**Дополнительное соглашение № 2/190-ОМС**

**к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28 декабря 2023 года № 190-ОМС**

28 марта 2024 года

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- исполняющего обязанности Министра здравоохранения Челябинской области Недочуковой Елены Сергеевны,

- заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Шеломовой Натальи Николаевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице директора Челябинского филиала Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» - заместителя директора по региональному управлению Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области Коноваленко Яны Александровны,

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «АСТРАМЕД-МС» (СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ) ФИЛИАЛ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ в лице первого заместителя директора Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- председателя Рываева Дениса Петровича,

- главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 28 декабря 2023 года № 190-ОМС (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В раздел I **«**Общие положения» внести следующие изменения:

1.1. Абзац 19 дополнить словами «от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (далее - приказ Минздрава России от 04.06.2020 № 548н),».

1.2. Абзац 25 изложить в новой редакции : «- методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации № 31-2/200, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/2778 от 19.02.2024 (далее - Методические рекомендации),».

2. В раздел II «Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области» внести следующие изменения:

2.1. Абзац 6 подпункта 1 после слова «базовый» дополнить словом «(средний)».

2.2. Подпункт 2 изложить в новой редакции:

«2) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС:

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний, при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований, компьютерной томографии, проведения исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом», проведения исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака, проведения исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО, проведения цитологических исследований микропрепарата шейки матки методом Папаниколау с целью выявления ЗНО;

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к Базовой программе ОМС, в части проведения процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях, медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии;».

2.3. В главу 1 «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

2.3.1. В пункте 1.1.1 слово «фактическому» исключить.

2.3.2. В пункте 1.1.2. слово «фактического» исключить.

2.3.3. Абзац 1 пункта 1.1.2.1 изложить в новой редакции: «Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включают в себя оплату:».

2.3.4. Абзац 1 пункта 1.1.2.2 изложить в новой редакции: «Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не включают в себя средства на:».

2.3.5. Пункт 1.1.2.5 изложить в новой редакции:

«1.1.2.5. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

, где:

ОСПНФ - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

ОСФАП **-**объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОСИССЛЕД **-**объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСНЕОТЛ **-** объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСЕО **-** объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Челябинской области лицам; комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСПО **-**объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС рублей;

ОСДИСП **-**объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации (в том числе направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), включающей профилактический медицинский осмотр в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС; дополнительных методов обследований (в том числе II этапа диспансеризации, II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации), рублей;

ОСДН **-**объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;».

2.3.6. Пункт 1.1.2.6 изложить в новой редакции:

«1.1.2.6. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц (ПНБАЗ) рассчитывается по следующей формуле:

:

- объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей;

- среднемесячная численность прикрепленного застрахованного населения, человек;

- значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

- значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;

КД **-** единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462.

Значение рассчитывается по следующей формуле:

где

- значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала для i-той медицинской организации;

- среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации (среднее значение между численностью на первое число отчетного месяца и первое число месяца, следующего за отчетным), человек.

Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той МО-Фондодержателю, размещается на сайте ТФОМС Челябинской области в течение 2-х рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

По аналогичной формуле рассчитывается значение .».

2.3.7. Абзац 1 пункта 1.1.2.7 после слова «базового» дополнить словом «(среднего)».

2.3.8. Пункты 1.1.2.8, 1.1.2.9 исключить.

2.3.9. Пункт 1.1.4 изложить в новой редакции:

«1.1.4. Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, учитывающих достижение целевых значений показателей.

Объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, формируется в размере 3 % от объема средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования.

Мониторинг достижениязначений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций Челябинской области проводится Комиссией один раз в квартал и доводится до сведения медицинских организаций в месяце, следующим за отчетным периодом.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности  производится по итогам года (декабрь 2023 года - ноябрь 2024 года) из средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, рассчитывается в соответствии с пунктом 2.14 раздела II Методических рекомендаций.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

, где:

- финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

, - объем средств, направляемых медицинской организации в случае достижения значений показателей результативности деятельности, согласно балльной оценке, рублей.

, где:

- тариф на финансовое обеспечение стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности i-той медицинской организации, рублей.

Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, установлены приложением 14 к Тарифному соглашению.

Расчет значений показателей результативности деятельности медицинских организаций осуществляется в соответствии с порядком, изложенным в приложении 12 к Методическим рекомендациям.».

2.3.10. После пункта 1.1.5 дополнить пунктом 1.1.51 следующего содержания:

«1.1.51 Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в части проведения консультирования медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период, осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования, взаиморасчетов за оказанные внешние медицинские услуги.».

