Kategoria	Pytanie	Odpowiedź
Grafiki	Czy musimy wystawić pełne grafiki w zakresie kardiologii czy wystarczą określone sloty czasowe? Istnieje ryzyko zapełnienia grafików dla Pacjentów internetowych blokujące Pacjentów rejestrujących się w Placówce.	Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MZ, Świadczeniodawca musi udostępnić w centralnej e-rejestracji **wszystkie umówione terminy wizyt ze swoich grafików oraz wszystkie wolne terminy wizyt**, czyli: 1/ umówione terminy wizyt pierwszorazowych, 2/ umówione terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia, 3/ wolne terminy dla wizyt pierwszorazowych oraz wolne terminy dla wizyt kontrolnych (w ramach kontynuacji leczenia). **Wolne terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia są przekazywane do centralnej e-rejestracji, ale nie są udostępniane Pacjentom w IKP! Na te terminy może umawiać Pacjenta wyłącznie pracownik Placówki.** W centralnej e-rejestracji nie ma podziału Pacjentów na Pacjentów "internetowych" i "rejestrujących się w Placówce". Pacjent może zapisać się na wizytę za pomocą dwóch kanałów komunikacji, tj.: przez IKP lub przez Świadczeniodawcę. Umówienie Pacjenta za pomocą tych kanałów odbywa się na takich samych zasadach. Wszystkie terminy przydzielone są w centralnej e-rejestracji.
Grafiki	Czy dla mammografii mobilnej (w mammobusie) będzie możliwość wpisania w grafik różnych lokalizacji gabinetu?	Tak, system umożliwia dodanie harmonogramu "mobilnego" oraz wskazanie adresu postoju punktu mobilnego w ramach konkretnego terminu.
Grafiki	Rozporządzenie mówi, że powinniśmy udostępnić praktycznie wszystkie grafiki? czy zapis dotyczy grafików pierwszorazowych czy wszystkich? Bierzemy udział w pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej, gdzie obowiązują inne zasady zapisu - czy te grafiki też powinniśmy udostępnić?	Pilotaż KSK został już zakończony. Zgodnie z zasadami CeR, Świadczeniodawca musi udostępnić wszystkie umówione terminy wizyt ze swoich grafików, tj.: 1/ umówione terminy wizyt pierwszorazowych, 2/ umówione terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia, 3/ wolne terminy tylko dla wizyt pierwszorazowych,
Grafiki	Jaka jest możliwość modyfikacji grafiku w ciągu dnia pracy? Np. jedna Pacjentka nie przychodzi na wizytę (no show), ale inna zgłasza się do mammobusu bez rejestracji - jaka jest możliwość rejestracji Pacjentki, skoro nie ma wolnego slotu (jest zajęty przez Pacjentkę, która nie przyszła na badanie)?	Jeśli organizacyjnie mają Państwo możliwość udostępnienia badania Pacjentce zgłoszonej do punktu "na bieżąco", mogą Państwo ręcznie udostępnić dodatkowy termin i przeznaczyć go dla tej Pacjentki. Możliwa jest również zmiana Pacjentki na termin już umówiony, o ile brak obecności zostanie zgłoszony wcześniej. Prosimy pamiętać, że wprowadzacie Państwo zamiany w swoim systemie gabinetowym, który automatycznie, na bieżąco przekazuje dane do centralnej e-rejestracji.
Grafiki	W jaki sposób będzie można modyfikować grafiki?	Modyfikują Państwo grafiki w swoich systemach na dotychczasowych zasadach. Dzięki integracji systemu gabinetowego z centralną e-rejestracją wszystkie zmiany powinny być przesłane z systemu gabinetowego do centralnej e-rejestracji.

Grafiki	Do centralnej e-rejestracji zgłaszamy wszystkich Pacjentów. W naszym systemie mamy oddzielne sloty dla pierwszorazowych i kolejnych. Czy jeśli Pacjent zwolni termin dla kolejnej wizyty to czy będzie on w centralnej e-rejestracji dostępny dla wszystkich Pacjentów czy tylko dla pierwszorazowych?	Terminy wizyt kontrolnych w centralnej e-rejestracji zapisywane są w ramach rodzaj slotu "kontynuacji leczenia". Anulowanie wizyty zapisanej w takim slocie pozwoli na zapisanie tylko wizyty zgodnej z rodzajem slotu, czyli kolejnej wizyty kontrolnej.
Grafiki	Jeżeli wyślemy do e-rejestracji np. 20 slotów to w dany dzień lekarz może przyjąć tylko 20 Pacjentów? Czy jeżeli Pacjent w danym dniu przyjdzie do poradni i lekarz wyrazi zgodę na wizytę w tym dniu (pogorszenie stanu zdrowia) - czy taki Pacjent będzie mógł być przyjęty?	Wszystko zależy od konfiguracji slotów i czasów trwania obsługi procedur ICD-9 , na które zapisywane są wizyty w e-rejestracji. Jeśli wizyta będzie dotyczyła kontroli - mogą Państwo zwyczajnie dorejestrować wizytę. W przypadku wizyt pierwszorazowych, zapis na taką wizytę uzależniony jest od kategorii medycznej na e-skierowaniu i oceny stanu zdrowia Pacjenta. System umożliwia również rejestrację wizyt nagłych.
Grafiki	Czy można przekazać grafiki, które już są częściowo zajęte do np. listopada?	W przypadku kardiologii służy do tego tzw. zasilenie inicjalne, które pozwala hurtowo przekazać informacje o zaplanowanych wizytach w Państwa harmonogramach.
Grafiki	Co ile można aktualizować grafik?	Grafiki powinny być aktualizowane na bieżąco. Nie ma ograniczeń w tym zakresie. W Dokumentacji Integracyjnej wskazane są usługi (notyfikacje) służące do bieżącej synchronizacji danych w harmonogramach.
Grafiki	Czy będzie konieczność ustalenia slotów czasowych - długości wizyty?	Tak, Świadczeniodawca określa konfigurację, tj. długość slotów oraz czas trwania obsługi wizyt na konkretne procedury zgodnie ze słownikiem ICD-9.
Grafiki	Była mowa o przekazaniu harmonogramu do centralnej e-rejestracji przez Placówkę, proszę doprecyzować czy Placówka przekazuje absolutnie wszystkie wizyty czy tylko udostępnione 'wolne' godziny? Proszę o uzasadnienie dlaczego, jeżeli pierwszy przypadek jest obecnie w planie.	Placówka udostępnia wszystkie terminy wizyt, zarówno wolne terminy, jak i terminy umówione. Dzięki temu, Pacjenci, którzy mają już umówione wizyty i terminy te zostały przekazane do centralnej e-rejestracji: - widzą umówione terminy w IKP, - mogą dokonać zmiany terminu lub go odwołać, dzięki czemu zmniejszymy liczbę nieodbytych wizyt. Uwaga! Pacjent będzie mógł odwołać/zmienić termin wizyty pierwszorazowej oraz tylko odwołać termin wizyty kontrolnej. Świadczeniodawca udostępnia wolne terminy wizyt w miarę swoich możliwości (posiadanych zasobów).
Grafiki	Czy ilość udostępnianych slotów dla Pacjentów pierwszorazowych będzie jakoś określana? Czy każda Placówka udostępnia według własnego wyznacznika?	Placówka sama decyduje o liczbie wizyt pierwszorazowych , które udostępnia Pacjentom, z uwzględnieniem obowiązujących przepisów i wytycznych NFZ.
Grafiki	Co w przypadku mammobusów: mamy jeden MUŚ dla wszystkich pojazdów w przypadku zapisu przez CeR nie będzie to problemem?	W centralnej e-rejestracji w ramach MUŚ (miejsc udzielania świadczeń) przekazują Państwo informację o mammobusach (dane zgodne z SIMP) i w ramach tych mammobusów tworzą Państwo harmonogramy tzw. mobilne, gdzie dodajecie terminy mobilne (z dokładnością do adresu postoju).
Grafiki	Czy grafiki mają wyznaczone miejsca dla Pacjentów pierwszorazowych i tych w kontynuacji leczenia, czy też będą dostępne wszystkie wolne sloty?	Sloty udostępniane przez Świadczeniodawcę są wystawiane oddzielnie dla pacjentów pierwszorazowych i oddzielnie dla pacjentów w ramach kontynuacji leczenia. W przypadku zwolnienia terminu wizyty (slotu) przez Pacjenta w ramach kontynuacji leczenia, slot taki nie zostanie udostępniony Pacjentom pierwszorazowym w IKP (nie będzie widoczny w ramach wyszukiwania wolnych terminów wizyt w IKP).

Grafiki	Czy określone terminy można jakoś kategoryzować? np. wizyty zabiegowe, wizyty pohospitalizacyjne/pilne, kontrole etc.?	Centralna e-rejestracja pozwala na obsługę wizyt pierwszorazowych oraz na kontynuację leczenia. W ramach udostępniania terminów przyjęto podział na rodzaje slotów: stabilny, pilny, uprzywilejowany (dla Pacjentów pierwszorazowych) oraz kontynuacja leczenia (dla Pacjentów "kontrolnych").
Grafiki	Czy zasilenie inicjalne można wykonać w kontekście zasobu miejsca - bez wskazywania grafiku konkretnego lekarza?	Nie, zasilenie inicjalne już umówionymi wizytami w Państwa harmonogramach przyjęć wykonywane jest do konkretnego grafiku utworzonego w eRejestracji w ramach konkretnego Miejsca Udzielania Świadczeń.
Grafiki	Czy zaczytanie grafików w systemie P1 z oprogramowania świadczeniodawcy, spowoduje, że dane grafikowe będą również dostępne w SIMP?	Do systemu P1 z SIMP przekazywane są dane o uprawnieniach pacjentek do badań profilaktycznych a z systemu P1 do SIMP są przekazywane informacje: o umówionym terminie wizyty oraz odwołanej/anulowanym terminie wizyty.
Grafiki	Czy świadczeniodawca określa, które terminy są dla pacjentów pierwszorazowych a które dla kontynuujących?	Tak, Świadczeniodawca określa rodzaj slotu, który determinuje jaki termin jest przeznaczony dla Pacjentów pierwszorazowych, a jaki dla Pacjentów kontrolnych.
Grafiki	Czy integrujemy w takim razie pełny terminarz bez podziału pierwszorazowy i kontynuacja leczenia.	Tak, udostępniacie Państwo informacje na temat wizyt pierwszorazowych oraz kontrolnych (kontynuacja leczenia). Tak samo przekazujecie Państwo informacje o ewentualnych terminach, w których możecie Państwo udzielić jeszcze świadczenia dla Pacjentów pierwszorazowych oraz kontrolnych. Pacjent samodzielnie może zapisać się na wizytę pierwszorazową. Wizytę na kontynuację leczenia umawiacie Państwo jako Placówka lecząca Pacjenta.
Grafiki	Czy Pacjent kontynuujący leczenie, który zwalnia swój numerek może zostać zastąpiony pacjentem pierwszorazowym i odwrotnie?	Wizyta kontrolna może zostać zapisana na termin oznaczony jako KONTYNUACJA LECZENIA. Terminy oznaczone jako STABILNY, PILNY czy UPRZYWILEJOWANY przeznaczone są dla Pacjentów pierwszorazowych. Termin nie może mieć jednocześnie dwóch rodzajów.
Grafiki	Co oznacza sformułowanie, że nie można "dozasilać"?Czy nowe grafiki ma 31 dzień wysyłamy kroczącо codziennie?	Informacja. że nie można "dozasilać" dotyczy kardiologii. W przypadku mammografii i cytologii terminy się aktualizuje na bieżąco.
Grafiki	Ile terminów minimalnie trzeba otworzyć w kardiologii w miesiącu?	Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MZ, Świadczeniodawca musi udostępnić w centralnej e-rejestracji wszystkie umówione terminy wizyt ze swoich grafików oraz wszystkie wolne terminy wizyt, czyli: 1/ umówione terminy wizyt pierwszorazowych, 2/ umówione terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia, 3/ wolne terminy dla wizyt pierwszorazowych oraz wolne terminy dla wizyt kontrolnych (w ramach kontynuacji leczenia). Wolne terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia są przekazywane do centralnej e-rejestracji, ale nie są udostępniane Pacjentom w IKP! Na te terminy może umawiać Pacjenta wyłącznie pracownik Placówki.
Grafiki	Czy przekazywanie grafików to cykliczny proces, czy dzieje się to "na żywo", czyli np. codziennie?	Proces udostępnienia informacji o harmonogramach przyjęć czyli terminach wizyt i ewentualnych wolnych miejscach na wizytę jest działaniem jednorazowym. Po jego realizacji następuje bieżąca komunikacja między systemem zewnętrznego podmiotu leczniczego (zapewniana przez dostawcę oprogramowania z wykorzystaniem dedykowanych usług w systemie e-Rejestracji tzw. notyfikacji), a systemem e-Rejestracji w celu zapewnienia bieżącej synchronizacji stanów harmonogramów (informacji o wizytach czy terminach) i wszelkich zmianach.

Grafiki	Czy przekazując aktualny harmonogram dla poradni (kolejka pacjentów obowiązuje na 2 lata w przód) przekazujemy okres 30-to dniowy czy od razu całość kolejki oczekujących?	Przekazujecie Państwo cały harmonogram (całość kolejki).
Grafiki	Czy harmonogramy są elastyczne (edytowalne) po wprowadzeniu ich w systemie gabinetowym oraz przekazaniu do P1?	Tak harmonogramy po przekazaniu do centralnej e-rejestracji można zmieniać.
Grafiki	Co się dzieje w przypadku konieczności odwołania wszystkich wizyt w danym dniu przez placówkę medyczną z powodu choroby lekarza lub urlopu na żądanie? Te wizyty powinny być przesunięte na pierwszy wolny termin i automatycznie powinny być przesunięte wszystkie późniejsze wizyty. Czy to tak działa? - Taka aktualizacja grafiku "w dół = zmniejszająca". Czy Pacjenci są automatycznie informowani o zmianie terminu wizyty?	Jeżeli placówka musi odwołać wszystkie wizyty danego dnia to przekłada wizyty na inny termin (do 40 dni) np. dopisuje (wcześniej tworząc dodatkowe sloty) do kolejnych dni danego lekarza lub przepisuje do innego lekarza (za zgodą pacjentów). Jeżeli nie ma takiej możliwości to odwołuje wizyty, a wtedy pacjenci trafiają do poczekalni i czekają na przydzielenie terminu wizyty (niezalecane).
Grafiki	Czym się technicznie różni termin bliski od aktywny w CER?	Bliski termin jest w okresie udostępniania, czyli 40 dni. A pojęcie AKTYWNY dotyczy statusu slotu, nie jest to związane z terminem bliskim.
Grafiki	Czym jest opcja oznaczenia slotu "na wyłączność"? Jak to działa?	W przypadku zapisywania slotów o statusie NOWY istnieje możliwość ustawienia atrybutu opcjonalnego czyNaWylacznosc=TRUE. Ustawienie takiej wartości informuje System Elektronicznej Rejestracji, że Podmiot (MUŚ) potrzebuje tego slotu na wyłączność na określony przedział czasu (domyślnie 30 minut). Przeznaczone to jest dla operacji zmieńTerminyWizyt żeby na nowo dodany slot można było przenieść wizyty, których w pierwotnym terminie nie będzie można zaplanować.
Grafiki	System nie dopuszcza zrobienia blokady lekarzowi, który np. zgłasza, że z różnych powodów w danym dniu, może przyjąć tylko 5 osób – rejestratorki muszą wpisywać – uzupełniać listę dnia lekarzowi tzw. „fikcyjnym pacjentem” – pustym rekordem utworzonym przez informatyków. To pochłania czas w rejestracji, rejestratorka jest wyłączona z obsługi pacjentów.	Niezbędne jest wdrożenie poprawki „blokada okienek”. W tym celu należy skontaktować się z dostawcą systemu i zlecić aktualizację oprogramowania
Grafiki	Dla Pacjenta pierwszorazowego planujemy kolejny termin wizyty (slot kontynuacja). Nie możemy wykonać tej czynności.	Należy pamiętać, że wizyta na kontynuacje leczenia może zostać wyznaczona z wizyty pierwszorazowej oznaczonej w e-rejestracji jako ZREALIZOWANA. Prosimy o weryfikację czy wizyta w systemie e-Rejestracji, zaraz po udzieleniu świadczenia jest oznaczana jako ZREALIZOWANA przez wykorzystanie operacji zakonczWizyty.
Grafiki	Wizyta nie odbyła się z przyczyn leżących po stronie Placówki i w dniu wizyty nie dokonano zmiany w grafiku (nie przeniesiono wizyt na inny dzień)..	W takim przypadku: a/ Placówka na następny dzień nie może dokonać takiej zmiany b/ Pacjent traci termin z winy Placówki W przypadku odwołania wizyty z przyczyn leżących po stronie Placówki, Placówka powinna dokonać przeniesienia terminu w grafiku najpóźniej w dniu wizyty.

