

**Дополнительное соглашение № 1
к Тарифному соглашению
в системе обязательного медицинского страхования
на территории Мурманской области
на 2022 год**

г. Мурманск

25.02.2022

Министерство
здравоохранения
Мурманской области



Министр

Д.В. Панычев

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Мурманской области

Директор



О.В. Маган

Страховые медицинские организации:

Мурманский филиал
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

Директор



А.Н. Зарайский

Мурманский филиал
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Директор



Р.В. Москвин

Профессиональные союзы медицинских работников:

Мурманская областная
организация профсоюзов
работников здравоохранения РФ

Председатель



Ю.В. Величко

Медицинские профессиональные некоммерческие организации:

Региональная общественная
профессиональная организация
«Врачебная палата
Мурманской области»

Председатель



С.М. Агеев

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и пунктом 5 раздела XII Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2022 год (далее – Тарифное соглашение) заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

I. Предмет Соглашения

1. Внести в текст Тарифного соглашения следующие изменения:

1.1. Пункт 12 главы 2 раздела I изложить в редакции:

«12) Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619 / 00-10-26-2-06/750.».

1.2. Пункт 11 части 1 главы 3 раздела I изложить в редакции:

«11) Методические рекомендации – Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619 / 00-10-26-2-06/750;».

1.3. В части 3 главы 1 раздела II:

а) в подпункте «е» текст после слов «за исключением случаев» изложить в редакции: «лечения с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено» при оказании паллиативной медицинской помощи, а также при лечении злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей»;

б) в подпункте «ж» текст после слов «фактической длительности лечения» изложить в редакции: «в стационарных условиях день поступления и день выписки считаются как 2 дня для случаев лечения с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено» при оказании паллиативной медицинской помощи, а также при лечении злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей»;

в) в подпункте «л» число «90» заменить числом «92»;

г) подпункты «д» – «м» считать подпунктами «е» – «м» и «о» соответственно;

д) после подпункта «г» дополнить подпунктом «д» следующего содержания:

«д) случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» длительностью более 45 дней предъявляются на оплату ежемесячно, начиная с 30 дней с даты начала

лечения; каждый случай, предъявляемый к оплате, учитывается как одно обращение;»;

е) после подпункта «м» дополнить подпунктом «н» следующего содержания:

«н) случаи лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей длительностью более 30 дней предъявляются на оплату ежемесячно, начиная с 30 дней с даты госпитализации с кодом результата лечения 109 «Лечение продолжено»; для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период для которого формируется счёт;»;

ж) подпункты «а» – «о» считать пунктами 1 – 14 соответственно.

1.4. В пункте 1 части 2 главы 3 раздела II:

а) в подпункте «а»:

слова «или центре амбулаторной онкологической помощи» исключить;
слова «или стоматологической» заменить словами «либо стоматологической»;

дополнить подпункт после слов «лечащим врачом» словами «центра амбулаторной онкологической помощи.»;

б) в подпункте «д» знак «.» заменить знаком «;»;

в) подпункты «б», «в», «г» и «д» считать подпунктами «в», «д», «е» и «ж» соответственно;

г) после подпункта «а» дополнить подпунктом «б» следующего содержания:

«б) при оказании медицинской помощи в центре амбулаторной онкологической помощи в случае наличия направления, выданного лечащим врачом женской консультации, Медицинского центра «Белая Роза» либо стоматологической поликлиники (отделения, кабинета);»;

д) после подпункта «в» дополнить подпунктом «г» следующего содержания:

«г) при оказании медицинской помощи в консультативно-диагностических центрах по профилю «Терапия», «Акушерство и гинекология», «Гематология» при наличии направления, выданного лечащим врачом женской консультации;»;

е) после подпункта «ж» дополнить подпунктом «з» следующего содержания:

«з) при оказании медицинской помощи в центрах здоровья в случае самостоятельного обращения пациента».

1.5. В пункте 2 части 2 главы 3 раздела II:

а) подпункт «а» после слов «онкологической помощи» дополнить словами «, центр здоровья, исключая случаи, указанные в пункте 1 части 2 настоящей главы»;

б) подпункт «б» считать подпунктом «в»;

в) дополнить пункт после подпункта «а» подпунктом «б» следующего содержания:

«б) в случаях, указанных в пункте 1 части 2 настоящей главы, если направление выдано при отсутствии у застрахованного лица прикрепления структурным подразделением медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу;».