2.3.11. В абзаце 1 пункта 1.1.7 слово «фактическим» исключить.

2.3.12. В пункт 1.2.1 внести следующие изменения:

2.3.12.1. Подпункт 2 после абзаца 2 дополнить абзацем следующего содержания:

«- посещения в рамках II этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;».

2.3.12.2. Подпункт 3 после абзаца 11 дополнить абзацем следующего содержания:

«-I этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;».

2.3.12.3. Подпункт 4 после абзаца 3 дополнить абзацем следующего содержания:

«- медицинских услуг, оказываемых в рамках II этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;».

2.3.13. После пункта 1.2.16.3 дополнить пунктом 1.2.16.4 следующего содержания:

«1.2.16.4. Расходы по использованию систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) при проведении маммографии в рамках диспансеризации взрослого застрахованного населения отдельной оплате из средств ОМС не подлежат, в связи с централизованной закупкой Министерством здравоохранения Челябинской области услуги по предоставлению лицензии и внедрению программного обеспечения системы поддержки принятия врачебных решений  с применением технологий искусственного интеллекта по описанию и интерпретации маммографических исследований (ПО ЦЕЛЬС®) (техническое сопровождение изделия до конца 2024 года осуществляется в рамках гарантийных обязательств).».

2.3.14. После пункта 1.2.17 дополнить пунктом 1.2.171 следующего содержания:

«1.2.171. Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Программе, осуществляется:

- по тарифам на оплату комплексного посещения I этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья;

- по тарифам осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий II этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья,

установленным таблицей 4 приложения 11 к Тарифному соглашению.

Расходы на оказание медицинских услуг - пальпация молочных желез, осмотр шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование, включены в стоимость приема (осмотра) врачом-акушером-гинекологом в рамках комплексного посещения I этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья.».

2.3.15. Пункт 1.2.23.7 изложить в новой редакции:

«1.2.23.7.Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения:

- прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- компьютерной томографии;

- исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом», проведенных застрахованным лицам вне зависимости от пола и возраста, с установленным диагнозом сахарный диабет или подозрением на сахарный диабет (коды диагноза по МКБ-10 Е10-Е14);

- исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака, проведенных застрахованным лицам независимо от пола, в возрасте 40 лет и старше;

- исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО, проведенных женщинам в возрасте 30 и 35 лет (1994,   
1989 годы рождения);

- цитологических исследований микропрепарата шейки матки методом Папаниколау с целью выявления ЗНО, проведенных женщинам в возрасте   
21 - 49 лет,

осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинских услуг, установленным таблицей 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению.

Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО, цитологических исследований микропрепарата шейки матки методом Папаниколау с целью выявления ЗНО, осуществляется не более 1 раза в течение календарного года.».

2.3.16. После пункта 1.2.26.2.1 дополнить пунктом 1.2.27 следующего содержания:

«1.2.27. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС в амбулаторных условиях, в части проведения процедуры криопереноса эмбриона, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, за обращение, включающее 2 посещения, по тарифу «Акушер-гинеколог (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» при условии применения кода медицинской услуги А11.20.030.001 «Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона».».

2.4. В главу 2 «Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» внести следующие изменения:

2.4.1. В пункте 2.1.1 слова «, с учетом приложений 4, 7 к Программе» исключить.

2.4.2. Пункт 2.2.2 изложить в новой редакции:

«2.2.2. Особенности оплаты случаев проведения лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике КС, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 2.2.1.1.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» Группировщика КС при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пункта 2.2.1.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике КС.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении 13 Методических рекомендаций, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).».

2.4.3. После пункта 2.2.2 дополнить пунктом 2.2.21 следующего содержания:

«2.2.21. Особенности оплаты лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1.1.».

2.4.4. Пункт 2.2.5 после абзаца 1 дополнить абзацем следующего содержания: «Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему тарифу на оплату высокотехнологичной медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.».

2.5. В главу 3 «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров» внести следующие изменения:

2.5.1. В пункте 3.1.1 слова «, с учетом приложений 4, 7 к Программе» исключить.

2.5.2. Пункт 3.2.1.1 дополнить подпунктом 9 следующего содержания:

«9. Случаи лечения хронического вирусного гепатита B и C по КСГ ds12.016 - ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 7 к Методическим рекомендациям (далее – Группировщик ДС).».

2.5.3. Пункт 3.2.1.4 изложить в новой редакции:

«3.2.1.4. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте   
18 лет и старше, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 3.2.1.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.».