Grafiki	Jak w centralnej e-rejestracji należy umówić wizyty nagłe?	Zgodnie z dotychczasową procedurą i zasadami zarządzania grafikami w Placówce.
Grafiki	W sprawie powstania e-rejestracji musimy poinformować iż w naszej poradni mamy różnych specjalistów i dzielimy poradnie na: Poradnia kardiologiczna ogólna, kod ICD: I10, I20, I21, I22,I25, I44, I45, I50, Poradnia kontroli stymulatorów, kod ICD: Poradnia zaburzeń rytmu serca, kod ICD: I48, I49, Poradnia Kardiomiopatii, kod ICD I42, I43 Poradnia lipidowa E78.0, E78.9, E78.2 Poradnia nadciśnienia płucnego, kod ICD I27.0, I27.2, I27.21 Zapisując pacjentów pierwszorazowych patrzyliśmy na kod ICD-10 oraz konsultowaliśmy z lekarzem, gdy mieliśmy wątpliwość do którego specjalisty zapisać pacjenta. Czy możemy podzielić lekarzy na kody ICD, aby pacjenci trafiali od razu do odpowiedniego specjalisty? Na przykład poradnia zaburzeń rytmu serca dzieli się np. na kwalifikację do ablacji i na kwalifikację do wczepienia stymulatora. Pacjent który ma kwalifikację do wczepienia stymulatora nie może czekać np. rok czasu., a udostępniając terminy do centralnej e-rejestracji może tak niestety się stać, ponieważ system za nas nie zdecyduje czy pacjent jest do ablacji czy do wczepienia stymulatora	w centralnej e-rejestracji jest możliwość zaznaczania na grafikach kodów ICD10 i kodów ICD9 i tymi kodami możecie Państwo zarządzać definiując MUŚ.
Grafiki	Co w sytuacji, gdy lekarz w danym dniu poinformuje np. "Dziś mam możliwość przyjąć 10 dodatkowych pacjentów pierwszorazowych". Jak w praktyce to wykonać, żeby te świadczenia mogły być uznane za "umówione przez CER".	To tak jak państwo w tej chwili to robią, to znaczy rozszerzają Państwo grafik. Jeżeli kolejka jest większa niż na 40 dni, to jest możliwość, że przejmie te wizyty Poczekalnia. Także takie wizyty jak najbardziej będą umówione przez CeR
Grafiki	Czy niewykorzystany slot można wykorzystać na inna procedurę np. kontynuację?	Tak
Grafiki	Co z pacjentami z pogorszeniem stanu zdrowia = konieczne przyspieszenie terminu a w terminarzu brakuje miejsc. Czy można dodać slot za zgodą lekarza?	TAK, na wizyty nagłe można zapisywać w CeR

Grafiki	Jak długa powinna być wizyta (czas w minutach)? Podmiot decyduje samodzielnie?	Tak, podmiot decyduje samodzielnie.
Grafiki	Co dzieje się z pacjentami i slotami już zapisanymi. Pacjent nie zrezygnował z wizyty w IKP pomimo przypomnień i nie zgłosił się na wizytę? Czy w tej sytuacji jest skreślany z powodu niezgłoszenia? "wpada" na koniec kolejki, czy musi zapisać się ponownie?	Państwo oznaczają to w swoim systemie jak do tej pory. Pacjent trafia na koniec kolejki i musi zapisać się ponownie
Grafiki	Co w przypadku gdy lekarz kardiolog dziecięcy prosi o dopisanie na dany dzień 10 pacjentów w celu rozliczenia wyników Holtera. Możemy stworzyć dodatkowe sloty bez przejęcia ich przez CER ?	Można dopisać, ale należy blokować te sloty (na wizyty pierwszorazowe), bo inaczej CER przejmie te wizyty (trzeba mieć wytłumaczenie dla NFZ odnośnie dodatkowych slotów). Ale „wizyty na rozliczenie Holtera" wskazują na wizyty na kontynuację, także tutaj mogą Państwo dowolnie zmieniać grafik i dodawać terminy.
Grafiki	Jeżeli pacjent z automatu wchodzi do poczekalni bez możliwości zapisania się na późniejszy termin w jednostce, co z pacjentami, którzy są już teraz wyterminowani powyżej 40 dni i oczekują w kolejce?	Wizyty już umówione na konkretny dzień pozostają bez zmian, zostają w zasileniu inicjalnym przeniesione do centralnej e-rejestracji.
Grafiki	Czy w centralnej e-rejestracji mają być wykazane wszystkie 1-razowe terminy w danym dniu czy może być przekazanych np. 3 z 10?	Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MZ, Świadczeniodawca musi udostępnić w centralnej e-rejestracji wszystkie umówione terminy wizyt ze swoich grafików oraz wszystkie wolne terminy wizyt, czyli: 1/ umówione terminy wizyt pierwszorazowych, 2/ umówione terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia, 3/ wolne terminy dla wizyt pierwszorazowych oraz wolne terminy dla wizyt kontrolnych (w ramach kontynuacji leczenia). Wolne terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia są przekazywane do centralnej e-rejestracji, ale nie są udostępniane Pacjentom w IKP! Na te terminy może umawiać Pacjenta wyłącznie pracownik Placówki. W centralnej e-rejestracji nie ma podziału Pacjentów na Pacjentów "internetowych" i "rejestrujących się w Placówce". Pacjent może zapisać się na wizytę za pomocą dwóch kanałów komunikacji, tj.: przez IKP lub przez Świadczeniodawcę. Umówienie Pacjenta za pomocą tych kanałów odbywa się na takich samych zasadach. Wszystkie terminy przydzielone są w centralnej e-rejestracji.
Grafiki	Gdzie są zapisywane terminy (kolejki) lokalnie w systemie czy w CEZ w systemie Centralnej e-rejestracji?	Informacje o umówionych terminach znajdują się w systemie gabinetowym, który przekazuje dane do Cer na bieżąco. Cer zbiera dane z wszystkich grafików przekazanych przez placówki i tym samym dysponuje bieżącą centralną bazą danych w tym zakresie. Centralna e-rejestracja to mechanizm przekazywania danych w tle między systemem gabinetowym, IKP, P1 a systemem centralnym. Poczekalnia (kolejka) znajduje się w systemie centralnym.

Grafiki	Gdzie mamy wyodrębnić badania w grafikach HIS?	Placówka powinna stworzyć oddzielny grafik na pobranie materiału do badania - taki jak ma na wizyty (porady) ginekologiczne. Nie ma znaczenia, że nie ma kolejek na badania HPV/cytologię. Po stworzeniu grafiku placówka powinna rejestrować pacjentkę na wizytę ginekologiczną (tak jak do tej pory) i jak pacjentka będzie miała kwalifikacje na badanie HPV/ cytologię to wtedy też na oddzielny grafik na to badanie.
Grafiki	Czy Ministerstwo planuje rozwiązania, które pozwolą placówkom zachować kontrolę nad własnymi grafikami i priorytetami wizyt, tak aby mogły one nadal dostosowywać zapisy do charakteru świadczeń i potrzeb pacjentów?	Podstawowym założeniem centralnej e-rejestracji jest zasada, że placówki same zarządzają swoimi grafikami. To znaczy, że pracują na swoich grafikach w swoich systemach gabinetowych i tak jak dotychczas określają rodzaje slotów pierwszorazowych i kontrolnych (kont. leczenia), czasy trwania wizyt itd. Integracja z centralną e-rejestracją oznacza jedynie bieżącą wymianę danych pomiędzy systemem gabinetowym a systemem centralnym. Ta wymiana dzieje się w tle i jest zupełnie niewidoczna dla pracowników rejestracji. Czyli każda zmiana w grafiku jest automatycznie (w czasie rzeczywistym) przekazywana do centralnej e-rejestracji i wizyta umówiona przez IKP/moje IKP jest automatycznie widoczna w grafiku placówki. Jeśli Pacjent umówi się na wizytę przez IKP/moje IKP taka informacja jest automatycznie (w czasie rzeczywistym) przekazywana do systemu gabinetowego Placówki. Synchronizacja danych jest ważna, aby zapewnić porządek i spójność danych w systemie gabinetowym i w systemie P1. Ważne jest, żeby pamiętać, że Pacjenci mogą umawiać się w IKP/ mojeIKP TYLKO na wizyty pierwszorazowe, na wizyty na kontynuację leczenia umawia TYLKO Placówka. Odnośnie priorytetów wizyt, ogólne zasady kolejkowania Pacjentów określa ustawa o świadczeniach i te zasady dla wizyt pierwszorazowych stosuje centralna e-rejestracja. To znaczy, że Pacjenci pierwszorazowi będą umawiani zgodnie z tymi zasadami a więc głównie kolejnością zgłoszenia i kategoria medyczną. Centralna e-rejestracja ma zapewnić sprawiedliwe i zgodne z zasadami ustawy kolejkowanie Pacjentów. Oczywiście centralna e-rejestracja zapewni również możliwość umawiania wizyt w przypadkach w których termin udzielania świadczenia wynika z innych regulacji np. wizyty poszpitalne.

Grafiki	Jak Ministerstwo planuje ograniczyć konflikty między kanałami rejestracji, które mogą prowadzić do dublowania wizyt, dodatkowego obciążenia? Czy przewidziano narzędzia lub procedury ułatwiające placówkom zarządzanie takimi przypadkami?	Centralna e-rejestracja wymaga bieżącej synchronizacji danych pomiędzy systemem gabinetowym a systemem centralnym. Bieżąca synchronizacja danych oznacza, że w systemie centralnym ZAWSZE (w każdym momencie) są te same dane co w systemie gabinetowym. Zatem niezależnie czy Pacjent umawia się przez IKP/moje IKP czy przez Placówkę, na dany termin wizyty będzie umówiony tylko jeden Pacjent. Zapewnienie takiej synchronizacji danych (W CZASIE RZECZYWSITYM) gwarantuje, że takie konflikty nie będą występowały. Problem może się pojawić w przypadku braku komunikacji z systemem centralnym. Wówczas z potwierdzeniem terminu wizyty dla Pacjenta należy poczekać do nawiązania łączności i weryfikacji czy ten termin wciąż jest wolny. Należy o tym poinformować Pacjenta, że jest to wstępnie umówiony termin, jako potwierdzenie Pacjent otrzyma powiadomienie na wskazany przez niego kanał komunikacji. Jeśli natomiast termin ten zostanie zajęty, wówczas Pacjentowi zostanie zaproponowany inny termin lub Pacjent zostanie zapisany do Poczekalni.
Grafiki	Nasza jednostka bierze udział w pilotażu centralnej e-rejestracji w poradni kardiologicznej. W jej strukturze funkcjonują również pracownie stymulatorów oraz kardiowerterów-defibrylatorów. W pracowniach tych, co do zasady, nie występują klasyczne kolejki pacjentów, ponieważ pacjenci mają z góry zaplanowane i zagwarantowane terminy wizyt kontrolnych („przeglądów”) wszczepionych urządzeń, ustalane indywidualnie po wykonaniu zabiegu. W związku z powyższym zwracamy się z uprzejmą prośbą o wyjaśnienie, w jaki sposób prawidłowo utworzyć grafiki wizyt w tych pracowniach zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji, w szczególności: •jak należy definiować sloty wizyt w tego typu komórkach organizacyjnych, •w jaki sposób zgłaszać możliwość przyjęcia i rozliczania pacjentów pierwszorazowych, •w jaki sposób "rezerwować" dla naszych (pacjenci którym wszczepiamy urządzenia) pacjentów sloty pierwszorazowe, •przy jednoczesnym założeniu, że pacjenci będący w stałej kontroli będą nadal wpisywani jako kontynuacja leczenia.	Dostawca każdego oprogramowania gabinetowego placówki powinien wskazać sposób postępowania lub przekazać manual/wytyczne co do sposobu tworzenia grafików/definiowania slotów. Rekomendujemy kontakt z dostawcą Państwa oprogramowania. Jednocześnie nadmieniamy, że wg MZ nie powinno być żadnej różnicy pomiędzy stworzeniem grafiku wizyt w poradni kardiologicznej i poradni stymulatorów oraz kardiowerterów-defibrylatorów

Grafiki	Szpital od grudnia 2015 roku udziela w ramach Poradni Kardiologicznej (za zgodną Narodowego Funduszu Zdrowia) świadczeń z zakresu hipertensjologii. Pacjenci zgłaszający się do lekarza hipertensjologa przychodzą z różnymi skierowaniami zarówno do Por. Kardiologicznej (cel wizyty lub rozpoznanie związane z nadciśnieniem), jak i ze skierowaniami do Por. Hipertensjologicznej lub Por. Nadciśnienieowej. Powyższe rozwiązanie było akceptowane przez NFZ i pacjenci kierowani do hipertensjologa byli rozliczani wyłącznie przez jedną lekarkę posiadającą taką specjalizację. Od kiedy weszła e-rejestracja oraz wymóg przekazywania grafików do P1 przy pacjentach kierowanych do hipertensjologa pojawia się błąd „REG.WER.16324, Niezgodność specjalności miejsca udzielania świadczeń ze specjalnością wskazaną na eSkierowaniu" i nie możemy takich świadczeń przekazywać do P1. Dodatkowo nie możemy przygotować dla lekarza w Poradni grafików do przodu ponieważ automat codziennie przeszukując wolne miejsca chce na te miejsca wrejestrowywać pacjentów kardiologicznych, a lekarz nie będąc kardiologiem nie może ich przyjmować.	1 czerwca 2026 została dodana funkcjonalność poradni pokrewnych i dzięki temu rozwiązaniu będzie można stworzyć oddzielny harmonogram na hipertensjologa i tam zdefiniować kody ICD10, które będzie obsługiwał dany harmonogram.
Grafiki	Brak obsłużenia harmonogramów na dwa miejsca mammobusu w jednym dniu w różnych godzinach. W SIMP wpisuje się w polu uwagi info od drugim miejscu. A czy CeR ma możliwości obsłużenia tego drugiego miejsca?	Dane postoju mammobusu wprowadzone są w slotach w eRejestracji - zatem można utworzyć slot w godz. 9-10 w adresie X i slot w godz. 14-15 w adresie y pod jednym harmonogramem. Może to być w jednej dacie.
Grafiki	Analogowe (manualne) akceptowanie pobytów mammobusów przez oddziały NFZ uniemożliwia przekazywanie wolnych slotów i rejestrację pacjentek na platformie P1	Zgodnie z informacją otrzymaną z NFZ, pracownicy OW w dniu 14 listopada 2025r. otrzymali pismo przypominające o konieczności bezzwłocznej weryfikacji i akceptacji prawidłowo zgłoszonych postojów mammobusów w SIMP. Aktualnie (jak każdego roku o tej porze) trwa proces aneksowania umów na rok kolejny. Po podpisaniu obustronnie aneksu i zaimportowaniu do SIMP (dotyczy to nie tylko ustaleń finansowych ale również np. sprzętu w tym mammobusów) będzie możliwość zaakceptowania i zatwierdzania postojów na rok 2026 i kolejne (SWD może je tylko wstępnie planować). Podkreślamy, że SIMP nie wymusza na świadczeniodawcy wpisywania harmonogramów postojów 150 dni przed ich planowaną realizacją, a jedynie daje możliwość wpisania z wyprzedzeniem. Prosimy o zgłaszanie problemów dot. m.in. akceptacji postojów mammobusów – bezpośrednio do Funduszu oraz na adres cer@mz.gov.pl do wiadomości – w tym przede wszystkim do właściwego OW NFZ.

Grafiki	Dopracowanie procesu przeplanowywania wizyt. Obecne rozwiązanie nie jest wystarczająco elastyczne w codziennej pracy. Często zdarzają się nam sytuacje, gdzie dany harmonogram (pobyt) musimy przerejestrować na inny termin. Platforma P1 nie przewiduje kanałów przepływu informacji pomiędzy systemem Świadczeniodawcy a P1, który pozwoliłby na masowe (zautomatyzowane) informowanie zarejestrowanych przez IKP pacjentek o zmianach harmonogramu.	Elastyczność rozwiązania powinna być dostosowana przez dostawcę. Jeśli chodzi o obsługę zmiany terminów badań profilaktycznych - SIMP obecnie nie obsługuje terminów zmiany. Wysłaliśmy prośbę do NFZ dot. obsługi „zmiany terminu” przez SIMP.
Grafiki	Problem -brak obsłużenia harmonogramów na dwa miejsca mammobusu w jednym dniu w różnych godzinach. W SIMP wpisuje się w polu uwagi info od drugim miejscu. A czy CeR ma możliwości obsłużenia tego drugiego miejsca?	Dane postoju mammobusu wprowadzone są w slotach w eRejestracji - zatem można utworzyć slot w godz. 9-10 w adresie X i slot w godz. 14-15 w adresie y pod jednym harmonogramem. Może to być w jednej dacie.
Grafiki	W sytuacji, gdy np. za 3 miesiące nie ma wolnego slotu na wizytę pierwszorazową, a jest na kontrolną – czy można ręcznie z poziomu poradni zarejestrować tego pacjenta na slot wizyty kontrolnej, ale przyjąć go i rozliczyć jako pierwszorazową? I sytuacja odwrotna – czy wolny slot pierwszorazowy można wykorzystać na wizytę kontrolną?	Zawsze swoim grafikiem zarządza placówka, oczywiście w granicach prawa i zgodnie z umową zawartą z NFZ. Jeśli więc w taki sposób Placówka chce zarządzić swoim grafikiem, może zmieniać charakter slotów. Natomiast najważniejszą zasadą CeR jest: brak umawiania Pacjentów pierwszorazowych na terminy powyżej 40 dni. Pacjenta pierwszorazowego należy zapisać do Poczekalni, aby, tak jak inni Pacjenci, którzy zgłosili się wcześniej, oczekiwał w kolejce w Poczekalni. Nie można go umieszczać przed kolejką Pacjentów oczekujących w Poczekalni i zapisywać na terminy, na które oczekują ci Pacjenci. W ten sposób CeR ma zapewnić sprawiedliwe kolejkowanie pacjentów.
Grafiki	Przed uruchomieniem centralnej e-rejestracji lekarze przyjmowali pacjentów pierwszorazowych w trybie pilnym decyzją podyktowaną względami medycznymi mimo ustalonego pierwszego terminu jaki był sprawozdawany do AP-KOLCE. Po wejściu centralnej e-rejestracji system P1 blokuje takie zapisy ze względu na nieodpowiedni typ slotu. W jaki sposób rejestrować takich pacjentów? Czy w takim wypadku należy podmieniać typ blokady np. z kontynuacji leczenia na pierwszorazowy pilny i synchronizować sloty z P1? Problem dotyczy nie tylko Poradni kardiologicznej, ale też Poradni kardiologii dziecięcej, gdzie są leczone noworodki po wyjściu z oddziału neonatologicznego (wcześniaki).	System umożliwia rejestracje wizyt na sloty utworzone w harmonogramach. Rodzaje slotów to STABILNY, PILNY, UPRZYWILEJOWANY i KONTYNUACJA. Oddzielnie rejestrowane mogą być przypadki nagły dedykowaną usługą w sytuacjach zagrożenia życia. Na wskazane sloty mogą być rejestrowane wizyty. Do rodzaju STABILNY mogą być rejestrowane wizyty pilne jak i uprzywilejowanych pacjentów, natomiast stabilny tylko do slotu stabilnego. Slot w rodzaju kontynuacja leczenia dedykowany jest pacjentom kontrolnym. Według wytycznych kwalifikacja medyczna pacjentów pierwszorazowych wynika z trybu na skierowaniu tj. STABILNY lub PILNY, a w przypadku zmiany kwalifikacji ze stabilnej na pilny następuje przyśpieszenie miejsca pacjenta w kolejce, ale nie wyprzedzenie wszystkich innych pilnych.