1.6. Часть 2 главы 3 раздела II после подпункта «в» пункта 2 дополнить пунктом 3 следующего содержания:

«3) В случаях, указанных в пункте 1 части 2 настоящей главы, при одновременном соблюдении следующих условий:

а) отсутствие у застрахованного лица прикрепления;

б) направление выдано медицинской организацией, не оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу, либо имеет место самообращение пациента;

в) помощь оказана медицинской организацией, не оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу.».

1.7. В части 3.1 главы 3 раздела II:

а) в пункте 3 слово «или» заменить словом «либо»;

б) пункт 4 после слов «врачебного и доврачебного приёма» дополнить словами «женщин 18 лет и старше»;

в) пункт 6 после слов «самостоятельного приёма» дополнить словами «, в том числе с применением выездных форм оказания медицинской помощи,»;

г) в пункте 7 слова «или направления» заменить словом «либо»;

д) пункт 8 дополнить словами «, либо лечащего врача онкологического диспансера, либо лечащего врача медицинской организации, осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором этапах»;

е) дополнить пунктом 10 следующего содержания:

«10) При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациентам с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в пределах распределённых Комиссией для медицинской организации объёмов предоставления медицинской помощи, имея ввиду обращения по заболеванию, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в целях финансового обеспечения расходных обязательств субъектов Российской Федерации и г. Байконура по предоставлению межбюджетных трансфертов бюджету соответствующего территориального фонда обязательного

медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в том числе с заболеванием и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.».

1.8. В части 3.2 главы 3 раздела II:

а) пункт 1 дополнить словами «, в случае наличия направления лечащего врача медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по территориально-участковому принципу»;

б) пункт 2 после слов «онкологического диспансера дополнить словами «, а при проведении компьютерной томографии лицевого отдела черепа в случаях диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, травмы челюстно-лицевой области либо сложных диагностических ситуациях также по направлению лечащего врача стоматологической поликлиники (отделения, кабинета)»;

в) в пункте 7 слово «или» заменить словами «либо лечащего врача».

1.9. Текст части 4 главы 3 раздела II дополнить словами «с учётом их соответствия Требованиям».

1.10. Абзац пятый части 6.3 главы 3 раздела II после слов «норматива финансирования,» дополнить словами «в том числе отдельных диагностических (лабораторных) исследований, подлежащих оплате за единицу объёма медицинской помощи в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС,».

1.11. В части 6.4 главы 3 раздела II:

а) в абзаце первом слова «(Ф_О_{ФАП}) определяется» заменить словами «с учётом их соответствия Требованиям (Ф_О_{ФАП}) определяется ежемесячно»;

б) в абзаце втором слова «годовой размер» заменить словами «базовый норматив»;

в) в абзаце третьем:

слова «поправочный коэффициент размера финансового обеспечения фельдшерских пунктов» заменить словами «коэффициент специфики фельдшерского пункта»;

слова «либо несоответствия» исключить;

г) в формуле 2.3.4 и по тексту обозначение «НФ_О_{ФАПn}» заменить на «БНФ_О_{ФАПn}», обозначение «ПК_Ф_О_{ФАПi}» – на «КС_Ф_{АПi}».

1.12. В части 6.4.1 главы 3 раздела II:

а) в формуле 2.3.5 знак «)» исключить;

б) абзац второй после слов «фельдшерских пунктов» дополнить словами «с учётом их соответствия Требованиям».

1.13. Подпункт «б» пункта 1 части 4.1 главы 4 раздела II изложить в редакции:

«б) перевод пациента внутри одной медицинской организации из одного отделения в другое;».

1.14. В пункте 4 части 4.1 главы 4 раздела II слова «с одного профиля койки на другой» заменить словами «из одного отделения в другое».