2.5.4. Пункт 3.2.2 изложить в новой редакции:

«3.2.2. Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовую дозу препарата (фиксированная величина или разовая доза в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике ДС, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 3.2.1.1.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» в Группировщике ДС при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным [пунктом 3.2.1.1](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=470284&dst=100299)):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям 1-6 пункта 3.2.1.1.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным [пунктом 3.2.1.1](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=470284&dst=100299)) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике ДС.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении 13 к Методическим рекомендациям, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).».

2.5.5. После пункта 3.2.2. дополнить пунктами 3.2.21, 3.2.22 следующего содержания:

«3.2.2.1 Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов C и B с дельта агентом (D).

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов C и B с дельта агентом (D) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике ДС.

Критерии оказания медицинской помощи больным с гепатитом С в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.02.2023 № 70н «Об утверждении критериев оказания медицинской помощи больным с гепатитом C в условиях дневного стационара и стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями, оплата которой осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования».

Принимая во внимание длительность полного курса лечения, предполагается, что подача счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках случая лекарственной терапии, возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.

3.2.2.2 Особенности оплаты случаев с проведением лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приема для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1 - 20)».

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 3.2.1.1.».

2.5.6. После пункта 3.2.6 дополнить пунктом 3.2.7 следующего содержания:

«3.2.7. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (Раздел IПриложения № 1 к Программе), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.».

2.6. В главу 4 «Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации» внести следующие изменения:

2.6.1. В абзаце 1 пункта 4.1 слово «фактическому» исключить.

2.6.2. Пункт 4.2 после слова «Базовый» дополнить словом «(средний)».

2.6.3. В пункт 4.5 внести следующие изменения:

2.6.3.1. Абзац 1 после слова «Базовый» дополнить словом «(средний)».

2.6.3.2. Абзац 3 после слова «базовый» дополнить словом «(средний)».

2.6.4. Пункт 4.6 после слова «базового» дополнить словом «(среднего)».

2.6.5. Пункты 4.7, 4.8 исключить.

2.6.6. В абзаце 1 пункта 4.9 слово «фактического» исключить.

2.6.7. Абзац 2 пункта 4.9 изложить в новой редакции:

« , где»

3. В раздел III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

3.1. Абзац 21 изложить в новой редакции:

«Тарифы на оплату медицинской помощи по видам и условиям, установленным в дополнение к Базовой программе ОМС, в части амбулаторно-поликлинической помощи (в том числе проведение прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований), за исключением выявления онкологических заболеваний; проведение иммуногистохимических исследований; компьютерной томографии; оказание дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии; проведение исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом»; проведение исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака; проведение процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях; проведение исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО; проведение цитологических исследований микропрепарата шейки матки методом Папаниколау с целью выявления ЗНО), медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (проведение прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) для исследования последов; оказание высокотехнологичной медицинской помощи, медицинской помощи по профилям «онкология», «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология»); медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (проведение процедуры криопереноса эмбриона), включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.».

3.2. В главу 1 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в

амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

3.2.1. Пункт 1.1.13 дополнить абзацем следующего содержания: «Тарифы на оплату комплексных посещений, медицинских услуг, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, установлены таблицей 4 приложения 11 к Тарифному соглашению.».

3.2.2. Пункт 1.2.1 изложить в новой редакции:

«1.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициента дифференциации установлен в размере 7 764,68 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 189,46 рублей на   
1 застрахованное лицо в месяц.».

3.2.3. В абзаце 4 пункта 1.2.2.3.2 слова «Фактический дифференцированный» заменить словом «Дифференцированный».

3.2.4. Пункт 1.2.3 исключить.

3.2.5. Пункт 1.2.5 изложить в новой редакции:

«1.2.5. Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.».

3.2.6. После пункта 1.5 дополнить пунктом 1.6 следующего содержания: «1.6. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС взрослому застрахованному населению «Акушер-гинеколог (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» установлен в размере 24 789,25 рублей за обращение.».

3.3. В главу 2 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» внести следующие изменения:

3.3.1. В абзаце 1 пункта 2.1 цифру «43 082,90» заменить цифрой «43 084,37».

3.3.2. В абзаце 2 пункта 2.1 цифру «30 944,30» заменить цифрой «30 945,35», цифру «28 003,89» заменить цифрой «28 004,84».

3.3.3. В абзаце 3 пункта 2.1 цифру «8 007,44» заменить цифрой «7 970,28».

3.4. В пункте 3.12 главы 3 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров» цифру «48 062,82» заменить цифрой «50 000,12».

3.5. В главу 4 «Размер тарифов на оплату скорой медицинской помощи» внести следующие изменения:

3.5.1. Пункт 4.2 изложить в новой редакции:

«4.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации без учета коэффициента дифференциации установлен в размере 86,18 рублей на   
1 застрахованное лицо в месяц.».

