещи на семейни начала), с постоянен адрес на територията на Община Сопот, за извършване на дейности по асистирана репродукция при безплодие;

9.2. Дава методически указания относно процедурите по отпускане и разходване на финансовите средства по програмата за асистирана репродукция .

9.3. Общински съвет – Сопот осъществява контрол за спазване на критериите и условията за придобиване на права за ползване на средствата за извършване на дейности по асистирана репродукция.

10. Заседанията на комисията във връзка с финансовото подпомагане на изследвания и процедури, свързани с лечение на безплодие са осъществяват при присъствие на повече от половината от нейните членове.

10.1. Заседанията на комисията са закрити.

10.2. Решенията за одобряване на кандидатите за финансово подпомагане се вземат с обикновено мнозинство от присъстващите, при явно гласуване.

10.3. 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.

10.4. Средствата необходими за възнаграждения на лицата по т. 10.3. се осигуряват от бюджета на Община Сопот.

10.5. За всеки от кандидатите се изготвя преписка по заявленията, включени в заседанието на комисията, неразделна част към предложението от комисията до Кмета на Общината.

11. Заявлението се изготвя, съгласно Приложение №1 и се придружава от:

11.1. Копие на лична карта, заверено от заявителя с гриф „вярно с оригинала“;

11.2. Декларация, удостоверяваща липсата на кръвно родство по права линия и по сребрена линия до четвърта степен между заявителката и нейния партньор, съгласно Приложение №4;

11.3. Декларация от двамата съпрузи (партньори), че не са поставен под запрещение, съгласно Приложение №3;

11.4. Документи, издадени от съответния компетентен орган удостоверяващи обстоятелствата във връзка с т.7., подточки 7.2. и 7.3. Удостоверенията за наличие/липса на задължения към Община Сопот се прилагат служебно към преписката на заявителя.

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

а) 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 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;

г) при липса на овулация поради LUFSS, документи относно поне два цикъла с ехографски разчитания и снимки;

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

е) остойностен лечебен план.

12. 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 корекции.

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

13.1. За всяко заседание се изготвя Протокол със одобрените кандидати, който съдържа разгледаните заявления, решението и резултатите от гласуването. Протоколът се подписва от присъстващите членове на комисията и се предоставя на кмета за отпускане на одобрената сума.

13.2. Протоколът отразява персоналното решение касаещо лицето, постоянния адрес и размера на отпуснатата сума.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА **КОНФИДЕНЦИАЛНОСТ НА ДАННИ И ИНФОРМАЦИЯ**

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.

15. Одобрената парична сума се отпуска в рамките на съответната календарна година, след представяне на заверено от него копие на фактурата, съдържаща описание и стойност на извършените дейности, медицински изследвания, лекарствени продукти придружена със съответната медицинска документация.

15.1. Заплащането се извършва чрез банков превод в левове по посочена банкова сметка на Заявителя.

Настоящата Методика е приета с Решение №167, взето с поименно гласуване с Протокол №28 от редовно заседание на Общински съвет – Сопот, проведено на 31.05.2021 г. и влиза в сила от датата на приемането ѝ.

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СОПОТ

З А Я В Л Е Н И Е

по т.11.

от Методика за реда и начина за предоставяне на средства от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот

От _____
(трите имена)

ЕГН _____

Лична карта № _____

Издадена от _____, на _____

Постоянен адрес: _____

Настоящ адрес: _____

Адрес за кореспонденция: _____

Телефон за контакт: _____

e-mail: _____

Семейно положение: _____

Гражданство: _____

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 двамата съпрузи или партньори, че не е поставени под запрещение.
5. Удостоверение за постоянен и настоящ адрес, издадено от Община Сопот.
6. Удостоверение от ТД НАП Пловдив за непрекъснати здравноосигурителни права.
7. Удостоверение за липса на задължения към Община Сопот.
8. Копие от дипломи за завършено образование.
9. Медицинска документация (да се опишат конкретно приложените документи, изследвания и други.
10. Удостоверение за банкова сметка.

Дата:
гр.Сопот

Подпис:

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СОПОТ

ДЕКЛАРАЦИЯ

по т.7.5.

от Методика за реда и начина за предоставяне на средства от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот

ПОДПИСАНИТЕ:

1. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

и

2. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

ДЕКЛАРИРАМЕ, че сме партньори и живеем на семейни начала.

Дата:
гр.Сопот

Подпис:
1. _____
2. _____

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СОПОТ

ДЕКЛАРАЦИЯ

по т. 11.3.

от Методика за реда и начина за предоставяне на средства от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот

ПОДПИСАНИТЕ:

1. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

и

2. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

ДЕКЛАРИРАМЕ, че не сме поставени под запрещение.

Дата:
гр.Сопот

Подпис:
1. _____
2. _____

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СОПОТ

ДЕКЛАРАЦИЯ

по т.11.2.

от Методика за реда и начина за предоставяне на средства от Общински фонд „Асистирана репродукция“ на Община Сопот

ПОДПИСАНИТЕ:

1. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

и

2. от _____
(трите имена)

ЕГН _____

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

Дата:
гр.Сопот

Подпис:
1. _____
2. _____