Grafiki	Czy jako placówka mamy możliwość usunięcia z grafiku pacjenta (np. dwa dni przed wizytą), z którym nie ma kontaktu (brak odpowiedzi, błędny numer telefonu) i który nie potwierdził swojej obecności na wizycie, aby zwolnić termin dla innego pacjenta?	Ustawa nie przewiduje konieczności potwierdzania przez pacjenta gotowości stawienia się na poradę/badanie. Pacjent ma podejmować działania tylko w przypadku, gdy chce zmiany lub odwołania porady/ badania. Dlatego przyjęcie domniemania, że brak odebrania przez pacjenta telefonu oznacza automatycznie rezygnację z porady nie jest możliwe. Jeśli próba telefonicznego kontaktu pozostaje bez odpowiedzi (np. po 3 wykonanych telefonach) mogą Państwo spróbować skontaktować się z nim za pomocą SMS (obecnie pacjenci są bombardowani taką liczbą fałszywych połączeń, że wiele osób świadomie nie odbiera nieznanego numeru). Placówka otrzymuje informacje o wizycie i danych kontaktowych przekazanych w ramach jej umówienia. Jeśli pacjent w IKP podał nr telefonu i mail wówczas obie te informacje trafią do systemu placówki. Jeśli numery są błędne proszę spróbować się skontaktować z pacjentem mailowo (o ile w IKP udostępnił on swój adres e-mailu lub mają Państwo taki adres w swoich zasobach do kontaktu z pacjentem).
Grafiki	Jak to możliwe ze na już zajęty termin zapisał się dodatkowy Pacjent?	Efekt zdublowanych wizyt na ten sam dzień i godzinę wynika z faktu, że zostały udostępnione dodatkowe wolne sloty w tym terminie, które posiadają status AKTYWNE. Aby zweryfikować, jakie placówka posiada sloty w CeR należy skorzystać z usługi pobrania bazowych danych listy slotów w harmonogramach i następnie sprawdzić ich poprawność. Jeśli sloty zostały utworzone błędnie, należy je usunąć lub oznaczyć jako ZABLOKOWANE. Wówczas nie będą możliwe zapisanie dodatkowych wizyt w tych terminach. Poczekalnia zapisuje wizyty tylko w slotach udostępnionych w systemie oznaczone jako AKTYWNY.
Grafiki	Czy jest rozróżnienie różnych poradni kardiologicznych typu kontroli rozruszników, zaburzeń rytmu serca?	Obecnie ze skierowania brany jest kod specjalności poradni, dane rozpoznania i procedury i po tym jest rozróżnienie dany harmonogram. 1 czerwca 2026 wdrożona została obsługa poradni pokrewnych.
Grafiki	U nas pacjent kontynuujący leczenie zapisuje się z nowym skierowaniem i ląduje w grafiku pierwszorazowym. Co z tym zrobić?	Zgłosić jako błąd do Centrum e-Zdrowia na adres e-rejestracja@cez.gov.pl
Grafiki	Nakładanie się wizyt (2–3 osoby na tę samą godzinę)	Sytuacja ta wskazuje na klasyczny problem implementacyjny, tj. zdublowanie slotów lub ich nadmiarowe udostępnienie na ten sam dzień i godzinę. Terminy są udostępniane przez świadczeniodawcę zgodnie z organizacją harmonogramu pracy placówki. Wymaga to weryfikacji po stronie dostawcy oprogramowania obsługującego grafik w placówce. Bardzo prosimy o przekazanie konkretnych przykładów (daty, godziny, identyfikatory wizyt) na adres e-rejestracja@cez.gov.pl — umożliwi to szczegółową analizę i wskazanie źródła nieprawidłowości.
Grafiki	Pacjent przekonany o rejestracji, brak wizyty w grafiku	Taka sytuacja może wskazywać na brak prawidłowej synchronizacji systemu gabinetowego z CeR, skutkujący nieaktualnym stanem harmonogramu po stronie placówki. To wymaga weryfikacji przez dostawcę oprogramowania placówki.

Grafiki	Prosimy o informację, w jaki sposób powinniśmy przekazać do Centralnej e-Rejestracji w zakresie poradni kardiologicznych, sloty przeznaczone dla poradni kontroli stymulatorów, gdzie pacjent musi mieć wizytę w określonym czasie od wszczepienia. Ten temat był już wielokrotnie poruszany podczas webinariów i czatów, ale wciąż nie widzimy jednoznacznego rozwiązania. Jeśli przekażemy do CeR wolne terminy przeznaczone dla kontroli stymulatorów, to mogą one zostać wykorzystane przez innych pacjentów, którzy chcą zarejestrować się do poradni kardiologicznej ogólnej.	Jeśli w RPWDL podmiot ma komórkę 1562, czyli komórkę zajmującą się kontrolą rozruszników i kardiowerterów – to mogą Państwo takiego MUSia stworzyć i wówczas do tej komórki będą wpadać skierowania, w których wskazano kod poradni 1562. **1 czerwca 2026 zostały wdrożone kody poradni pokrewnych .** Natomiast odnośnie wizyt poszpitalnych pierwszorazowych – w przepisach prawa i umowie z NFZ nie ma wyłączenia dla takich wizyt z zasad kolejkowania . To znaczy, że jeśli pacjent jest pacjentem pierwszorazowym po zabiegu jest kolejkowany zgodnie z ogólnymi zasadami tj. datą zgłoszenia i kategorią medyczną na skierowaniu. Natomiast jeśli Pacjent jest pacjentem kontynuującym leczenie tj.: - był w danej poradni przed zabiegiem w ciągu 730 dni lub - był w innej poradni kardiologicznej w ciągu 730 dni Takiego Pacjenta jako Pacjenta kontynuującego leczenie możecie Państwo przyjąć w terminie wyznaczonym przez siebie (o terminach na kontynuację leczenia decyduje świadczeniodawca).
Grafiki	Jak zachować pierwotną datę wpisu pacjenta w kolejce przy przeniesieniu z kategorii „stabilna” na „pilna”?	CeR zachowuje datę zgłoszenia pierwotnego
Grafiki	Podmioty zgłaszają że pacjenci mają anulowaną wizytę a nikt do anulowania nie chce się przyznać – finalnie okazuje się że pacjent sam anulował wizytę np. przez odpowiedź na SMS z przypomnieniem o zaplanowanej wizycie	Zgłoszenia wymagają indywidualnej analizy, prosimy o przesyłanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl
Grafiki	Dlaczego po anulowaniu wizyty pacjent nadal pojawia się w systemie, zostaje automatycznie zapisany do poczekalni i ponownie przypisany na ten sam termin?	Pytanie wymaga indywidualnej analizy, prosimy o przesyłanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl
Grafiki	Czy mogę zapisać wizytę pilną na slot uprzywilejowany lub stabilny na pilny itd	Wizyta w rodzaju pilny może być zapisana do slotu STABILNY, a przy zapisie bezpośrednio przez MUŚ również do slotu dla pacjentów UPRZYWILEJOWANYCH.
Grafiki	Dlaczego pacjentka nie może zapisać się na profilaktykę w CeR - z powodu interwału, wieku lub niespełniania kryteriów programu? Jakie regulacje określają zasady kwalifikacji i co dodatkowo warto sprawdzić?	Pytanie wymaga indywidualnej analizy, prosimy o przesyłanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl

Grafiki	Czy jeżeli w terminie do 40 dni zwolni sie termin to, czy można przespisac pacjenta , zarejestrowane go na późniejszy termin? Czy tylko i wyłącznie te terminy są dla pacjentów, którzy oczekują na wizytę w poczekalni.	Najważniejszą zasadą CeR jest: brak umawiania Pacjentów pierwszorazowych na terminy powyżej 40 dni. Jeśli w przedziale czasowym do 40 dni Pacjent nie znajdzie wolnego terminu (wyszukiwanie następuje wg wskazanych przez niego kryteriów), wówczas może zapisać się do Poczekalni Usługa Poczekalni w ramach CeR to rozwiązanie, które „pilnuje kolejki" i automatycznie, w momencie pojawienia się wolnego terminu, zapisuje Pacjenta na wizytę zgodnie z kryteriami wyboru i kolejnością zgłoszenia, kategorią medyczną, uprawnieniami. Algorytm weryfikacji i przypisywania na wizyty Pacjentów oczekujących w poczekalni działa raz dziennie na koniec dnia. W przypadku, gdy zwolni się termin na wizytę pierwszorazową w ciągu 40 dni, na ten termin są w pierwszej kolejności umawiani Pacjenci z Poczekalni (są to Pacjenci pierwszorazowi). Natomiast, jeśli zwolni się termin na wizytę pierwszorazową po 40 dniach, na ten termin nie są zapisywani Pacjenci. Pacjenci będą na niego umówieni dopiero gdy termin ten wejdzie w okres 40 dni. Zasady postępowania w centralnej e-rejestracji w przypadku odwołania terminu wizyty: 1. Odwołanie powyżej 72 godzin przed wizytą: •Termin zostaje przypisany Pacjentowi z Poczekalni lub •Termin zostaje udostępniony wszystkim Pacjentom, jeśli nie jest zgodny z kryteriami Pacjentów w Poczekalni. 2. Odwołanie od 48 do 72 godzin przed wizytą: •Termin zostaje zaproponowany Pacjentowi z Poczekalni lub •Termin zostaje udostępniony wszystkim Pacjentom, jeśli nie jest zgodny z kryteriami Pacjentów w Poczekalni. 3. Odwołanie do 48 godzin przed wizytą: •Termin nie jest podejmowany przez Poczekalnię. •Może być wykorzystany tylko w przypadku bieżącego wyszukania terminów na wizytę przez IKP/mojeIKP lub bezpośrednio u Świadczeniodawcy, z zastrzeżeniem weryfikacji i zaproponowania w pierwszej kolejności wizyt Pacjentom oczekującym w kolejce w Poczekalni Dodatkowo, Pacjent w preferencjach może wskazać: •Ile godzin przed wizytą chce otrzymać powiadomienie o wolnym terminie wizyty z możliwością zaakceptowania tego terminu (jego umówienia) - może to zrobić w przedziale od 24 do 96h przed wizytą •Ile godzin przed wizytą system ma automatycznie przydzielić termin (możliwe jest przydzielenie terminu powyżej 24h) System w sposób zautomatyzowany i ciągły monitoruje dostępność wizyt oraz umożliwia ich szybkie ponowne udostępnienie pacjentom oczekującym. Takie rozwiązanie pozwala na efektywniejsze zarządzanie harmonogramami świadczeń i sprzyja skróceniu czasu oczekiwania na wizytę.
Grafiki	Czy w CeR jest możliwość blokady miejsca (np. 10:00-10:15), w którym zarejestrowana jest wizyta (bez wcześniejszego odwołania tej wizyty)?	Tak

Grafiki	Co należy zrobić w momencie kiedy w Poradni Kardiologicznej kilku lekarzy przyjmuje pacjentów tylko z określonym rozpoznaniem. Czy jest możliwość zaznaczenia w centralnej e-rejestracji, aby do tych lekarzy mogli zapisywać się pacjenci pierwszorazowi tylko z tymi rozpoznaniami icd-10?.	Rozpoznania obecnie są tylko na MUŚ. Kiedy któryś z lekarzy przyjmuje pacjentów pierwszorazowych, ale z tylko z określonym rozpoznaniem -taką zmianę planujemy w przyszłości. W ramach zgłoszenia MUŚ do centralnej e-rejestracji, Świadczeniodawca może wskazać jakie rozpoznania są obsługiwane w danym MUś.
Grafiki	Proszę o wskazanie w którym miejscu, z której pozycji jesteśmy jako Szpital w stanie zobaczyć pacjentów oczekujących w poczekalni?	Po zalogowaniu się do aplikacji gabinet.gov.pl mają Państwo możliwość wygenerowania raportu obejmującego pacjentów oczekujących na umówienie wizyty. Raport pobrany przez użytkownika w roli Lekarza zawiera dane identyfikacyjne.
Grafiki	Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji dotyczącej zapisywania pacjentów po przebytym udarze do centralnej e-rejestracji na wizyty u kardiologa. Pacjenci ci wymagają konsultacji w ściśle określonych terminach, zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego. W związku z tym proszę o wyjaśnienie: • czy istnieje możliwość uwzględnienia takich zaleceń przy rejestracji pacjenta pierwszorazowego • czy przewidziane są specjalne ścieżki lub procedury dla pacjentów wymagających pilnych konsultacji kardiologicznych, którzy nie powinni czekać na najbliższy wolny termin u specjalisty, który często przekracza 40 dni.	centralna e-rejestracja pozwala na obsługę wizyt pierwszorazowych oraz na kontynuację leczenia. W ramach udostępniania terminów przyjęto podział na rodzaje slotów: stabilny, pilny, uprzywilejowany (dla Pacjentów pierwszorazowych) oraz kontynuacja leczenia (dla Pacjentów "kontrolnych"). Wizyty kontrolne w centralnej e-rejestracji umawiane są wyłącznie przez świadczeniodawcę zgodnie z planem leczenia. Umówienie takiej wizyty następuje poprzez system gabinetowy Placówki w ramach wydzielonego slotu na wizyty kontrolne. Pacjent przez IKp/mojeIKP nie może się umówić na taką wizytę. Może ją tylko odwołać. Dedykowane sloty dla wizyt pierwszorazowych (kontynuacji leczenia szpitalnego w AOS i dla koordynatorów KSK) planowane są do wdrożenia przez Centrum e-Zdrowia w czerwcu br.
Grafiki	Czy położna poradni ginekologicznej (posiada uprawnienia) może pobierać badanie w dniu w którym nie przyjmuje lekarz (np. dwa poniedziałki w miesiącu ,żaden lekarz nie pracuje w poradni)?? Pozwoliłoby nam to na zwiększenie ilości wolnych terminów na badanie profilaktyczne. (Położna nie ma swojego gabinetu zabiegowego, więc pobierać mogłaby tylko w dni w które nie ma lekarza)	W odniesieniu do AOS - praca poradni ginekologiczno-położniczej tj. godziny zgłoszone do NFZ jako czas pracy poradni obejmuje godziny pracy w niej lekarza. Procedury wykonywane przez pozostały personel medyczny na ogół mają charakter komplementarny. W związku z powyższym z uwagi na fakt, że etap podstawowy programu jest produktem skojarzonym z poradnią ginekologiczno-położniczą, nie ma możliwości rozdzielenia świadczeń udzielanych przez samą położną niezależnie od całego harmonogramu pracy poradni (lekarza).