3.5.2. Пункт 4.5 исключить.

3.5.3. Пункте 4.6 изложить в новой редакции:

«4.6. Среднемесячная численность застрахованных лиц, обслуживаемых медицинскими организациями, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установлены приложением 17/1 к Тарифному соглашению.».

4. В раздел IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» внести следующие изменения:

4.1. Пункт 2.1 изложить в новой редакции:

«2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 776,44 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере   
1 182,99 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации в размере 66,51 рублей;

- посещение с иными целями в размере 916,02 рублей;

- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 502,63 рублей;

- обращение в размере 3 722,53 рублей;

- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация» в размере 74,98 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения из числа взрослого населения в размере 649,60 рублей;».

4.2. В абзаце 2 пункта 2.3 цифру «8 225,50» заменить цифрой «8 188,34».

5. Приложение 7/5 к Тарифному соглашению после пункта 154 дополнить пунктами 154/1, 154/2, 154/3, 154/4 следующего содержания:

| № п/п | № КСГ | Код КСГ | Наименование КСГ |
| --- | --- | --- | --- |
| А | 1 | 2 | 3 |
| 154/1 | 352 | st33.005 | Ожоги (уровень 3) |
| 154/2 | 353 | st33.006 | Ожоги (уровень 4) |
| 154/3 | 354 | st33.007 | Ожоги (уровень 5) |
| 154/4 | 355 | st33.008 | Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции |

6. В приложение 8 к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

6.1. В наименовании таблицы 2 слово «возможных» исключить.

6.2. Наименование таблицы 3 изложить в новой редакции: «Перечень хирургических вмешательств, при проведении которых одновременно на двух парных органах может быть применен КСЛП».

6.3. Таблицу 4 «Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии» изложить в новой редакции:

Таблица 4

| **Код схемы** | **Описание схемы** | **Условия применения** |
| --- | --- | --- |
| supt01 | Филграстим 4 дня введения по 300 мкг |  |
| supt02 | Деносумаб 1 день введения 120 мг | Установленный клиренс креатинина < 59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносумаб |
| supt03 | Тоцилизумаб 1 день введения 4 мг/кг |  |
| supt04 | Филграстим 8 дней введения по 300 мкг |  |
| supt05 | Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг |  |
| supt06 | Филграстим 10 дней введения по 300 мкг |  |
| supt07 | Микофенолата мофетил 30 дней введения по 500 мг 2 раза в день |  |
| supt08 | Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг |  |
| supt09 | Ведолизумаб 1 день введения 300 мг |  |
| supt10 | Инфликсимаб 1 день введения 800 мг |  |
| supt11 | Иммуноглобулин человека нормальный 2 дня введения по 1000 мг/кг |  |
| supt12 | Иммуноглобулин антитимоцитарный 8-14 дней введения 10-20 мг/кг |  |

7. Приложение 9/1 к Тарифному соглашению дополнить пунктами 53/1, 53/2 следующего содержания:

рублей

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование тарифа | Тип | Лечебно-диагностическая цель | | Тариф на оплату МП за посещение с проф.целью |
| Тариф на оплату МП за посещение | Тариф на оплату МП за обращение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53/1 | Медицинский психолог | взр |  |  | 538,00 |
| 53/2 | Медицинский психолог | дет |  |  | 538,00 |

8. Приложение 9/2 к Тарифному соглашению дополнить пунктами 25/1, 25/2 следующего содержания:

рублей

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование тарифа | Тип | Лечебно-диагностическая цель | | Тариф на оплату МП за посещение с проф.целью |
| Тариф на оплату МП за посещение | Тариф на оплату МП за обращение |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25/1 | Медицинский психолог | взр |  |  | 538,00 |
| 25/2 | Медицинский психолог | дет |  |  | 538,00 |

9. Таблицу 2 «Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению» приложения 9/7 к Тарифному соглашению дополнить пунктами 11-14 следующего содержания:

рублей

| № п/п | Наименование медицинской услуги | Вид | Тариф на оплату медицинских услуг |
| --- | --- | --- | --- |
| А | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Исследование гликированного гемоглобина в крови (сверх БП ОМС) | взр | 400,00 |
| 12 | Исслед.кала на скрытую кровь (колич. (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявл. колоректал. рака (сверх БП ОМС) | взр | 667,00 |
| 13 | Исследование микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО (сверх БП ОМС) | взр | 1250,00 |
| 14 | Цитологическое исследование микропрепарата шейки матки методом Папаниколау с целью выявления ЗНО (сверх БП ОМС) | взр | 200,00 |

10. В таблицу 2 «Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи» приложения 9/8 внести следующие изменения:

10.1. Графу 2 пункта 10 изложить в новой редакции: «390,80».