1.15. В пункте 5 части 4.1 главы 4 раздела II:

а) в первом и последнем абзацах слова «Оплата по двум КСГ» заменить словами «Оплата по двум и более КСГ»;

б) подпункты «е», «ж», «з» считать подпунктами «ж», «з», «и» соответственно;

в) дополнить пункт после подпункта «д» подпунктом «е» следующего содержания:

«е) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 2 дней и более при оказании медицинской помощи по следующим кодам МКБ-10:

О14.1 Тяжелая преэклампсия;

О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;»;

г) в подпункте «и» знак «.» заменить знаком «;»;

д) дополнить пункт после подпункта «и» подпунктом «к» следующего содержания:

«к) проведение диализа.»;

е) в последнем абзаце слова «по основаниям «а»-«д» заменить словами «по основаниям «а»-«к».

1.16. В пункте 9 части 4.1 главы 4 раздела II слова «за услуги диализа» заменить словами «по КСГ 0 «Диализ»».

1.17. В пункте 10 части 4.1 главы 4 раздела II слова «за услуги диализа только» заменить словами «по двум КСГ: по КСГ 0 «Диализ».

1.18. В пункте 11 части 4.1 главы 4 раздела II слова «за оказанные услуги» заменить словами «по КСГ 0 «Диализ»».

1.19. В абзаце четвертом части 5 и 6 главы 4 раздела II слова «соответствующих услуг» заменить словами: «случаев лечения по КСГ 0 «Диализ»».

1.20. В части 2.1 главы 2 раздела III:

- а) в последнем абзаце знак «.» заменить знаком «;»;
- б) дополнить часть абзацем следующего содержания:
« – на 1 обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – 34 369,18 рубля.».

1.21. В части 4.1 главы 2 раздела III:

- а) в абзаце первом слова «в соответствии с установленными ТПОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских пунктов и» исключить;
- б) в абзаце втором слова «годовой размер» заменить словами «базовый норматив»;
- в) абзац третий после слов «рубля» дополнить словами «(с учётом понижающего коэффициента в размере 0,855, применяемого к размеру финансового обеспечения фельдшерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей)»;
- г) в абзаце седьмом слова «поправочный коэффициент размера финансового обеспечения фельдшерских пунктов» заменить словами «коэффициент специфики фельдшерского пункта»;
- д) в формуле 3.3.4 и по тексту обозначение «НФО_{ФАП_п}» заменить на «БНФО_{ФАП_п}», обозначение «ПК_{ФО_ФАП_п}ⁱ» – на «КС_{ФАП_п}ⁱ».

1.22. В части 5 главы 2 раздела III подпункты «а» – «в» считать пунктами «1» – «3» соответственно.

1.23. В части 7.1 главы 2 раздела III:

- а) в формуле 3.2.9 слагаемое «(КД_{от} – 1)» заменить на «(КД_{от} × ПК – 1)»;
- б) после пятого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:
«ПК – поправочный коэффициент, применяемый в целях приведения средневзвешенного значения КД_{от} к единице;».

1.24. В части 7.1.3 главы 2 раздела III:

- а) формулу 3.2.11 изложить в редакции:
« $KD_{от} = (1 - \sum D_{отi}) + \sum (D_{отi} \times KD_{отi})$ »;
- б) предпоследний абзац удалить.

1.25. В пункте 3 таблицы 3.3.1 части 9 главы 3 раздела III слова «старше 75 лет» заменить словами «75 лет и старше».

1.26. Главу 3 раздела III дополнить частью 10 следующего содержания:
 «10. Стоимость по КСГ 0 «Диализ» определяется как суммарная стоимость услуг заместительной почечной терапии. Тарифы на услуги заместительной почечной терапии, формирующие стоимость по КСГ 0 «Диализ», приведены в приложении 3.12 к настоящему Тарифному соглашению.».

1.27. В части 4 главы 4 раздела III:

- а) в пункте 2 знак «.» заменить знаком «;»;
- б) дополнить часть пунктом 3 следующего содержания:
 «3) уровень медицинской организации».

1.28. В части 6 главы 4 раздела III:

а) формулу 3.4.3 изложить в редакции:
 « $ДПНФ_{СМП} = \text{Округл}(БПНФ_{СМП} \times (1 + (КС_{СМП} - 1) + (КДСУБ - 1) + (КДу - 1))); 2)$ »;

б) дополнить часть после пятого абзаца абзацем следующего содержания:

«КДу – коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} в зависимости от уровня медицинской организации»;

в) последний абзац исключить.

1.29. Часть 6.4 главы 4 раздела III считать частью 6.5.