Grafiki	Czy jeśli placówka nie ma przez jakiś czas dostępu do Internetu, a pacjent zostaje zapisany w trybie offline to czy w momencie przywrócenia dostępu do Internetu, dane (harmonogram) się synchronizują i pacjent z wizytą zapisaną bez dostępu do sieci będzie widoczny w CeR? Czy placówka nie może zapisać pacjenta bez dostępu do sieci?	Jeśli w placówce odcina Internet, nie może ona zapisać pacjenta, bo nie wie czy w danym momencie ten termin nie został zajęty przez innego pacjenta z IKP. Zasadą cer jest (szczególnie w takich przypadkach), że dane referencyjne są zawsze centralne. Czyli CeR to baza danych terminów dla których jest następujące. 1. Świadczeniodawca może Pacjentowi zaproponować zaproponować termin i wstępnie go zapisać 2. SWD powinien poinformować pacjenta, że faktyczny termin musi potwierdzić z systemem centralnym 3. Po przywróceniu połączenia z P1 SWD powinien zsynchronizować dane, jeśli termin jest dalej wolny - zapisuje i info przekazuje do CeR; jeśli nie szuka nowego terminu i zapisuje lub zapisuje do Poczekalni. Pierwszeństwo mają wpisy dokonane w bazie CeR, na tym polega kolejkowanie - liczy się data dokonania zgłoszenia (do CeR)
Grafiki	czy przekazujemy harmonogramy do badań- posiadamy harmogramy w które wpisywaniu są pacjenci na badania np holtery i taki harmonogram nie posiada przydzielonego lekarza czy taki harmonogram też trzeba przekazywać ?	Holter - wskazuje na "kontynuację leczenia" i jeśli jest to z wykazywane do NFZ jako wizyta kardiologiczna to tak. Grafiku na same badania holter nie zgłaszamy do CeR
Grafiki	czy trzeba tworzyć osobne harmonogramy dla pacjentów pierwszorazowych i osobny dla kontynuujących leczenie czy może to być na jednym harmonogramie?	To może być jeden harmonogram, ale oddzielne sloty - w ramach jednego harmonogramu można utworzyć sloty pierwszorazowe i na kontynuację
Grafiki	Czy jest możliwość stworzenia dwóch rodzajów slotów? Pierwszy byłby przeznaczony dla pacjentek rejestrowanych przez IKP (CER), a drugi dla naszej poradni, z myślą o pacjentkach będących aktualnie na wizycie kontrolnej, które mogą zostać objęte programem. Sloty te byłyby niedostępne do rejestracji przez CER.	Tak, jest taka mozliwość, z tym, że drugi slot z myślą o pacjentkach będących aktualnie na wizycie kontrolnej, które mogą zostać objęte programem - musi być zablokowany tak aby nie był dostępny dla pacjentek rejestrujacych się przez IKP
Grafiki	Jak rozdzielić grafik lekarza na porady ginekologiczne od grafiku na badanie profilaktyczne	Może istnieć harmonogram równoległy na programy profilaktyczne, bez slotów gdzie jeśli w trakcie porady zostanie podjęta decyzja, że badamy profilaktycznie to wtedy następuje rejestracja slotu i wizyty. Może być wydzielone z grafiku lekarza np. 30 min tylko na CeR i badania profilaktyczne tylko to może być trudniejsze z uwagi na obłożenie specjalistów. Ewentualnie zawsze rozwiązaniem jest gabinet położnej w godzinach pracy lekarza , w którym można dla położnej wydzielić grafik w CeR na badania profilaktyczne PRSMHPV. Ponadto dla używających gabinet.gov - w gabinet.gov.pl można utworzyć w jednym harmonogramie albo dwóch na jednego pracownika medycznego tyle slotów ile potrzeba, nawet na te same dni i godziny.
Grafiki	Kontynuacja leczenia na slotach pierwszorazowych	Usunięcie niepoprawnych wpisów w Poczekalni, umówienie pacjentów na kontynuacje leczenia na slotach o rodzaju „kontynuacja_leczenia”.

Grafiki	W systemie centralnej e-rejestracji nie utworzono slotów dedykowanych na wizyty poszpitalne	Odnośnie wizyt poszpitalnych pierwszorazowych – w przepisach prawa i umowie z NFZ nie ma wyłączenia dla takich wizyt z zasad kolejkowania. To znaczy, że jeśli pacjent jest pacjentem pierwszorazowym w poradni kardiologicznej po zabiegu jest kolejkowany zgodnie z ogólnymi zasadami tj. datą zgłoszenia i kategorią medyczną na skierowaniu. Natomiast jeśli Pacjent jest pacjentem kontynuującym leczenie tj.: - był w danej poradni przed zabiegiem w ciągu 730 dni lub - był w innej poradni kardiologicznej w ciągu 730 dni Takiego Pacjenta jako Pacjenta kontynuującego leczenie możecie Państwo przyjąć w terminie wyznaczonym przez siebie (o terminach na kontynuację leczenia decyduje świadczeniodawca).
Grafiki	Jak obsłużyć rożne specjalnośći (poradnie pokrewne) w ramach harmonogramu ?	W CeR (od czerwca 2026) mogą Państwo w ramach MUŚ wskazać obsługę tzw. pokrewnych kodów specjalności. Wówczas dla konkretnego harmonogramu mogą Państwo wskazać jaki kod specjalności jest w ramach harmonogramu obsługiwany np. 1562 Poradnia kontroli rozruszników i stymulatorów. Tym samym w tym samym MUŚ jest możliwość obsługi różnych specjalności.

Grafiki	Proszę sie o odniesienie sie do informacji, jaka otrzymaliśmy od dostawcy oprogramowania (w dniu 28.05.2026): koncepcja Centralnej e-Rejestracji przygotowana przez CeZ zakłada wydzielanie oddzielnych bloków godzinowych dla pacjentów pierwszorazowych oraz dla pacjentów kontynuujących leczenie. Oznacza to, że zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia oraz CeZ sytuacja, w której pacjenci pierwszorazowi i kontynuacyjni są rejestrowani naprzemiennie, jest rozwiązaniem niepożądanym. W taki sposób został również przygotowany model organizacji grafików po stronie CeR.Oczywiście technicznie istnieje możliwość tworzenia bloków o długości pojedynczej wizyty, jednak w praktyce stanowi to raczej obejście przyjętych założeń organizacyjnych.Wielokrotnie podczas spotkań w Ministerstwie Zdrowia wskazywałem, że sposób organizacji rejestracji narzucany przez MZ i CeZ wprowadza bardzo istotne zmiany w funkcjonowaniu placówek medycznych, nakładając na nie obowiązek zmiany dotychczasowego sposobu pracy.Do momentu wdrożenia Centralnej e-Rejestracji placówki mogły rejestrować pacjentów naprzemiennie, dbając przede wszystkim o osiągnięcie wymaganej liczby pacjentów pierwszorazowych. Po wdrożeniu CeR placówki będą musiały organizować konkretne bloki czasowe, np.:„czwartek 8:00–12:00 – pacjenci pierwszorazowi".Niestety zgłaszane przeze mnie uwagi w tym zakresie nie zostały uwzględnione, tak jak i inne. W MZ panuje przekonanie, że lepiej wiedzą jak funkcjonują placówki medyczne w zakresie obsługi pacjentów.Podsumowując — naprzemienna rejestracja pacjentów kontynuacyjnych i pierwszorazowych nie jest modelem pracy przewidywanym przez CeZ w ramach Centralnej e-Rejestracji. Próba pracy w tym modelu będzie się wiązała z ogromem pracy związanym z tworzeniem i zarządaniem grafikami w taki sposób.	Swiadczeniodawcy mogą organizować wizyty naprzemiennie. Nie ma zaleceń ani ze strony MZ ani CeZ dot. organizacji pracy ani organizacji grafików po stronie świadczeniodawców. Podkreślamy, że leży to każdorazowo w gestii świadzceniodawcy

Grafiki	Co robić w sytuacji, kiedy np. z powodu choroby technika badania w danym dniu nie odbędą się?	W takim przypadku postępują Państwo tak jak dotychczas. Sytuacje incydentalne, losowe jak np. choroba personelu mogą się zdarzyć, natomiast nie powinny one ograniczać pacjentom dostępu do świadczeń, dlatego jeśli wizyta została wyznaczona, to powinna odbyć się we wskazanym terminie. Jeżeli nikt nie jest w stanie zastąpić personelu, to powinni Państwo odwołać wizyty na badania dzwoniąc do pacjenta i informując o tym, a badania anulować w systemie. Jeżeli od razu umawiali Państwo na inny termin badania to tak też teraz powinno się odbyć.
Grafiki	Czy udostępniając terminy w kardiologii powinniśmy już wysłać przyszły 2027 rok nie mając pewności czy zostaną przedłużone z nami umowy z NFZ czy na razie skupiamy się na roku bieżącym?	Obowiązujące przepisy nie nakładają obowiązku udostępniania terminów na cały kolejny rok kalendarzowy. Świadczeniodawcy realizujący świadczenia objęte centralną elektroniczną rejestracją są obowiązani prowadzić harmonogramy przyjęć i udostępniać je w systemie CeR wraz z dostępnymi terminami udzielania świadczeń. Zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji harmonogram udostępnia się na okres nie krótszy niż 3 pełne miesiące kalendarzowe następujące po miesiącu jego udostępnienia oraz nie dłuższy niż 5 lat. Należy jednak podkreślić, że obecnie pacjenci są wpisywani do harmonogramów niezależnie od okresu obowiązywania aktualnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co zapewnia ciągłość rejestracji i dostęp do świadczeń. Gdyby świadczeniodawcy odmawiali rejestracji pacjentów na terminy wykraczające poza okres obowiązywania aktualnej umowy, mogłoby to prowadzić do nieuzasadnionego ograniczenia dostępności świadczeń oraz sztucznego blokowania kolejek. Jednocześnie obowiązują procedury określające sposób postępowania z pacjentami w przypadku nieprzedłużenia umowy albo zaprzestania udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę z innych przyczyn. Reasumując - świadczeniodawcy powinni, tak jak dotychczas, tworzyć i udostępniać harmonogramy przyjęć zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Grafiki	Jak powinni wyglądać przygotowanie harmonogramu pobierania materiału do badania HPV-HR w centralnej e-rejestracji (CeR)	1. Zasada ogólna •Dla pobrań materiału w poradni gin-poł należy utworzyć odrębny grafik •Każdy zdefiniowany grafik (wariant A i B) musi mieścić się w zakresie godzin pracy poradni/lekarza zadeklarowanych w umowie z NFZ 2. Wariant A: W poradni przyjmuje wyłącznie lekarz •Sposób 1 (Blokowanie slotów): 1.Przygotuj grafik oraz sloty dla pobrać materiału na test HPV (tak jak na zwykłe porady lekarskie) równolegle na porady gin-poł 2.Grafik powinien być zintegrowany z CeR (tj. badania umówione w tym grafiku muszą być automatycznie przekazywane do CeR) 3.Zablokuj sloty, aby były niewidoczne na Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). 4.Jeśli pacjentka podczas rejestracji lub samej wizyty wyrazi chęć badania odblokuj slot (zgodny z godziną wizyty) i zarejestruj wizytę na pobranie materiału przed udzieleniem świadczenia. •Sposób 2 (Dynamiczne dodawanie slotów): 1.Przygotuj grafik z wyprzedzeniem, ale bez dodawania konkretnych slotów. 2.Grafik powinien być zintegrowany z CeR (tj. badania umówione w tym grafiku muszą być automatycznie przekazywane do CeR) 3.Jeśli pacjentka podczas rejestracji lub samej wizyty wyrazi chęć badania dodaj nowy slot (zgodny z godziną wizyty) i zarejestruj wizytę na pobranie materiału przed udzieleniem świadczenia. 3. Wariant B: W poradni przyjmuje lekarz oraz położna (w osobnym gabinecie) Jeżeli położna realizuje pobrania w dedykowanym gabinecie, procedurę można w pełni zautomatyzować: •Przygotuj grafik oraz sloty zgodnie z czasem pracy poradni. •Rejestrację na pobranie mat. będzie można zrobić wtedy, kiedy pacjentka zgłosi się do placówki (osobiście lub telefonicznie) przed udzieleniem świadczenia. •Terminy te będą widoczne dla pacjentek na IKP, co umożliwia im samodzielną rezerwację dedykowanej wizyty u położnej. Korzyści dla placówki: •Podczas umawiania terminu badania CeR automatycznie sprawdza w SIMP kwalifikację pacjentki. NIE TRZEBA SPRAWDZAC W SIMP! •Umówienie badania powoduje automatyczną rejestracje badania w SIMP!
Grafiki	lekarz realizuje trzy usługi to trzeba przygotować trzy grafiki, czy placówka ma przesłać 3 grafiki oddzielne w 3 plikach, czy w jednym pliku?	Nie, harmonogram ma 3 procedury i do tego harmonogramu przekazują wizyty wskazują dla odpowiedniech, właściwą procedure.

Grafiki	Czy będą wprowadzone blokady, aby pacjenci po wszczepionych urządzeniach lub z konkretnymi rozpoznaniami nie trafiali do losowo przydzielonego lekarza?	Państwo tworząc grafik ze wskazaniem pracownika medycznego powinni określać procedury, jakie są obsługiwane przez tego konkretnego specjalistę. Trwają prace nad analogicznym rozwiązaniem w kontekście rozpoznań, tzn. aby dany grafik mogli Państwo powiązać z obsługiwanymi w nim rozpoznaniami.
Grafiki	W naszym szpitalu raz w miesiącu pracownia rezonansu magnetycznego przesyła listę pacjentów na sobotę, w celu wyłączenia urządzenia. Są to pacjenci zarówno pierwszorazowi, jak i w kontynuacji leczenia. Nie jesteśmy w stanie przewidzieć ilości pacjentów jak i utworzyć na przyszłość grafiku, tak aby nikt z cer-u nie wpisał się wolne sloty. Jak możemy to rozwiązać?	Udostępniane przez Państwa sloty dla wizyt pierwszorazowych, jeżeli są w statusie AKTYWNY są automatycznie dostępne dla pacjentów wyszukujących terminy z IKP/MojeIKP czy też umożliwiają zapis do Państwa wykonany na prośbę pacjenta przez inny podmiot. Jedynie na slotach pierwszorazowe w statusie ZABLOKOWANY nie jest możliwa operacja zapisu na wizytę.
Grafiki	Lekarz ginekolog przyjmuje w określone dni tygodnia w poradni ginekologiczno-położniczej, ale nie wykonuje badan HPV. W tym czasie asystuje mu położna, która to badanie wykonuje. Czy u tej samej pacjentki może być wykonana wizyta w poradni ginekologicznej, która wykonuje lekarz i jednocześnie badanie profilaktyczne HPV, które robi położna?	Tak, u tej samej pacjentki może być wykonana wizyta w poradni ginekologicznej, którą wykonuje lekarz i jednocześnie badanie profilaktyczne HPV, które robi położna.
Grafiki	Mamy pacjentów zapisanych do kardiologa na 12 miesięcy do przodu m.in. wizyty w kontynuacji. Lekarze zgłaszają konieczność zmiany terminów np. nieobecność za 8 miesięcy z powodu urlopu. Jak przenieść tych pacjentów? CeR blokuje taką operację i odsyła do poczekalni nawet pacj. w kontynuacji.	W przypadku pacjentów kontynuujących leczenie CeR nie blokuje takiej operacji, zatem dokonujecie Państwo przeniesienia terminów. Można wykorzystać usługę CeR zbiorczego przenoszenia wizyt. Natomiast w odniesieniu do pacjentów pierwszorazowych przepisy ustawy pozwalają na umawianie pacjentów wyłącznie w okresie 40 dni i taka walidacja została zaimplementowana w CeR. Bardzo prosimy o informowanie pacjentów pierwszorazowych, że poczekalnia da szansę tym pacjentom na znalezienie wcześniejszego terminu niż ten, który zostanie zaproponowany przez świadczeniodawcę. Taki jest też cel i zasady działania poczekalni.
Grafiki	Co w sytuacji kiedy lekarz zakończył współpracę z podmiotem (kardiolog). Świadczeniodawca zapewnia ciągłość przez zatrudnienie kolejnego lekarza. W jaki sposób i kiedy przepisać pacjentów pierwszorazowych?	Jeśli w ciągu najbliższych 40 dni mają Państwo dostępne terminy dla wizyt pierwszorazowych można wykonać operację zmiany terminu wizyty. W przypadku braku dostępnych terminów w tym okresie wizyty pierwszorazowe należy anulować, pacjenci zostaną zapisani do poczekalni, która wyznaczy termin wizyty zgodnie z preferencjami. W przypadku pacjentów kontynuujących leczenie CeR nie blokuje takiej operacji, zatem dokonujecie Państwo przeniesienia terminów.
Grafiki	Jakie są oficjalne rekomendacje w zakresie tworzenia grafików dla pacjentów uprzywilejowanych? Czy bezpieczniej jest rezerwować dla nich sztywne, dedykowane sloty w grafiku, czy raczej dopisywać ich na dodatkowe miejsca np. w dniu zgłoszenia?	W zakresie organizacji harmonogramów, CeR nie narzuca świadczeniodawcom długości wizyt, liczby pacjentów przypadających na określone przedziały czasowe ani sposobu organizacji pracy poradni. Parametry harmonogramów, czasy trwania wizyt oraz konfiguracja slotów pozostają w gestii świadczeniodawcy i powinny być dostosowane do specyfiki danej poradni/doświadczeń organizacyjnych placówki oraz być zgodne z umowami zawartymi z NFZ. Oznacza to, że świadczeniodawca zachowuje możliwość takiej konfiguracji grafików, która będzie uwzględniała lokalne uwarunkowania czy specyfikę populacji pacjentów

