



**ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА  
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
РАСПОРЯЖЕНИЕ**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

**О внесении изменений в распоряжение  
Комитета по здравоохранению  
от 05.03.2026 № 88-р**

В соответствии с пунктом 1 постановления Правительства Санкт-Петербурга от 09.02.2026 № 49 «О реализации Закона Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт Петербурге на 2026 и на плановый период 2027 и 2028 годов»:

1. Изложить Приложение к распоряжению Комитета по здравоохранению от 05.03.2026 № 88-р «О порядке и форме представления государственными учреждениями здравоохранения Санкт-Петербурга сведений, подтверждающих оказание медицинской помощи не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях и состояниях, включенных в территориальную программу ОМС, в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента» согласно Приложению к настоящему распоряжению.

2. Контроль за выполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Егорову Я.В.

**Председатель  
Комитета по здравоохранению**

**А.М. Сарана**

## **ПОРЯДОК**

### **представления государственными учреждениями здравоохранения Санкт-Петербурга сведений, подтверждающих оказание медицинской помощи не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях и состояниях, включенных в территориальную программу ОМС, в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента**

1. Государственное учреждение здравоохранения Санкт-Петербурга (далее – Учреждение) представляет в Комитет по здравоохранению сведения, подтверждающие оказание медицинской помощи не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях и состояниях, включенных в территориальную программу ОМС, в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента (далее – Сведения), используя Единую информационную систему ОМС Санкт-Петербурга (далее – ЕИС ОМС), в соответствии с действующими в системе ОМС Санкт-Петербурга едиными форматами обмена данными и положениями Генерального тарифного соглашения.

2. Учреждение в соответствующих подсистемах ЕИС ОМС формирует и представляет Сведения в электронном виде по форме согласно приложению к настоящему Порядку, содержащей следующие данные:

- Номер по порядку;
- Фамилия, имя, отчество (при наличии) не застрахованного по ОМС лица;
- Дата рождения и пол;
- Адрес регистрации;
- Данные документа, удостоверяющего личность, номер полиса ОМС;
- Номер случая, даты начала и окончания лечения;
- Тариф на оплату оказанной медицинской помощи;
- Диагноз в соответствии с МКБ-10 (основной, сопутствующий, осложнения);
- Объемы оказанной медицинской помощи;
- Стоимость оказанной медицинской помощи;
- Число случаев и общая сумма;
- Общая сумма по всем Сведениям.

3. Руководители Учреждений несут персональную ответственность за правильность оформления и достоверность Сведений, представляемых в электронном виде и на бумажном носителе.

4. Сведения не представляются по случаям оказания медицинской помощи, при которых компенсация затрат на оказание медицинской помощи предусмотрена за счет других источников финансирования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Учреждение представляет Сведения о лицах, имеющих гражданство Российской Федерации, не включенных в Единый регистр застрахованных лиц, используя код плательщика «НКом» ЕИС ОМС в электронном виде после проверки в подсистеме ЕИС ОМС, предназначенной для формирования запросов об идентификации застрахованного лица.

6. Учреждение представляет Сведения о лицах, имеющих гражданство иностранного

государства и о лицах без гражданства, используя код плательщика «ИКом» ЕИС ОМС в электронном виде после проверки в подсистеме ЕИС ОМС, предназначенной для формирования запросов об идентификации застрахованного лица в соответствии с действующим законодательством.

7. Учреждение представляет Сведения о лицах, установить личность которых не представляется возможным, используя код плательщика «НКом» ЕИС ОМС в электронном виде, с обязательным извещением об этих лицах органов МВД Российской Федерации (далее – МВД). При этом Учреждение указывает номер извещения МВД в подсистеме ЕИС ОМС, предназначенной для формирования запросов об идентификации застрахованного лица.

8. Учреждение представляет сведения о результатах процедуры идентификации незастрахованного лица полученные посредством подсистемы ЕИС ОМС, предназначенной для формирования запросов об идентификации застрахованного лица, в соответствии с Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, в электронном виде.

9. Учреждение при осуществлении процедуры идентификации в электронном виде в обязательном порядке заполняет поля, предусмотренные соответствующей подсистемой ЕИС ОМС, с целью формирования запроса об идентификации застрахованного лица, а также передачи требуемой информации в соответствии с настоящим распоряжением, в том числе сведений для обоснования экстренности медицинской помощи.

10. Учреждение при представлении Сведений в электронном виде в обязательном порядке заполняет поля, предусмотренные подсистемой ЕИС ОМС «ВМУ. МО. Счета» и ЕИС ОМС «ВМУ. МО. Учет пациентов».

11. Учреждение осуществляет представление Сведений в сроки, не превышающие 90 дней, следующих за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, но не позднее 5 рабочих дней по истечении текущего финансового года.

12. Сведения принимаются Комитетом по здравоохранению в случае, если они соответствуют пунктам 3 - 10 настоящего Порядка.

13. Комитет по здравоохранению имеет право запросить дополнительную информацию о подтверждении факта оказания медицинской помощи в экстренной форме на бумажном носителе (заверенную подписью руководителя Учреждения), или в электронном виде (заверенную электронной подписью руководителя Учреждения) через Единую систему электронного документооборота и делопроизводства исполнительных органов государственной власти Санкт-Петербурга (ЕСЭД), или иные разрешенные законодательством электронные системы передачи данных.

14. Учреждение вправе доработать и представить Сведения повторно в пределах срока, указанного в пункте 10 данного распоряжения.

Приложение  
к Порядку представления государственными  
учреждениями здравоохранения Санкт Петербурга  
сведений, подтверждающих оказание медицинской  
помощи не застрахованным по ОМС лицам при  
заболеваниях и состояниях, включенных  
в территориальную программу ОМС,  
в экстренной форме при внезапных острых  
заболеваниях, состояниях, обострении хронических  
заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента  
(форма)

<b>УФК по Санкт-Петербургу</b> (Комитет по здравоохранению (нКом), лиц.счет 0150000) ИНН:7808043833 РС№:40201810600000000003  <b>Банк:</b> ГРКЦ ГУ Банка России по г. Санкт-Петербургу, БИК: 044030001					<b>Наименование медицинского учреждения</b>  ИНН: _____ РС №: _____ КС №: _____ <b>Банк:</b> _____ по г. Санкт-Петербург БИК: _____				
№ _____ -нКом (нКом) от ____ . ____ ,20 ____									
<b>Сведения, подтверждающие оказание медицинской помощи не застрахованным по ОМС лицам при заболеваниях и состояниях, включенных в территориальную программу ОМС, в экстренной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента</b>									
№ ____ / _____ от ____ . ____ (номер и дата ОМС.ВМУ.Счета)									
№	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения пол	Адрес регистрации	Данные документа, удостоверяющего личность № полиса ОМС	№ случая, даты начала и окончания лечения	Тариф на оплату оказанной медицинской помощи	Диагноз в соответствии с МКБ-10 (основной, сопутствующий,	Объемы оказанной медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи
Итого случаев: ____						Сумма: ____ . ____ руб.			
Итого по всем сведениям –									
<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p align="center">ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ</p> <p>Сертификат: Наименование МО Владелец: действителен с ____ . ____ .202__ по ____ . ____ .202__ Дата подписи: ____ . ____ .202__ : ____</p> </div>									
№	Данные владельца сертификата	Должность уполномоченно го лица		Наименование организации	Номер сертификата	Срок действия	Дата подписания		
		Главный бухгалтер							
		Главный врач							