1.30. Главу 4 раздела III после части 6.3 дополнить частью 6.4 следующего содержания:

«6.4. Коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} в зависимости от уровня медицинской организации (КДу) является единым для медицинских организаций одного уровня (подуровня).

КДу устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.».

1.31. В части 8 главы 4 раздела III:

а) формулу 3.4.8 изложить в редакции:
 « $Т_{СМП} = \text{Округл}(\text{Баз}Т_{СМП} \times (1 + (КС_{СМП} - 1) + (КДСУБ - 1) + (КДу - 1))); 2)$ »;

б) в пятом абзаце знак «.» заменить знаком «;»;

в) дополнить часть после пятого абзаца абзацем следующего содержания:

«КДу – коэффициент дифференциации БазТ_{СМП} в зависимости от уровня медицинской организации.».

1.32. Части 8.4 и 8.5 главы 4 раздела III считать частями 8.5 и 8.6 соответственно.

1.33. Главу 4 раздела III после части 8.3 дополнить частью 8.4 следующего содержания:

«8.4. Коэффициент дифференциации БПНФ_{СМП} в зависимости от уровня медицинской организации (КД_у) является единым для медицинских организаций одного уровня (подуровня).

КД_у устанавливается для всех медицинских организаций равным 1,00000.».

1.34. В части 2 главы 2 раздела V:

а) пункты 2-5 заменить на пункты 3-6 соответственно;

б) после пункта 1 дополнить часть пунктом 2 следующего содержания:

«2) при внесении изменений в установленные объёмы предоставления медицинской помощи, влекущих необходимость внесения изменений в Тарифное соглашение для медицинских организаций, объёмы предоставления медицинской помощи по которым меняются;»;

в) в пункте 6 знак «.» заменить знаком «;»;

г) после пункта 6 дополнить пунктами 7-8 следующего содержания:

«7) при получении заключения ФФОМС о несоответствии Тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования;

8) при возникновении необходимости уточнений отдельных положений и технических правок.».

1.35. В главе 4 раздела V:

а) номер таблицы «5.1» заменить на номер «5.4.1»;

б) перечень приложений (таблица 5.4.1) после приложения 3.11 дополнить приложением 3.12 «Тарифы на услуги заместительной почечной терапии, формирующие стоимость по КСГ 0 «Диализ» при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневных стационаров».

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

2.1. В приложении 2.2:

а) наименование графы 8 изложить в редакции: «Базовый норматив финансового обеспечения ФАП (БНФО_{ФАП})»;

б) наименование графы 11 изложить в редакции: «КС_{ФАП}»

в) для фельдшерского пункта ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ», расположенного в селе Лувеньга Кандалакшского района, установить:

– коэффициент специфики ФАП (КС_{ФАП}) в размере 0,1250;

– размер финансового обеспечения ФАП – 253 434,10 рубля;

– среднегодовой размер ФО_{ФАП} – 368 087,69 рубля;

г) для фельдшерского пункта ГОБУЗ «Кольская ЦРБ», расположенного в населённом пункте Мишуково Кольского района, установить:

- коэффициент специфики ФАП ($K_{\text{ФАП}}$) в размере 0,8036;
- размер финансового обеспечения ФАП – 1 629 277,14 рубля;
- среднегодовой размер $\Phi O_{\text{ФАП}}$ – 1 653 099,95 рубля;
- д) для фельдшерского пункта ГОБУЗ «Кольская ЦРБ», расположенного в селе Минькино Кольского района, установить:
 - признак соответствия требованиям – «не соответствует»;
 - коэффициент специфики ФАП ($K_{\text{ФАП}}$) в размере 0,1250;
 - размер финансового обеспечения ФАП – 253 434,10 рубля;
 - среднегодовой размер $\Phi O_{\text{ФАП}}$ – 401 270,66 рубля;
- е) для фельдшерского пункта ГОБУЗ «Кольская ЦРБ», расположенного на железнодорожной станции Лопарская Кольского района, установить:
 - признак соответствия требованиям – «не соответствует»;
 - коэффициент специфики ФАП ($K_{\text{ФАП}}$) в размере 0,6607;
 - размер финансового обеспечения ФАП – 1 339 551, 28 рубля;
 - среднегодовой размер $\Phi O_{\text{ФАП}}$ – 1 396 878,07 рубля;

2.2. Приложение 2.3 изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему Соглашению.