Grafiki	Osobny grafik dla określonej grupy pacjentów Czy w ramach Centralnej e-Rejestracji istnieje możliwość utworzenia i prowadzenia osobnego grafiku dla określonej grupy pacjentów lub rozpoznań? Przykładem są pacjenci po ukończeniu 18. roku życia, po przebytym leczeniu onkologicznym, którzy pozostają pod stałą kontrolą immunologa. Czy dla takiej grupy (np. rozpoznania D80, D80.1 itd.) możliwe jest prowadzenie odrębnego grafiku, niezależnego od standardowej kolejki oczekujących?	Z opisu wynika, ze są to wizyty kontrolne - świadczeniodawca może tworzyć grafiki wg potrzeb i ustawić wizyty zgodnie z planem leczenia W CER w zakresie wizyt pierwszorazowych i kontrolnych w grafikach można definiować rozpoznania wg ICD 10 i procedur ICD9.
Grafiki	Pytanie odnoście harmonogramu do poradni chorób zakaźnych a dokładnie Poradni Wirusowego Zapalenia Wątroby: w naszej poradni zajmujemy się wyłącznie leczeniem wirusów wątroby i niczym innym, nie prowadzimy badań w kierunku leczenia Boleriozy ani innych chorób zakaźnych, jak więc to się ma do "nie blokowania kodów ICD10" z tymi jednostkami chorobowymi, którymi się nie zajmujemy? Pacjent się u nas zapisze do poczekalni, będzie czekał kilka miesięcy na wizytę , wejdzie do gabinetu i usłyszy od lekarza , przykro mi bardzo ale proszę szukać właściwej placówki ponieważ u nas nie leczymy np Boleriozy, wścieklizny, toksomlazmozy itd	W CER w zakresie wizyt pierwszorazowych i kontrolnych w grafikach można definiować rozpoznania wg ICD 10 i procedur ICD9. Dzięki temu na wizytę zapiszą się tylko pacjenci, którzy mają w przypadku wizyt pierwszorazowych na e-skierowaniu takie konkretne rozpoznanie. Wizytami kontrolnymi zarządza placówka
Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	Jaki kod / kody procedur to świadczenia kardiologiczne? - Chodzi dokładnie o te dla których można i powinno się zrobić zasilenie inicjalne.	Dane o procedurach należy podać zgodnie z danymi zawartymi w systemach własnych Świadczeniodawcy. System eRejestracji pozwala wskazać procedury zgodne ze słownikiem kodów procedur ICD-9. Te informacje (jakie kody) powinien wskazać Świadczeniodawca zgodnie z udzielanymi świadczeniami i prowadzonymi harmonogramami.
Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	Zasilenie inicjalne może i powinien objąć dłuższy okres niż 40 dni. Pytanie: pierwsze 40 dni to pacjenci pierwszorazowi oraz kontynuacje, a co po tych 40 dniach? Czyli tam powinni być wysłani TYLKO pacjenci w trybie kontynuacji. Tak? Czy ci pierwszorazowi po 40 dniach z automatu wpadną do poczekalni.	Terminy umówione przed dołączenie do centralnej e-rejestracji są przekazywane do systemu centralnego w ramach zasilenia inicjalnego i nie ulegają zmianie (Pacjenci zachowują swoje terminy). Zasada ta dotyczy zarówno Pacjentów pierwszorazowych jak i kontynuujących leczenie. W przypadku, gdy zwolni się termin na wizytę pierwszorazową w ciągu 40 dni, na ten termin są w pierwszej kolejności umawiani Pacjenci z Poczekalni (są to Pacjenci pierwszorazowi). Natomiast, jeśli zwolni się termin na wizytę pierwszorazową po 40 dniach, na ten termin nie są zapisywani Pacjenci. Pacjenci będą na niego umówieni dopiero gdy termin ten wejdzie w okres 40 dni. W przypadku kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może umawiać Pacjentów w dowolnym okresie zgodnie z planem leczenia.

Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	Pytania pacjentów o sposób zapisania się do poczekalni, brak dostępnych terminów, nieobecność najbliższej placówki w CeR oraz ograniczony zakres świadczeń?	Brak terminów oznacza, że placówka: nie udostępniła slotów w CeR, albo wszystkie dostępne terminy zostały już zarezerwowane. CeR nie generuje terminów samodzielnie pobiera je od świadczeniodawców. Placówka nie widnieje w CeR - oznacza to, że dana placówka nie podłączyła swojego systemu do CeR lub nie udostępnia jeszcze wybranych zakresów świadczeń. Dlaczego dostępne są tylko określone zakresy świadczeń? Zakresy widoczne w CeR zależą wyłącznie od tego, co dany podmiot zgłosił i udostępnił. CeR prezentuje tylko to, co placówka przekazała przez integrację.
Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	świadczeniodawca ma w umowie AOS (poradnia ginekologiczna) z NFZ produkt pobranie HPV oraz w umowie z POZ (gabinet położnej środowiskowej) . Dotychczas pobierał hpv w ramach poradni ginekologicznej. Czy wobec tego wystarczy jak zgłosi tylko MUŚ z poradni ginekologicznej czy musi zgłosić obydwa. Zgłoszenie dwóch muś i dwa harmonogramy wygeneruje tylko problemy organizacyjne dwa grafiki ta sama położna.	Świadczeniodawca musi zgłosić oba MUS.
Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	Czy grafiki na 3 miesiące (pierwsze zasilenie) mają mieć charakter kroczący? Czy będzie weryfikacja wieku pacjneta przy zapisie do poradni Neonatologicznej. Mozna zapisywać na pierwszą wizytę dzieci w 1 roku życia .	Rekomendujemy dokonanie zasilenia inicjalnego dla całości harmonogramu, który Państwo posiadają. Po aktywacji MUŚ pacjentów pierwszorazowych będą mogli zapisywać Państwo max na 40 dni, stąd też zalecenie, aby zasilenia dokonać dla całości zapisanych wizyt zanim aktywują Państwo MUŚ. System CeR prowadzi weryfikację wieku pacjenta podczas zapisywania na wizytę
Integracja systemu gabinetowego z e-rejestracją	Co z zakresem zakresu 11.1100.011.02 nadzór telemetryczny , który był do tej pory rejestrowany w 1100 poradnia kardiologiczna oraz do harmonogramu 60004 , a teraz nie może iść do Ceru. wizyty nadal są do poradni kardiologicznej ale nie rozliczane jako 1100.01 tylko nadzór telemetryczny	Każda umówiona wizyty (pierwszorazowa i kontynuacja leczenia) musi zostać przekazana do systemu centralnego CeR. Jeśli jakieś świadczenie udzielane w zakresie objętym CeR nie może zostać przekazane, wówczas należy przesłać zgłoszenie do CeZ na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl.
Poczekalnia	Czy możemy wyznaczyć Pacjentowi termin za rok zgodnie z naszą kolejką, czy musi on trafić do Poczekalni (bo nie mamy terminu w ciągu 40 dni od dnia zgłoszenia)?	Jeśli w centralnej e-rejestracji nie zostaną znalezione wolne terminy Pacjent powinien zostać zapisany do Poczekalni.

Poczekalnia	Czy pacjent będzie umieszczony w wykazie oczekujących: - jeśli przez 40 dni od dnia dokonania zgłoszenia nie zostanie wskazany mu termin udzielenia świadczenia? Np. Wariant 1: Pacjent zgłasza się 1.01. , podmiot ma 40 dni na przydzielenie terminu i 10.01. wskazuje termin 1.07. – Pacjent nie będzie umieszczony w wykazie; Wariant 2: Pacjent zgłasza się 1.01. , podmiot ma 40 dni na przydzielenie terminu i 1.03. wskazuje termin 1.07. – pacjent będzie umieszczony w wykazie) , czy - jeśli nie zostanie wskazany termin udzielenia świadczenia, które odbędzie się do 40 dni od dnia dokonania zgłoszenia Czy chodzi o okres na UDZIELENIE ŚWIADCZENIA (świadczenie musi się odbyć 40 dni od zgłoszenia), czy jak mówi rozp. okres na PRZYDZIELENIE TERMINU UDZIELENIA ŚWIADCZNIA (świadczenie nie musi się odbyć 40 dni od zgłoszenia)	Zgodnie z § 9. 1. centralna e-rejestracja dotyczy Świadczeniobiorcy: 1) zgłaszającego się w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, po raz pierwszy – zgłoszenie centralne stanowi podstawę do przydzielenia Świadczeniobiorcy dostępnego terminu udzielenia takiego świadczenia u wybranego świadczeniodawcy albo umieszczenia tego Świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących, jeżeli przydzielenie terminu udzielenia takiego świadczenia nie jest możliwe w terminie co najmniej 40 dni od dnia dokonania zgłoszenia centralnego przez Świadczeniobiorcę, w tym z powodu braku dostępnych wolnych terminów spełniających kryteria, o których mowa w ust. 4. Powyższy zapis nie oznacza, że Pacjent otrzyma termin wizyty w ciągu 40 dni. Oznacza on, że jeśli Pacjent nie może znaleźć wolnego terminu wizyty w okresie 40 dni, wówczas zostanie zapisany do Poczekalni (centralnego wykazu oczekujących). Pacjent będzie umieszczony w wykazie oczekujących (Poczekalni), jeśli nie zostanie wskazany mu termin udzielenia świadczenia, które odbędzie się do 40 dni od dnia dokonania zgłoszenia.
Poczekalnia	Dlaczego w przypadku rezygnacji Pacjenta i anulowaniu wizyty w IKP - ten termin jest przypisywany Pacjentowi z Poczekalni? Zgodnie z przepisami o kolejce oczekującej, w przypadku uwolnienia się terminu, termin ten otrzymuje pierwszy Pacjent następny z kolejki.	W ramach centralnej e-rejestracji powstaje centralny wykaz oczekujących (Poczekalnia). Zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego centralnej e-rejestracji wolne terminy są przypisywane Pacjentom oczekującym w Poczekalni. Pacjenci już umówieni, mogą również sami zmienić lub zrezygnować z obecnego terminu wizyty.
Poczekalnia	Czy Pacjent z Poczekalni zostanie zapisany w miejsce rezygnacji Pacjenta pierwszorazowego czy również tego w kontynuacji leczenia, który zwolnił termin rezygnując z wizyty?	Poczekalnia dotyczy tylko Pacjentów pierwszorazowych. Pacjent oczekujący w Poczekalni może zostać zapisany tylko na termin przeznaczony dla Pacjentów pierwszorazowych (tzw. sloty stabilny, pilny lub uprzywilejowany). Sloty dla kontynuacji leczenia są przeznaczonego tylko dla wizyt kontrolnych.
Poczekalnia	Jak ma się Poczekalnia w stosunku do kolejki oczekujących, kiedy to w przypadku zwolnionego terminu powinniśmy przesunąć całą kolejkę Pacjentów pierwszorazowych, zgodnie z kolejnością zgłoszenia - tego wymaga od nas NFZ?	Poczekalnia automatycznie zarządza priorytetem przyjęcia Pacjenta i przesuwa listę oczekujących Pacjentów na przydzielenie terminu udzielenia świadczenia. Termin zwolniony w krótkim czasie przed terminem wizyty, zostanie udostępniony Pacjentom zapisanym w Poczekalni (z uwzględnieniem priorytetu) oraz Placówce, tj. właścicielowi harmonogramu.
Poczekalnia	Co w przypadku, kiedy zapisy do Poradni Kardiologicznej są na rok 2025, ale w przychodni zatrudnia się nowy lekarz, zgodnie z przepisami powinniśmy przepisać całą kolejkę, czy teraz skorzysta z tego pacjent przebywający w poczekalni?	Tak, nowe wolne terminy zostaną wykorzystane przez Pacjentów oczekujących w Poczekalni, która przydzieli terminy wg kryteriów: 1) wskazanych przez pacjenta dot. m.in. terminu, placówki, lokalizacji, pracownika medycznego; 2) terminu dokonania zgłoszenia centralnego; 3) kategorii medycznej (stabilny, pilny)

Poczekalnia	Pacjent z poczekalni nie może ""wskoczyć"" w wolny termin, bo zgodnie z ustawą świadczeniodawca jest zobowiązany w to miejsce umówić oczekującego już pacjenta - art. 20 ust 9a". 1) Pacjent już oczekujący nie wie o tym, że ktoś zwolnił termin, jeśli o tym nie zostanie powiadomiony przez świadczeniodawcę. W taki razie zapisy rozporządzenia pozostają w sprzeczności z ustawą.	W ramach centralnej e-rejestracji powstaje centralny wykaz oczekujących (Poczekalnia). Zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego centralnej e-rejestracji wolne terminy są przypisywane Pacjentom oczekującym w Poczekalni. Pacjenci już umówieni, mogą również sami zmienić lub zrezygnować z obecnego terminu wizyty.
Poczekalnia	Odwołanie wizyty poniżej 48 przed zaplanowanym terminem, jak placówka może umówić pacjenta - ona nie wie kto jest w poczekalni (kto otrzymał informację) i jak powyższe ma się do obowiązku zapewnienia przyjęcia "za kolejnością"?	Terminy odwołany 48 h przed wizytą będzie możliwy do przekazania przez właściciela harmonogramu gdzie został termin odwołany dla innego pacjenta jak również będzie dostępny do przekazania kolejnemu pacjentowi z poczekalni (zgodnie z ustalonym priorytetem i kolejnością centralnych zgłoszeń w poczekalni)
Poczekalnia	Czy w momencie zwalniania terminu przez Pacjenta na wizytę pierwszorazową (odwołanie wizyty), Placówka może w jakiś sposób przytrzymać ten termin, aby nie został automatycznie przypisany Pacjentowi w Poczekalni zgodnie z atrybutami slotu?	Postępowanie jest takie jak w przypadku anulowanej wizyty. Jeśli wizyta została anulowana, to w zależności do tego jak odległy jest to termin, będzie mógł on być podjęty przez Poczekalnię. Jeśli termin był z najbliższych 48h, wówczas Poczekalnia nie podejmie terminu.
Poczekalnia	Czy jeżeli Pacjent czeka na termin przydzielony lub w poczekalni i nastąpi jego zgon to co się dzieje z terminem wyznaczonym lub miejscem w poczekalni?	Jeśli dany Pesel otrzyma wpis z informacją z Rejestru stanu cywilnego o dacie zgonu wówczas eRejestracja anuluje wizytę/usuwa wpis Pacjenta w poczekalni.
Poczekalnia	Jeżeli pacjent trafi do "poczekalni" to rejestracja nie przekaże informacji o dacie i godzinie wizyty w momencie zapisu. Pacjent otrzyma informację, że nie udało się ustalić pierwszego wolnego terminu w ciągu najbliższych 40 dni. Czy przepisy w tym obszarze również ulegną zmianie?	W ramach zapisu do poczekalni w systemie e-Rejestracji zwracana jest informacja o tzw. prognozowanym terminie udzielenia świadczenia jednak nie jest to finalny termin kiedy wizyta się odbędzie. Prognoza zwracana jest w oparciu o kryteria wprowadzone do zgłoszenia do poczekalni. Jeśli będzie dostępny termin na wizytę pierwszorazową w ciągu 40 dni od daty wyszukiwania wówczas pacjent może zostać zapisany na wizytę.
Poczekalnia	A co z zachowaniem równego dostępu? Na zwolniony termin wskoczy nowa osoba zamiast przesunięcia kolejki.	Odnosząc się do pytania o zachowaniu równego dostępu, kiedy zostanie zwolniony termin, z którego skorzysta osoba z poczekalni zamiast przesunięcia kolejki to w ramach centralnej e-rejestracji powstała tzw. Poczekalnia. Zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego centralnej e-rejestracji wolne terminy są przypisywane Pacjentom oczekującym w Poczekalni. Poczekalnia odpowiada za ustawienie zgłoszeń Pacjentów zgodnie z priorytetem przyjęcia w oparciu o kryteria w zgłoszeniu, datę zgłoszenia oraz uprawnienia Pacjenta (pilny, uprzywilejowany). Poczekalnia odpowiada za przesunięcie pacjentów i przekazywanie informacji o terminie wizyty z zachowaniem kolejności zgłoszeń centralnych. Dzięki temu Świadczeniodawca nie musi przesuwać kolejki oczekujących. Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące posiadania tylko slotów pierwszorazowych to organizacją slotów i harmonogramów zajmuje się świadczeniodawca.