10.2. Графу 2 пункта 22 изложить в новой редакции: «320,00».

11. В приложение 11 к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

11.1. В таблицу 2 «Тарифы осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения» внести следующие изменения:

11.1.1. Графу 2 пункта 4 изложить в новой редакции: «326,00».

11.1.2. Графу 3 пункта 7 изложить в новой редакции: «286,00».

11.2. Дополнить таблицей 4 «Тарифы на оплату комплексных посещений, медицинских услуг, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья» (приложение 1).

12. Приложение 13 к Тарифному соглашению, в том числе наименование, изложить в новой редакции (приложение 2).

13. Приложение 17/1 к Тарифному соглашению, в том числе наименование, изложить в новой редакции (приложение 3).

14 . Пункты 8, 9 таблицы 3 «Тарифы за вызов выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи  в соответствии   
с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023   
№ 784, от 14.12.2023 № 994 застрахованному населению Челябинской области,   
а также населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации» приложения 17/2 изложить в новой редакции:

(рублей)

| № п/п | Наименование тарифа | Медицинские организации - исполнители  и возрастные группы населения | Тариф | Территория (зона) обслуживания |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Специализированная выездная бригада анестезиологии-реанимации с эвакуацией (взрослые) | Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» | 5 229,70 | Челябинский городской округ |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» (взрослые) | 5 229,70 | Копейский городской округ  Коркинский муниципальный округ  Челябинский городской округ  Еткульский муниципальный район  Красноармейский муниципальный район  Сосновский муниципальный район |
| 8 281,30 | Еманжелинский муниципальный район  Миасский городской округ  Чебаркульский городской округ  Южноуральский городской округ  Аргаяшский муниципальный район  Кунашакский муниципальный район  Увельский муниципальный район |
| 10 592,70 | Златоустовский городской округ  Карабашский городской округ  Кыштымский городской округ  Озерский городской округ  Пластовский муниципальный район  Снежинский городской округ  Троицкий городской округ  Каслинский муниципальный район  Октябрьский муниципальный район  Уйский муниципальный район |
| 13 274,20 | Верхнеуфалейский городской округ  Саткинский муниципальный район  Кусинский муниципальный район |
| 14 968,60 | Верхнеуральский муниципальный район  Трехгорный городской округ  Нязепетровский муниципальный район  Чесменский муниципальный район |
| 16 663,20 | Агаповский муниципальный район  Катав-Ивановский муниципальный район  Магнитогорский городской округ  Нагайбакский муниципальный район  Усть-Катавский городской округ  Варненский муниципальный район |
| 18 851,20 | Ашинский муниципальный район  Брединский муниципальный район  Карталинский муниципальный район  Кизильский муниципальный район  Локомотивный городской округ |
| 9 | Специализированная выездная экстренная консультативная бригада без эвакуации (взрослые) | Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» | 3 848,60 | Челябинский городской округ |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница» (взрослые) | 3 848,60 | Копейский городской округ  Коркинский муниципальный округ  Челябинский городской округ  Еткульский муниципальный район  Красноармейский муниципальный район  Сосновский муниципальный район |
| 6 900,20 | Еманжелинский муниципальный район  Миасский городской округ  Чебаркульский городской округ  Южноуральский городской округ  Аргаяшский муниципальный район  Кунашакский муниципальный район  Увельский муниципальный район |
| 9 211,60 | Златоустовский городской округ  Карабашский городской округ  Кыштымский городской округ  Озерский городской округ  Пластовский муниципальный район  Снежинский городской округ  Троицкий городской округ  Каслинский муниципальный район  Октябрьский муниципальный район  Уйский муниципальный район |
| 11 893,10 | Верхнеуфалейский городской округ  Саткинский муниципальный район  Кусинский муниципальный район |
| 13 587,50 | Верхнеуральский муниципальный район  Трехгорный городской округ  Нязепетровский муниципальный район  Чесменский муниципальный район |
| 15 282,10 | Агаповский муниципальный район  Катав-Ивановский муниципальный район  Магнитогорский городской округ  Нагайбакский муниципальный район  Усть-Катавский городской округ  Варненский муниципальный район |
| 17 470,10 | Ашинский муниципальный район  Брединский муниципальный район  Карталинский муниципальный район  Кизильский муниципальный район  Локомотивный городской округ |

15. Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 01 марта 2024 года,** за исключением пунктов, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления в силу:

- пункт3.4распространяет свое действие на правоотношения, возникшие   
**с 01 января 2024 года.**

- подпункты 4.1, 4.2 пункта 4 вступают в силу **с 01 апреля 2024 года.**