2.3. В приложении 2.4:

- а) в разделе I:
 - для структурного подразделения 216 тарифы, за исключением тарифно-отчётной группы 0300000 «Эндоскопическая диагностика», исключить;
 - сноску «*» включить в графу 10 как примечание;
- б) в разделе II для структурного подразделения 216 все тарифы исключить;
- в) в разделе II для структурного подразделения 232 все тарифы исключить;
- г) в разделе III:
 - для структурного подразделения 216 тарифы по тарифно-отчётным группам 0100000 «Ультразвуковая диагностика», 0400000 «Лучевая диагностика», 0500000 «Лабораторная диагностика» 0700000 «Диагностические манипуляции» и 1900000 «Диагностика заболеваний глаз», включая все подгруппы, исключить;
 - тариф на услугу А05.10.006 «Регистрация электрокардиограммы» по графе 10 дополнить примечанием «Включая расшифровку, описание и интерпретацию электрокардиографических данных»;
 - для услуги А11.20.018 «Пункция заднего свода влагалища» в перечень структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, включить коды 151 и 152;
 - для тарифно-отчётной группы 2110010 «Патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала, не связанные с

диагностикой онкозаболеваний» единицу измерения (графа 7) заменить на «исследование»;

– внести изменения в перечень тарифов согласно приложению 2 к настоящему Соглашению;

д) в разделах II и III заменить тарифы для тарифных групп 5000000 «Методы заместительной почечной терапии» и 2020000 «Получение цитологического препарата путём пункции» соответственно согласно приложению 3 к настоящему Соглашению.

2.4. В приложении 2.5:

а) слова «в более поздний период, чем проведение» заменить словами «в отрыве от»;

б) сноски «*» и «***» включить в графу 11 как примечания;

в) для структурного подразделения «Кабинет доврачебного приёма акушерки» (код 153) в примечании (графа 11) слова «и врачебных амбулаторий» исключить;

г) внести изменения в приложение согласно приложению 4 к настоящему Соглашению;

д) внести изменения в приложение согласно приложению 5 к настоящему Соглашению.

2.5. В разделе I приложения 2.6 в перечень структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, для профилактических медицинских осмотров взрослого населения включить код 161.

2.6. В разделе I приложения 2.7:

а) для услуги В04.001.002 «Профилактический приём врача-акушера-гинеколога» для возрастной группы «взрослые» из перечня структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, код 169 исключить;

б) для I этапа профосмотров взрослого населения из перечня структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, код 215 исключить;

в) сноску «1» исключить;

г) сноску «2» считать сноской «1».

2.7. В разделе II приложения 2.7:

а) для услуг А11.20.025 «Получение соскоба с шейки матки» и А02.20.001 «Осмотр шейки матки в зеркалах» из перечня структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, код 169 исключить;

б) для услуги А12.09.001 в перечне структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, код 950 заменить на код 980;

в) для всех услуг из перечня структурных подразделений, которые могут оказывать услугу, код 215 исключить.

2.8. Приложение 3.2. изложить в редакции согласно приложению 6 к настоящему Соглашению.

2.9. В приложении 3.8:

а) коды КСГ «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)» и «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)» заменить на «st19.120» и «st19.121» соответственно;

б) в наименовании КСГ st19.090-st19.093 исключить слово «, взрослые».

2.10. В приложении 3.9. коды КСГ «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16)» и «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17)» заменить на «st19.120» и «st19.121» соответственно.

2.11. Дополнить Приложением 3.12. в редакции согласно приложению 7 к настоящему Соглашению.

2.12. Приложение 4.2 изложить в редакции согласно приложению 8 к настоящему Соглашению.

2.13. Приложение 4.3 изложить в редакции согласно приложению 9 к настоящему Соглашению.

II. Вступление в силу Соглашения

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2022, за исключением пунктов 1.16 – 1.19, 1.26, 2.11, подпункта «б» пункта 1.35, подпунктов «в» – «е» пункта 2.1, подпунктов «в» и «д» пункта 2.3 и подпункта «д» пункта 2.4, распространяющих своё действие на правоотношения, возникшие с 01.02.2022.