Poczekalnia	A/ Czy świadczeniodawca może zapisać pacjenta na wizytę pierwszorazową w terminie powyżej 40 dni? B/ Czyli jak mamy pierwszy wolny termin dla pierwszorazowych dopiero za 12 miesięcy to przez ponad 10 miesięcy nie możemy nikogo zapisać aż pwt się zbliży do 40 dni?	A/ Jeśli w ciągu 40 dni świadczeniodawca lub świadczeniobiorca nie znajdzie terminu to Pacjent trafia do poczekalni B/ Tak. Natomiast jeżeli zwolni się jakiś termin np. do 48 godzin to wtedy placówka ma możliwość umówienia na ten termin, aby nie przepadł. Usługa Poczekalni to rozwiązanie, które „pilnuje kolejki" i automatycznie, w momencie pojawienia się wolnego terminu, zapisuje Pacjenta na wizytę zgodnie z kryteriami wyboru i kolejnością zgłoszenia, kategorią medyczną, uprawnieniami.
Poczekalnia	Jak obecnie działa algorytm wyliczania prognozowanego terminu wizyty w Poczekalni?	Prognoza to nie przypasowanie do konkretnego terminu, który jest fizycznie w harmonogramach świadczeniodawców tylko predykcja/symulacja/estymacja na podstawie tego kiedy świadczeniodawca udostępnia terminy, kiedy udostępniał w przeszłości, jakie są kryteria, jaka jest podstawa wizyty. Szacowany termin nie jest powiązany z fizycznie dostępnym terminem. Przypisanie do poczekalni odbywa się codziennie w nocy - algorytm weryfikuje w perspektywie 40 dni dostępne terminy i przypisuje zgłoszenia do poczekalni z najwyższym priorytetem do terminów według kryteriów zgłoszenia. Terminy zablokowane nie są brane pod uwagę przez poczekalnię (dotyczy statusu slotu ZABLOKOWANY lub przerwy na slocie). Sloty w rodzaju STABILNY/PILNY/UPRZYWILEJOWANY dedykowane są pacjentom pierwszorazowym. Slot w rodzaju kontynuacja leczenia dedykowany jest pacjentom kontrolnym, których termin ustala poradnia lecząca pacjenta, poczekalnia nie zapisuje na te sloty.
Poczekalnia	Brak dostępu do „poczekalni" pacjentów Placówka nie ma możliwości zarządzania pacjentami, których sama zapisała lub którzy wybrali wyłącznie naszą placówkę, co uniemożliwia m.in. wcześniejsze proponowanie zwolnionych terminów.	Placówki mają dostęp do 2 raportów (imienny z danymi pacjentów i liczbowy) dot. Pacjentów oczekujących w poczekalni do wybranego świadczeniodawcy na stronie gabinet.gov.pl i w swoich systemach gabinetowych. Bardzo prosimy o kontakt z Państwa dostawcą oprogramowania gabinetowego. W przypadku identyfikacji błędu podczas dostępu do tych danych, prosimy o jego zgłoszenie do Centrum e-Zdrowia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl.
Poczekalnia	Długotrwałe oczekiwanie pacjentów w poczekalni oraz brak pacjentów na najbliższe dni Pacjenci oczekują miesiącami w poczekalni i nie zapisują się na konkretne wizyty. Jednocześnie w terminarzu na najbliższe dni nadal brakuje pacjentów (problem był przez nas kilkukrotnie zgłaszany do pomocy gabinet.gov). Powoduje to niewykorzystane miejsca oraz przestoje w pracy lekarzy. Aby uniknąć pustych terminów, zmuszeni jesteśmy przyjmować nowych pacjentów„z okienka", co nie zawsze jest możliwe.	Przyczyna może tkwić w kryteriach zdefiniowanych przez Pacjentów, którzy mogą wybierać datę wizyty, dzień tygodnia lub pracownika medycznego. Jeśli Państwo podejrzewają inne przyczyny lub błąd w działaniu centralnej e-rejestracji należy zwrócić się o wyjaśnienie konkretnych przypadków do Centrum e-Zdrowiana adres: e-rejestracja@cez.gov.pl. W zgłoszeniunależy podać szczegółowe dane dotyczące osoby długo oczekującej w poczekalni lub dane dotyczące wizyty na, którą nie są zapisywani pacjenci, a wizyta zostaje niewykorzystana.

Poczekalnia	Pacjenci wpisywani z poczekalni do terminarza z co najmniej 21-dniowym wyprzedzeniem Aby pacjenci mogli odpowiednio wcześniej zaplanować pracę i inne obowiązki, muszą być informowani o terminach z minimum 21-dniowym wyprzedzeniem. Obecny system nie zapewnia takiej możliwości, co skutkuje rezygnacją pacjentów i utratą świadczeń.	W Poczekalni można ustawić kryteria przy wyszukiwaniu wizyty: data wizyty od – do, ew. godziny rozpoczęcia wizyty oraz preferowane dni tygodnia. Zapewni to zapisanie się na wizytę w preferowanym przez Pacjenta terminie. Ponadto trwają prace dot. wdrożenia zmiany pozwalającej Pacjentowi określić z jakim wyprzedzeniem centralna e-rejestracja będzie przydzielała termin, tj. Pacjent przy zapisie do Poczekalni wskaże, ile dni z wyprzedzeniem chce dowiedzieć się o wizycie. Jeśli wybierze np. 2 tyg., wówczas nie otrzyma terminu wcześniejszego niż dwa tygodnie (dzięki temu Pacjent nie otrzyma natychmiastowej propozycji wizyty, którą musiałby odrzucać).
Poczekalnia	Pacjent nie dokonywał rejestracji samodzielnie, a termin został mu automatycznie przypisany z poziomu tzw. „poczekalni". Pacjenci często nie są świadomi, że w ogóle widnieją na liście osób zapisanych.	Pacjenci, którzy nie znaleźli w zadanych przez siebie kryteriach wyszukiwania wolnego terminu wizyty są zapisywani do poczekalni. W momencie, kiedy poczekalnia znajdzie i przydzieli im termin zgodny z tymi kryteriami każdorazowo pacjenci otrzymują o tym informację w wiadomości SMS. Ponadto powiadomienia przypominające o wizycie są wysyłane na 7 i 1 dzień przed wizytą z systemu centralnego. Jeśli pacjent w swoim IKP błędnie wpisał nr tel. czy e-mail lub są to dane nieaktualne wówczas nie mają Państwo możliwości skontaktować się z pacjentem. To pacjent odpowiada za poprawność i aktualizację swoich danych w IKP, w przypadku błędów w danych nie otrzyma informacji z poczekalni i przypomnień o wizycie – w konsekwencji czego jego wizyta przepadnie. Państwo w grafikach oznaczają ją jako nie odbytą, a tym samym pacjent traci tą wizytę i nie trafia już do poczekalni (musi od początku umawiać wizytę).
Poczekalnia	Jak obecnie działa algorytm wyliczania prognozowanego terminu wizyty w Poczekalni?	Prognoza to nie przypasowanie do konkretnego terminu, który jest fizycznie w harmonogramach świadczeniodawców tylko predykcja/symulacja/estymacja na podstawie tego kiedy świadczeniodawca udostępnia terminy, kiedy udostępniał w przeszłości, jakie są kryteria, jaka jest podstawa wizyty. Szacowany termin nie jest powiązany z fizycznie dostępnym terminem. Przypisanie do poczekalni odbywa się codziennie w nocy - algorytm weryfikuje w perspektywie 40 dni dostępne terminy i przypisuje zgłoszenia do poczekalni z najwyższym priorytetem do terminów według kryteriów zgłoszenia. Terminy zablokowane nie są brane pod uwagę przez poczekalnię (dotyczy statusu slotu ZABLOKOWANY lub przerwy na slocie). Sloty w rodzaju STABILNY/PILNY/UPRZYWILEJOWANY dedykowane są pacjentom pierwszorazowym. Slot w rodzaju kontynuacja leczenia dedykowany jest pacjentom kontrolnym, których termin ustala poradnia lecząca pacjenta, poczekalnia nie zapisuje na te sloty.

Poczekalnia	Wielokrotnie odnotowujemy sytuacje, w których pacjenci, mimo wcześniejszego potwierdzenia terminu wizyty, nie zgłaszają się na wyznaczony termin lub rezygnują z wizyty, w tym za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP). W takich przypadkach pacjent zostaje oznaczony jako „niezgłoszenie się" lub rezygnuje z wizyty, jednak system CeR automatycznie ponownie umieszcza go w „poczekalni". W konsekwencji pacjenci ci są ponownie, automatycznie przypisywani do kolejnych wolnych terminów, na które ponownie się nie zgłaszają lub z których ponownie rezygnują. Mechanizm ten ma charakter cykliczny i prowadzi do wielokrotnego zajmowania wolnych slotów przez te same osoby, co skutkuje generowaniem „pustych" wizyt oraz dezorganizacją pracy poradni.	Pacjenci mogą umawiać się na wizyty 2 sposobami - przez placówkę lub przez IKP/moje IKP. W przypadku gdy wizyta została umówiona przez placówkę - informacje o tej wizycie przekazywane są do CeR - nie oznacza to, że pacjent został umówiony przez CeR. Jedynie dane pacjenta zostały przekazane do CeR. Zgodnie z zasadami CeR, jeśli Pacjent pierwszorazowy anuluje wizytę (samodzielnie przez IKP lub w placówce) - automatycznie zostaje zapisany do poczekalni. Pacjent może usunąć wpis do poczekalni przez IKP/ mojeIKP lub może to zrobić też każdy Świadczeniodawca przez gabinet.gov.pl jak wyszuka wpisy do poczekalni danego pacjenta. Bardzo prosimy o informowanie pacjentów o tej zasadzie. Ministerstwo Zdrowia również będzie prowadziło taką kampanię informacyjną. Jeśli na wizycie nie pojawi się Pacjent, świadczeniodawca musi oznaczyć taką wizytę jako niezrealizowaną. Wówczas system centralnej e-rejestracji nie zapisze Pacjenta do Poczekalni. Pacjent zostaje usunięty z kolejki zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach i takie dane powinny zostać automatycznie przekazane do CeR.
Poczekalnia	Dlaczego Pacjent wraca ciągle do poczekalni, pomimo że anulował wizytę	Pacjenci mogą umawiać się na wizyty 2 sposobami - przez placówkę lub przez IKP/moje IKP. W przypadku gdy wizyta została umówiona przez placówkę - informacje o tej wizycie przekazywane są do CeR - nie oznacza to, że pacjent został umówiony przez CeR. Jedynie dane pacjenta zostały przekazane do CeR. Zgodnie z zasadami CeR, jeśli Pacjent pierwszorazowy anuluje wizytę (samodzielnie przez IKP lub w placówce) - automatycznie zostaje zapisany do poczekalni. Pacjent może usunąć wpis do poczekalni przez IKP/ mojeIKP lub może to zrobić każdy Świadczeniodawca przez gabinet.gov.pl jak wyszuka wpisy do poczekalni danego pacjenta. Jeśli na wizycie nie pojawi się Pacjent, świadczeniodawca musi oznaczyć taką wizytę jako niezrealizowaną. Wówczas system centralnej e-rejestracji nie zapisze Pacjenta do Poczekalni. Pacjent zostaje usunięty z kolejki zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach i takie dane powinny zostać automatycznie przekazane do CeR.
Poczekalnia	Do 22.01.2026 mamy w poradni kardiologicznej kolejkę wynoszącą 40 dni więc obecnie zapisujemy pacjentów do poczekalni. pierwszy wolny termin mam na 02.03.2025 jeśli czas oczekiwania skróci się do np. 39 dni to mam zapisywać pacjentów do kolejki i podawać konkretny termin wizyty czy nadal do poczekalni? Szacuję że mamy już w poczekalni kilkadziesiąt osób a jeszcze z nich nikogo system nie wpisał na wizytę.	Najważniejszą zasadą CeR jest brak umawiania w zakresie kardiologii Pacjentów pierwszorazowych na terminy powyżej 40 dni. Pacjenta pierwszorazowego należy zapisać do Poczekalni, aby, tak jak inni Pacjenci, którzy zgłosili się wcześniej, oczekiwał w kolejce w Poczekalni. Nie można go umieszczać przed kolejką Pacjentów oczekujących w Poczekalni i zapisywać na terminy, na które oczekują ci Pacjenci. W ten sposób CeR ma zapewnić sprawiedliwe kolejkowanie pacjentów. W przypadku, gdy zwolni się termin na wizytę pierwszorazową w ciągu 40 dni, na ten termin są w pierwszej kolejności umawiani Pacjenci z Poczekalni (są to Pacjenci pierwszorazowi). Natomiast, jeśli zwolni się termin na wizytę pierwszorazową po 40 dniach, na ten termin nie są zapisywani Pacjenci. Pacjenci będą na niego umówieni dopiero gdy termin ten wejdzie w okres 40 dni. W przypadku kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może umawiać Pacjentów w dowolnym okresie zgodnie z planem leczenia.

Poczekalnia	Czy Pacjentów ze skierowaniem pilnym lub z uprawnieniami(np. kobiety w ciąży, osoby ze znacznym stopniem i inni) też mam umawiać tylko przez poczekalnię?	System centralnej e-rejestracji jest obsługiwany przez system gabinetowy placówki oraz IKP/mojeIKP (umawiane przez pacjentów samodzielnie i tylko na wizyty pierwszorazowe). Placówka może umawiać wizyty na następujące rodzaje slotów: STABILNY, PILNY, UPRZYWILEJOWANY i KONTYNUACJA. Do rodzaju STABILNY mogą być rejestrowane wizyty ze skierowaniem "pilne" jak i uprzywilejowani pacjenci, natomiast pacjenta ze skierowaniem w trybie "stabilny" można przypisać tylko do slotu stabilnego. Slot w rodzaju kontynuacja leczenia dedykowany jest natomiast pacjentom kontrolnym. Poza wymienionymi slotami dostępnymi w harmonogramie, oddzielnie rejestrowane mogą być przypadki nagłe w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta. Poczekalnia dotyczy tylko Pacjentów zapisujących się na wizyty pierwszorazowe w kardiologii. Jeśli w ciągu 40 dni nie jest możliwe znalezienie terminu wizyty odpowiadającego Pacjentowi, wówczas może zostać on zapisany do Poczekalni. Nie ma możliwości wyboru konkretnego terminu powyżej 40 dnia od wyszukiwania. Terminy na wizyty pierwszorazowe są widoczne tylko w okresie do 40 dnia od dnia wyszukiwania, oczywiście o ile są dostępne. Pacjent w oparciu o zapisane zgłoszenie otrzymuje zwrotnie prognozę przydzielania terminu wizyty. Jeśli preferencje Pacjenta ulegną zmianie, może wykonać edycję swojego zgłoszenia w poczekalni. Wówczas system ponownie zweryfikuje i przedstawi w nową prognozę przydzielania terminu wizyty. Edycja możliwa jest z poziomu konta IKP pacjenta oraz Świadczeniodawcy, nie ma ograniczeń w tym zakresie co do ilości modyfikacji, jednak każda zmiana będzie powodowała ponowne przeliczenie prognozy przez system. W przypadku pacjentów uprzywilejowanych, w centralnej e-rejestracji obowiązuje dotychczasowe prawo i dalej należy udzielić świadczenia w terminie określonym przez ustawę. Na ten moment, w centralnej e-rejestracji, pacjent nie może samodzielnie zapisać się na wizytę korzystając ze swojego przywileju (tj. w slocie uprzywilejowany). Może to zrobić tylko placówka, która obecnie weryfikuje jego uprawnienia. W tym celu musi się on bezpośrednio się z nią skontaktować. Zrealizowanie wizyty w terminie określonym przez prawo umożliwić powinny powyżej wspomniane dedykowane sloty dla tych pacjentów. W gestii świadczeniodawcy pozostaje zatem takie zarządzanie slotami, aby móc zrealizować obowiązek prawny wynikający ze statusu uprzywilejowania pacjenta. W przypadku chęci upewnienia się, że harmonogram wizyt jest prawidłowo skonfigurowany, proszę skontaktować się z dostawcą oprogramowania. Pacjent uprzywilejowany nie może zostać zapisany do poczekalni, gdyż traci wówczas swoje uprawnienia - Poczekalnia jest kolejką do wszystkich Świadczeniodawców, a zgodnie z ustawą Pacjent korzysta z przywileju u konkretnego Świadczeniodawcy i musi zostać wpisany do jego harmonogramu. W przypadku anulowania wizyty pierwszorazowej przez Pacjenta uprzywilejowanego, którego uprawnienia potwierdził Świadczeniodawca, Pacjent zapisywany jest do Poczekalni tracąc ten przywilej. Jeśli chodzi o kolej o Pacjentów ze skierowaniem pilnym, to mogą oni zostać zapisani do poczekalni. W poczekalni
Poczekalnia	Stare skierowanie — system pozwolił na zapis do poczekalni mimo kont	W takim przypadku należy zgłosić to jako błąd do Centrum e-Zdrowia na adres e-rejestracja@cez.gov.pl

Poczekalnia	Czy jeśli placówki wycofują skierowania z realizacji natomiast nie anulują wizyty to pacjenci nie mogą zapisać się sami, ale również poczekalnia nie może zapisać pacjenta?	Pytanie wymaga indywidualnej analizy, prosimy o przesyłanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl
Poczekalnia	Nie jest realizowana zasada z uoś: Pacjent, który nie przyszedł na wizytę nie został usunięty z Poczekalni?	Jeśli wizyta nie odbyła się z powodu niezgłoszenia się pacjenta na termin i pacjent go nie odwołał, należy oznaczyć wizytę w systemie statusem NIEZREALIZOWANA Z WINY PACJENTA. Wówczas nie jest tworzone automatycznie zgłoszenie w poczekalni. Świadczeniodawca powinien zweryfikować konkretny przypadek, w jaki sposób wizyta w eRejestracji została oznaczona oraz sprawdzić co jest przekazywane z systemu zewnętrznego do eRejestracji. W przypadku, gdy powyższe czynności nie powodują, że pacjent jest usuwany z kolejki w CeR (poczekalni), należy przekazać szczegółowe informacje na e-rejestracja@cez.gov.pl.
Poczekalnia	Pacjent oczekujący w Poczekalni ma zawężone kryteria co do terminu wizyty (np.. konkretna placówka i konkretna data). Co się stanie jeśli na ten dzień nie wystawimy slotów?	Pacjenci, których kryteria wizyty będą nie do spełnienia dostaną komunikat z prośbą o zmianę swoich kryteriów w poczekalni.
Poczekalnia	Na jakiej zasadzie poczekalnia sortuje pacjentów? Chodzi o to, skąd CeR wie, że dany pacjent ze skierowaniem "pilny" jest bardziej"pilny" niż inny?	Obecnie poczeklania widzi i bierze pod uwagę kolejkując pacjentów tylko: datę zgłoszenia, kategorię pacjenta (pilny, stabilny), uprawnienia dod., kryteria wskazane przez pacjenta(lokalizacyjne, daty, dot. miejsca realizacji świadczenia)
Powiadomienia i komunikaty	Na jakich stronach dostępne są informacje dotyczące centralnej e-rejestracji? Czy nie może powstać lista newsletterowa lub ogłoszenia na portalu NFZ, tak samo jak komunikat o webinarze?	Informacje dostępne są na stronie: https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer
Powiadomienia i komunikaty	Gdzie zostanie udostępniona prezentacja lub nagranie z webinaru oraz zbiór pytań i odpowiedzi?	Na stronie MZ została udostępniona prezentacja z webinaru z dnia 20.08.2024 r.: https://www.gov.pl/web/zdrowie/prezentacja-z-webinaru-ws-centralnej-e-rejestracji. Prezentacja oraz zbiór pytań i odpowiedzi dostępne są również na stronie centralnej e-rejestracji: https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer
Powiadomienia i komunikaty	Czy system przewiduje możliwość przekazania dodatkowych informacji w momencie zarejestrowania się świadczeniobiorcy? Np "Proszę zabrać ze sobą ostatnie zdjęcia mammograficzne"?	Centralna e-rejestracja przewiduje możliwość przekazania dodatkowych informacji w momencie przekazania danych dotyczących grafików, np. informacji dla Pacjenta: "Proszę zabrać ze sobą ostatnie zdjęcia mammograficzne".
Powiadomienia i komunikaty	Jakie są konkretne kontakty w poszczególnych oddziałach NFZ do zadawania pytań i rozwiewania wątpliwości?	Prosimy o kontakt z właściwym oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.
Powiadomienia i komunikaty	Czy co tydzień jest ten sam webinar?	Webinar odbywa się co tydzień. Prezentacja jest uzupełniana o zagadnienia z najczęściej zadawanych pytań oraz kwestie techniczne dotyczące zasilenia inicjalnego i funkcjonowania Centralnej e-rejestracji

Powiadomienia i komunikaty	W przypadku ankiet wypełnianych przez Pacjentki przed badaniem mammograficznym, nie mamy możliwości zmiany w ankiecie, w pytaniu o zabiegi chirurgiczne w obrębie piersi, odpowiedzi na pytanie w SIMP. Jeśli pacjentka zapisze się przez e-rejestrację nie ma możliwości edycji pytania w simp, numer nadawany jest automatycznie i my po zgłoszeniu się pacjentki edytujemy z nią ankietę- odpowiedzi na pytania (nie ma możliwości zmiany odpowiedzi na to pytanie w przypadku zapisu pacjentki zapisanej przez e-rejestrację). do NFZ: czy możemy poprosić o weryfikację, potwierdzenie, że taki problem występuje i ew. propozycje co zrobić, żeby była możliwość	System SIMP jest dostosowany w ten sposób, że z założenia do programu „wpuszczane są osoby zdrowe" lub zarejestrowane jako po leczeniu systemowym i tak jest w przypadku każdej rejestracji nie tylko przez CeR. W związku z tym zablokowane są do dalszej edycji jedynie pola związane z zabiegiem na piersi, pozostałe są oczywiście do edycji. Wydaje się, że może chodzić o następujące sytuacje: 1. Osoba po leczeniu systemowym, ale bez historii leczenia w systemie NFZ – taki przypadek wydaje się być mocno wątpliwy/realny 2. Osoba po zabiegach na piersi tzw. nieonkologicznych – należy wpisać informację w uwagach. Jednocześnie warto byłoby prześledzić konkretne sytuacje jakie zgłaszają SWD a takie tu nie zostały przekazane.
Powiadomienia i komunikaty	Czy przewidziana jest dystrybucja przez MZ lub NFZ gotowych materiałów edukacyjnych/informacyjnych dla pacjentów o tematyce CeR?	Materiały informacyjno-promocyjne są dostępne na stronie: https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer
Powiadomienia i komunikaty	Czy do raportu inicjalnego, jeśli pacjent nie podał numeru telefonu można podać numer 0 lub do rejestracji placówki ??	Pod numery podanych telefonów wysyłane są SMS - wówczas Pacjent nie dostanie powiadomienia.
Powiadomienia i komunikaty	Czy jest możliwość przeszkolenia personelu z zakresu ustalania harmonogramów zarówno w kardiologii jak i programie profilaktyki raka piersi	Szkolenia z zakresu ustalania harmonogramów w systemie gabinetowym podmiotu powinien przeprowadzić dostawca. Proces może się różnić w każdym systemie gabinetowym. Centralna e-rejestracja nie zmienia zasad zarządzania grafikiem w Placówce. Jeżeli chodzi o zasady funkcjonowania centralnej e-rejestracji, w każdy wtorek o 13:00 odbywa się webinar organizowany przez Ministerstwo Zdrowia. Link do webinaru znajduje się na stronie: https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer

Powiadomienia i komunikaty	Czy Ministerstwo planuje formy wsparcia edukacyjnego i informacyjnego nie tylko dla placówek uczestniczących w pilotażu, ale również dla lekarzy POZ oraz pacjentów?	Tak, MZ wspólnie z CeZ i NFZ planuje wiele akcji informacyjnych zarówno dla pracowników Placówek jak i Pacjentów. Dla pracowników Placówek (pracowników medycznych oraz pracowników e-rejestracji): - webinary w każdy wt. o godz. 13.00. Link jest dostępny na stronie MZ poświęconej centralnej e-rejestracji, CeZ również będzie zapraszał na warsztaty w ramach Akademii CeZ - prezentacja na konferencjach branżowych oraz spotkaniach organizowanych przez NIL, NIPiP czy okręgowe izby - każdy większy podmiot wdrażający CeR może zgłosić potrzebę dedykowanego spotkania dla swoich pracowników, wówczas będziemy spotykać się indywidualnie, ale podstawą są informacje przekazywane podczas webinaru - na stronie https://www.gov.pl/web/zdrowie/centralna-e-rejestracja-cer na bierząco aktualizowane są informacje oraz materiały edukacyjne dla placówek medycznych Dla Pacjentów: - informacje w mediach (internet, media społ.) - dedykowana kampania w TV i radio - webinary dedykowane dla Pacjentów
Powiadomienia i komunikaty	Pacjenci zapisujący się przez IKP do CER nie mają wiedzy, żeby przynieść ze sobą posiadaną dokumentację medyczną, którą wymagamy podczas pierwszej wizyty w poradni. Oczekiwalibyśmy w tym temacie pomocy, a mianowicie możliwości wprowadzenia pod daną poradnią krótkiej wskazówki, jak pacjent powinien się przygotować do wizyty, - czy jest to możliwe?	Zgodnie z ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia wszyscy świadczeniodawcy (art. 11 i 56 Ustawy SIOZ) zobowiązani są udostępniać dokumentację medyczną w postaci zdarzeń medycznych i elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) w centralnym systemie zdrowia P1. Zatem w pierwszej kolejności świadczeniodawca powinien pobierać dokumentację medyczną pacjenta wytworzona przez inne podmioty z systemu centralnego. Pacjent powinien dać zgodę danemu lekarzowi w placówce na dostęp do jego dokumentacji. W CeR zostanie dodany komunikat dla Pacjenta o konieczności udostępnienia takiej dokumentacji. W przypadku gdy Pacjent nie udzieli takiego dostępu lekarzowi przed wizytą wówczas lekarz ma możliwość wystąpienia o taką zgodę w trakcie wizyty. Jest to usługa systemu centralnego , która powinna zostać udostępniona w Państwa systemie gabinetowym. W przypadku dokumentacji, która nie została udostępniona w powyższy sposób, CeR przewiduje możliwość przekazania dodatkowych informacji w danych wizyty „dodatkowe informacje”. W polu tym można wskazać konieczność przyniesienia dokumentacji oraz innych danych dot. przygotowania się do wizyty. Sposób zamieszczania informacji w tym polu należy ustalić z dostawcą Państwa oprogramowania sytemu gabinetowego

Powiadomienia i komunikaty	Jeśli pacjent odwoła wizytę w IKP, gdzie przyjdzie powiadomienie do placówki? Na gabinet.gov?	Jeśli pacjent odwoła wizytę to nie przyjdzie powiadomienie na gabinet.gov. pl, Pacjent otrzymuje powiadomienia na wskazany kontakt.
Powiadomienia i komunikaty	Codzienne SMS-y po anulowaniu wizyty i brak możliwości jej usunięcia	W przypadku wizyt pierwszorazowych ich anulowanie skutkuje automatycznym wpisem do poczekalni, co powoduje utrzymanie miejsca na liście oczekujących i generowanie kolejnych propozycji terminu. Jeżeli pacjent nie oczekuje dalszej wizyty, poradnia może anulować zgłoszenie w poczekalni, a pacjent może również usunąć je samodzielnie w IKP/mojeIKP. Jeżeli wystąpiła sytuacja, w której nie było możliwe anulowanie wizyty w CeR, prosimy o przekazanie konkretnych przypadków do weryfikacji na adres e-rejestracja@cez.gov.pl
Powiadomienia i komunikaty	Informacje o anulowaniu wizyty, której nikt nie anulował	Automatyczne anulowanie w systemie może dotyczyć wyłącznie sytuacji odnotowania zgonu pacjenta w rejestrach. W pozostałych przypadkach anulowanie jest rejestrowane w systemie i możliwe do prześledzenia. Również w tym zakresie niezbędne są konkretne przykłady, które pozwolą przeanalizować historię zdarzeń i ustalić przyczynę komunikatu.
Powiadomienia i komunikaty	Mam pytanie odnośnie punktu - przypomnienia o wizycie wysyła CeR - czy zawsze? Czy wysłanie SMS zależy od ustawień na IKP pacjenta i jeżeli nie będzie miał włączonych Powiadomień SMS i odklikanej zgody przy "Chcę otrzymywać powiadomienia w formie SMS" to przypomnienie nie będzie wysłane?	Jeżeli pacjent umawia się przez placówkę to CeR korzysta z kontaktu podanego podczas wizyty, wysłanego przez placówkę. Jeżeli pacjent umawia się przez IKP/mojIKP CeR korzysta z wskazanego kontaktu (musi podać choć jeden kanał kontaktu) przy umawianiu online.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Mammografia - czy istnieją dodatkowe wymagania przy rejestracji zdarzenia medycznego po przystąpieniu do pilotażu?	Wymagane jest przekazanie informacji o Zdarzeniu Medycznym. Jeżeli to dotyczy programów profilaktycznych, właściwym typem jest 20 - Badanie (test) przesiewowe. Obowiązek przekazywania informacji o indeksie EDM wynika z przepisów ustawy o SIOZ i nie jest warunkiem udziału w pilotażu lub uzyskania wynagrodzenia w ramach uczestnictwa.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Jak wysłać typ 20 - Badanie (test) przesiewowe ZM z wizyty poradnianej a nie z wizyty diagnostycznej?	W ramach eRejestracji nie wyszczególniamy wizyt poradnianych, czy wizyt diagnostycznych. Wizyta umawiana jest na konkretną procedurę. W zakresie sprawozdawania Zdarzeń Medycznych z wizyt w eRejestracji na badanie programu zdrowotnego (mammografia, cytologia) prosimy o kontakt z dostawcą oprogramowania. Wymaganym jest konkretny typ Zdarzenia tj. 20- badanie (test) przesiewowe.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Problem pojawia się w przypadku mammografii - jest ona wykonywana np. w poniedziałek, a opis w innym dniu, nie do końca potrafimy zintegrować to ze zdarzeniami medycznymi.	Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MZ, wymagane jest przekazanie tylko Zdarzenia Medycznego dla zrealizowanego badania mammografii. W programach profilaktycznych właściwym typem jest 20 - Badanie (test) przesiewowe. Obowiązek przekazywania informacji o indeksie EDM wynika z przepisów ustawy o SIOZ i nie jest warunkiem udziału w pilotażu lub uzyskania wynagrodzenia w ramach uczestnictwa. Czyli podsumowując data opisu badania nie jest istotna w rozliczeniu programu w pilotażu.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy warunek opłacenia świadczenia "umówienie przez CER" dotyczy wszystkich wizyt, czy tylko pierwszorazowych?	Jeśli świadczeniodawca nie przeniesie pełnych harmonogramów (wizyty pierwszorazowej i kontrolne) do systemu centralnego z systemu gabinetowego i nie będzie umawiał Pacjentów w centralnej e-rejestracji to za takie świadczenia, które były umówione i zrealizowane POZA centralną e-rejestracją NFZ wstrzyma płatności. („Art. 154a. 1. Ustawy).

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Zagadnienie rejestracji na bieżąco. Teoretycznie można, ale boimy się, że w procesie np. opóźnień synchronizacji, badania mogą zostać zbyt późno zaraportowane do P1 i w wyniku tego nierozliczone.	Aktualizacja danych o terminach i wizytach musi odbywać się "live". Do tego wykorzystywane są funkcje notyfikacji opisane w dokumentacji integracyjnej funkcjonalności eRejestracji. Powyższe powinien zapewnić dostawca Państwa oprogramowania.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy w poradni ginekologicznej podczas wizyty lekarz ginekolog pobierający wymaz ctyologia/HPV HR może zarejestrować w tym dniu pacjentkę do cer i sprawozdać porade i profilaktykę poza zakresem skojarzony, a przez CER?	Cytologia przesiewowa oraz test HPV HR jest produktem skojarzonym w ramach poradni ginekologiczno-położniczej i powinna być możliwa do wykonania w ramach grafiku Poradni. Ponieważ ww. badania są produktami skojarzonymi powinny wykonane w ramach godzin takich jak wizyty ginekologiczne w poradni gin-położniczej w ramach godzin pracy Poradni określonych w umowie z NFZ. Pobranie materiału do badania przesiewowego w AOS sprawozdawane są w SIMP a rozliczone poprzez komunikat SWIAD (proces automatyczny dla badań zatwierdzonych w SIMP). NFZ prosi o zapoznanie się z instrukcjami zamieszczanymi w SIMP, w tym w szczególności z "Instrukcją użytkownika systemu SIMP dla programu profilaktyki raka szyjki macicy realizowanego testem HPV HR w triage z cytologią płynną (LBC)" w wersji 1.3 . Jednocześnie informujemy, że nie można sprawozdać porady i profilaktyki poza zakresem skojarzonym przez CER (w Cer nie sprawozdaje się porady tylko samo pobranie do badania przesiewowego).
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Nasze oprogramowanie medyczne jeszcze nie jest dostosowane do centralnej e rejestracji, wiec korzystamy z gabinet gov. I teraz pytanie: pacjentka musi być zapisana do gabinetu gov (do rozliczenia) do SIMPA (do rozliczenia z NFZ) i do naszego oprogramowania medycznego (żeby np? wysłać zdarzenie medyczne)? Czy tak? czy sam gabinet gov i SIMP wystarcza?”	1. Zapis na wizytę również przez gabinet już rejestruje badanie w SIMP. W danych wizyty jest zwracany numer badania SIMP. 2. Zdarzenie można wysłać z gabinet.gov.pl – na wszystkie pytania odpowiada instrukcja w aplikacji dla użytkownika dostępna po zalogowaniu w prawym górnym rogu strony głównej aplikacji.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Jak będą rozliczane badania mammograficzne wykonane od lipca, tj. na chwilę obecną wystawiane są faktury w Systemie Informatycznym Monitorowania Profilaktyki. Czy od lipca 2026 się to zmieni?	Nie planujemy obecnie zmian w zakresie procesu rozliczania po stronie świadczeniodawcy. jedyna zmiana, która zostanie wprowadzona w tym procesie, to weryfikacja, czy świadczenia, które zostały wskazane jako zrealizowane, zostały umówione zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji. taka weryfikacja leży po stronie NFZ i CeZ.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Proszę o informację czy w przypadku korzystania z CeR dla rozliczenia z NFZ będzie obowiązywał wymóg nie tylko rejestracji w CeR, ale również zarejestrowanie zdarzenia medycznego?	w odpowiedzi na pytania uprzejmie wyjaśniam, że korzystanie z centralnej e-Rejestracji (CeR) nie zwalnia świadczeniodawcy z obowiązków wynikających z ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (SIOZ), w szczególności w zakresie rejestracji i raportowania zdarzeń medycznych. Natomiast rozliczenie świadczenia z NFZ nie jest powiązane z faktem wysłania zdarzenia medycznego do P1. Obowiązek udostępniania terminów do centralnej e-Rejestracji oznacza, że świadczeniodawca przekazuje do CeR terminy odpowiadające faktycznej dostępności realizacji danego świadczenia, zgodnie z organizacją pracy podmiotu oraz warunkami umowy z NFZ.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy raport na gabinet gov zawiera dane pacjentów? Czy jest to raport z	Raport z poczekalni nie zawiera obecnie danych pacjentów.

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy do Zdarzeń Medycznych w ramach Centralnej eRejestracji oraz rozliczeń z NFZ nie jest wymagany adres pacjenta? Obecnie przy zapisach pacjenta przez IKP ten adres nie jest nam udostępniany, a co za tym idzie pacjent po przyjściu do naszej placówki musi udać się do rejestracji tylko po to, aby podać nam swój adres. Powyższa czynność jest moim zdaniem zbędna, ponieważ ten adres jest w IKP pacjenta i mogło by się to przesyłać razem z zapisem.	Adres nie jest udostępniamy, na tę chwilę nie sa planowane zmiany, rejestracja przez IKP dot. pierwszorazowych (kardiologia). Często przy pierwszej wizycie pacjenci wypełniają rózniez różnego rodzaju oświadzcenia/upoważnienia i jednocześnie mogą uzupełnić adres
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Pytania dot. aktualizacji mapek podmiotów CeR	Pytania wymagają indywidualnej analizy, prosimy o przesyłanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy MZ przewiduje zapłatę wszystkie wykonane za wykonane w 2025 pobrania HPV (jest to procedura nielimitowana), obecnie CER to dla mnie właśnie HPV, a nie zapłacono mi nadal za 15 wykonanych pobrań ?	Muszą być spełnione warunki: - status wizyty: zrealizowana - poprawnie wysłane zdarzenie medyczne Należy zweryfikować z dostawcą oprogramowania czy warunki te zostały spełnione. Jeśli tak - zgłoszenie wniosku dot. płatnosci do NFZ
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy jest szansa, żeby w raporcie z gabinet.gov: "Pacjenci oczekujący na umówienie na wizytę" znajdowały się dane umożliwiające identyfikację pacjenta?	Jeżeli chodzi o raporty w gabinet.gov.pl dot. pacjentów w poczekalni, to powinniście Państwo widzieć dwa raporty: 1.SER_PAC_POCZ_PODM Pacjenci oczekujący na umówienie na wizytę Lista/wykaz pacjentów, którzy w ramach tzw. "poczekalni" oczekują na umówienie/wyznaczenie wizyty w danym podmiocie (wskazali dany podmiot jako preferowany). Tutaj są dane osob. Pacjenta. 2.SER_PAC_POCZ_PODM_ADM Pacjenci oczekujący na umówienie na wizytę (dla administratora podmiotu) Lista/wykaz pacjentów, którzy w ramach tzw. "poczekalni" oczekują na umówienie/wyznaczenie wizyty w danym podmiocie (wskazali dany podmiot jako preferowany) - dla administratora podmiotu
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy wstrzymania płatności mogą być częściowe (procentowe) i obejmować tylko miejsca udzielania świadczeń, które nie są zintegrowane z CeR (np. jeden z 8 MUŚ)?	Mając na uwadze zasady wyznaczania terminów w centralnej e-rejestracji w ramach MUŚ, informacja o realizacji tego obowiązku będzie przekazywana przez Centrum e-Zdrowia w szczegółowości do każdego MUŚ realizującego świadczenia w zakresie objętym centralną e rejestracją zgodnie z umową z Funduszem.Przepisy ustawy nie wskazują na możliwość dokonania płatności częściowych lub procentowych.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy jeśli świadczeniodawca zintegruje się z CeR dopiero po jakimś czasie (np. po zgłoszonej przerwie na remont gabinetów) i dokona integracji we wrześniu wstrzymane środki zostaną odblokowane?	Zgodnie z art. 154aust.1 ustawy o świadczeniach w przypadku stwierdzenia niewykonania przez świadczeniodawcę obowiązku, o którym mowa w art. 23i pkt 1, w terminie określonym w tym przepisie, Fundusz wstrzymuje płatności należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych tym obowiązkiem do czasu jego wykonania, jednak nie dłużej niż na trzy miesiące. W okresie wstrzymania płatności świadczeniodawcy nie przysługuje prawo do odsetek ani do innych roszczeń z tytułu tego wstrzymania.

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Co zostanie uznane za techniczne spełnienie warunków integracji w celu wydania zgody na płatność?	Technicznie wymagania integracji warunkujące dokonanie płatności za świadczenie zgodnie z art. 154a ustawy zostały wskazane w odpowiedzi na pytanie: "Jak należy interpretować sformułowanie „świadczeniodawca podłączony do centralnej e rejestracji". Jakie warunki muszą zostać spełnione, by uznać świadczeniodawcę zintegrowanego z CeR?"
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Jak będą wyglądać korekty danych w CeR w świetle rozliczenia świadczeń sprawozdanych po 1 lipca 2026 r. – np. świadczenie udzielone 31 sierpnia bez znacznika z CeR nie zostanie zapłacone we wrześniu. Czy świadczeniodawca będzie mógł dokonać uzupełnienia lub korekty zapisu w CeR, który ostatecznie będzie skutkował sfinansowaniem tego świadczenia przez NFZ?	Zgodnie z art. 23c – 23i wprowadzanie danych o umówionej wizycie po dniu jej realizacji jest niezgodne z zasadami centralnej e-rejestracji. Ustawa w art. 154 ust. 3 wprowadza wyjątek dla powyższej zasady: „3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się w przypadku, gdy świadczeniodawca wykaże, że dokonanie centralnego zgłoszenia lub wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia nie było możliwe z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy.". W takiej sytuacji możliwe będzie sfinansowanie świadczenia po potwierdzeniu, że dokonanie centralnego zgłoszenia lub wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia nie było możliwe z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Kiedy ustaje obowiązek sprawozdawczy do AP-KOLCE w tym raportowanie pierwszego wolnego terminu (PWT) dla świadczeniodawców podłączanych do CeR?	Obowiązek przekazywania danych o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w ramach AP-KOLCE, ustaje po aktywacji Miejsca Udzielenia Świadczenia w centralnej e- rejestracji w odniesieniu do świadczeń objętych CeR. Zgodnie z art. 23d ust. 2 ustawy o świadczeniach dla świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją nie prowadzi się list oczekujących, ponieważ harmonogramy przyjęć i dostępne terminy udzielania świadczeń są prowadzone w systemie centralnej elektronicznej rejestracji. Obowiązek przekazywania danych o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w ramach dotychczasowych systemów sprawozdawczych określanych roboczo jako AP-KOLCE, ustaje w odniesieniu do tych świadczeń po spełnieniu poniższych warunków: - objęcia danego zakresu świadczeń centralną elektroniczną rejestracją oraz - faktycznego prowadzenia harmonogramów przyjęć i udostępniania dostępnych terminów w systemie centralnej elektronicznej rejestracji, zgodnie z art. 23c ustawy o świadczeniach.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Proszę o informację w jaki sposób sprawozdawać test HPV tak żeby od czerwca nie było problemów z płatnościami.	Rozliczenia pozostają na dotychczasowych zasadach – tj. są procedowane za pośrednictwem SIMP, w którym dla testu HPV rozpoznanie ICD Z12.4 i procedura 67.15 jest nadawana automatycznie. Podwójne płatności nie grożą, a system OW NFZ przyjmie dane jedynie z SIMP (zweryfikowane na podstawie takich prób).

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	zwracam się z prośbą o doprecyzowanie kwestii związanych z centralną e-rejestracją oraz rejestrowaniem Miejsc Udzielania Świadczeń (MUŚ). Chciałbym uzyskać informację czy badania np. echo / EKG wykonywane w poradni (na pierwszej wizycie) powinny być wprowadzane jako procedury ICD-9? czy na obecnym etapie wystarczające będzie rejestrowanie samej porady lekarskiej. Pytanie wynika z faktu, że zakres oraz wachlarz wykonywanych procedur diagnostycznych może ulegać zmianom. Będę wdzięczny za wskazanie preferowanego rozwiązania oraz ewentualnych wymagań w tym zakresie.	Kluczowe jest zarejestrowanie samego świadczenia / wizyty w harmonogramie CeR (porada lekarska). Obowiązek dotyczy przekazywania terminów wizyt i ich obsługi przez system P1, a nie szczegółowego raportowania wszystkich wykonanych procedur diagnostycznych w ramach tej wizyty. Czyli, jeśli pacjent przychodzi na pierwszą wizytę do poradni kardiologicznej, a podczas tej samej wizyty wykonywane jest EKG czy echo serca, to do CeR wystarczające jest obecnie zarejestrowanie samej porady / wizyty AOS (tej, która jest świadczeniem objętym harmonogramem i kolejką).
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Dla świadczeń związanych z mammografią (którą należy zarejestrować w CeR) - jakie kody produktów jednostkowych oraz jakie kody ICD-9 są rozliczane przez NFZ.	Jeśli chodzi o mammografię przesiewową, to w przypadku zakresu: - '10.7940.158.02 - PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni stacjonarnej' - produktem jednostkowym właściwym do rozliczenia jest '5.12.00.0000066 - PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni stacjonarnej', -'10.7940.159.02 – 'PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej'- produktem jednostkowym właściwym do rozliczenia jest '5.12.00.0000067 PORADA NA ETAPIE PODSTAWOWYM PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI – w pracowni mobilnej'. Program profilaktyki raka piersi, podobnie jak program profilaktyki raka szyjki macicy jest sprawozdawany i rozliczany w systemie SIMP. W przeciwieństwie do Programu profilaktyki raka szyjki macicy (który częściowo przechodzi przez ŚWIAD), SIMP nie wymaga ani nie nadaje automatycznie procedury ICD-9 dla ww. produktów jednostkowych. Niemniej dla przedmiotowego badania właściwą procedurą jest procedura '87.373 - Mammografia skriningowa obu piersi'.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy do rozliczenia świadczenia wystarczający jest fakt jego prawidłowej rejestracji w systemie P1, czy też warunkiem rozliczenia jest również poprawne zaraportowanie i przetworzenie zdarzenia medycznego? Innymi słowy, czy brak lub nieprawidłowość zdarzenia medycznego może skutkować brakiem możliwości rozliczenia świadczenia z NFZ, pomimo prawidłowej rejestracji wizyty w P1?	Do rozliczenia świadczenia przez NFZ wystarczający jest fakt jego prawidłowej rejestracji w systemie P1 (CeR), poprawne zaraportowanie i przetworzenie zdarzenia medycznego nie jest warunkiem rozliczenia świadczenia przez NFZ (art. 154a ustawy o świadczeniach)

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Pytanie odnośnie rozliczeń mammografii skryningowej. Rejestruję badanie poprzez mMedice i dostaję potwierdzenie poprawności zapisu z P1, czy w jakimś zakresie zobowiązana jestem jeszcze do potwierdzenia wykonania świadczenia w swoim programie rozliczeniowym? do tej pory rozliczenie skryningu jest prowadzone w SIMP. E-rejestracja na badanie jest do technika i on jest wprowadzony jako realizujący. Czy mam wpisywać rozliczenie badania w swoim programie rozliczeniowym? Jeżeli tak to pod jakim rozpoznaniem, z jakim kodem świadczenia i z jaką procedurą? Kto powinien być realizującym technik czy lekarz, który opisuje badanie w SIMP?	Żeby uzyskać wynagrodzenie za świadczenie, należy: - zarejestrować wizytę w CeR (przekazać informację o wizycie do CeR) - oznaczyć wizytę jako zrealizowaną Informacja o zrealizowaniu wizyty jest przekazywana do SIMP. Natomiast cały proces rozliczeniowy pozostaje bez zmian (tak jak dotychczas Państwo to realizowali) - CeR nie wprowadza żadnych zmian w tym zakresie
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Rozumiem, że badanie zarejestrowane w mojej aplikacji oznaczam jako zrealizowane w momencie wykonania zdjęcia, dostaję potwierdzenie z P1 o poprawnym przesłaniu danych. Wynik badania opisywany jest przez lekarza w SIMP na stronie https://csm-swd.nfz.gov.pl przeciągu dwóch tygodni. Do tej pory NFZ płaci za badania opisane i zatwierdzone przez lekarza względem daty zatwierdzenia. Czy to pozostaje bez zmian?	Tak bez zmian
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy będzie możliwość modyfikacji porady w innym dniu niż zaplanowana wizyta w CeR? Chodzi mi konkretnie o to czy można w dniu zaplanowanej wizyty przyjąć pacjenta do realizacji a zakończyć go i uzupełnić wszystkie dane w kolejnych dniach. Czy takie świadczenia nie będą odrzucane przez NFZ?	Każda wizyta musi być zarejestrowana w centralnej e-rejestracji, przed udzieleniem świadczenia lub najpóźniej w dniu jego realizacji, przed godziną udzielenia świadczenia, (art. 23i pkt. 2 i art. 154a ust. 2). Natomiast zakończenie wizyty może odbyć się w dowolnym czasie. Proszę pamiętać, że do wykonania płatności przez NFZ każda odbyta wizyta musi mieć ustawiony status jako „zrealizowana”.
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Czy przy sprawozdaniu świadczenia SWD powinien podać dokładną godzinę, kiedy faktycznie wizyta się odbyła? - problem dot. sytuacji, gdy wizyta/badanie opóźni się, albo zostanie wykonana wcześniej (np. spóźnienie pacjenta lub szybsza realizacja poprzednich świadczeń).	w ramach sprawozdawczości do NFZ (komunikat SWIAD) jest weryfikowane m.in. czy data początku kontaktu/pobytu, w ramach którego przekazano badaną pozycję rozliczeniową jest zgodna z datą odpowiadającej jej wizyty przekazanej w komunikacie NFZ-CER-ROZL. Po stronie NFZ nie weryfikujemy godziny (zaplanowana vs faktyczna).
Raportowanie / rozliczenia z NFZ	Proszę o odpowiedź dotycząca rozliczenia wizyty 1 razowej po hospitalizacji, która została zapisana wg wytycznych na slot kontynuujący (1 raz powyżej 40 dni). Czy te wizyty mimo slotu kontynuującego będą rozliczane jako 1 razowe?	Świadczenie z zakresu świadczeń pierwszorazowych zostanie rozliczone pod warunkiem spełnienia warunków definicji: pacjent pierwszorazowy — świadczeniobiorcę, który w ciągu 730 dni poprzedzających udzielenie świadczenia nie korzystał ze świadczeń w danym zakresie, spośród wymienionych w załączniku nr 1a do zarządzenia i otrzymuje świadczenie w oparciu o przepisy art. 57 lub art. 60 ustawy o świadczeniach

Raportowanie / rozliczenia z NFZ	W nawiązaniu do komunikatu SZOI nr 3406166 gdzie można sprawdzić poprawność całego procesu ? Jaki status w SIMP powinno mieć badanie na końcu po zapłaceniu przez NFZ ?	W nawiązaniu do komunikatu SZOI nr 3406166, informujemy, że poprawność całego procesu dla świadczeń sprawozdawanych i rozliczanych w SIMP, można sprawdzić bezpośrednio w SIMP. W przypadku świadczeń realizowanych w ramach: zakresu AOS – są one wysyłane z SIMP do OW NFZ komunikatem SWIAD → badania zweryfikowane negatywnie nie będą ujęte w komunikacie SWIAD; zakresu POZ i PRO - świadczeniodawca generuje w SIMP szablon/ rachunek i wysyła go do OW NFZ → badania zweryfikowane negatywnie nie będą ujęte w szablonie/ rachunku. Badanie które może zostać rozliczone musi mieć status 'zatwierdzone' a po zapłaceniu przez NFZ powinno mieć status 'rozliczone'. Zachęcamy do korzystania z pomocy systemowej SIMP oraz do zapoznawania się z bieżącymi komunikatami.
Sytuacje wyjątkowe	Jeżeli rano zadzwoni lekarz kardiolog , że dziś nie przyjedzie - wypadek losowy, co wtedy się dzieje z rejestracją na ten dzień?	Postępują Państwo tak jak dotychczas . W swoim systemie gabinetowym, zintegrowanym z centralną e-rejestracją, mogą Państwo zmienić status terminów danego lekarza na ZABLOKOWANY (możliwa jest globalna zmiana wielu terminów) i przesunąć zapisane wizyty na inny termin/dzień, o ile będą Państwo mieli taką możliwość organizacyjną.
Sytuacje wyjątkowe	A co w przypadku np. choroby lekarza i potrzeby przeniesienia pacjentów, czy będzie to mogła robić rejestracja?	Tak, w tym przypadku postępujecie Państwo tak jak dotychczas. Jeśli nie będzie możliwości udzielenia świadczenia na umówionej wizycie wówczas informujecie Państwo pacjentów zapisanych i oznaczacie Państwo terminy jako zablokowane, tak by po odwołaniu wizyty nikt nie wpisał się w dany termin wizyty. Jeśli dla pacjenta nie będzie dostępnych alternatywnych terminów, pacjent może zostać zapisany do poczekalni z zachowaniem daty zgłoszenia jako daty faktycznego zapisania się na anulowaną wizytę. Podmiot powinien podjąć działania służące zapewnieniu realizacji wizyty lekarskiej, zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym załączonym do niej harmonogramem. Sytuacje incydentalne, losowe jak np. choroba lekarza mogą się zdarzyć, natomiast nie powinny one ograniczać pacjentom (świadczeniobiorcom) dostępu do świadczeń, dlatego jeśli wizyta została wyznaczona, to powinna odbyć się we wskazanym terminie. Świadczeniodawca powinien zorganizować zastępstwo w takim przypadku. Jeśli Pacjent chce skorzystać z wizyty u konkretnego lekarza może zostać zapisany do Poczekalni.
Sytuacje wyjątkowe	Od 01-04 jesteśmy zintegrowani z CeR, mamy już umówione wizyty przez CeR, ale niestety do naszego systemu nie zostały przekazane dane e-skierowania.	Skoro się Państwo zintegrowali, to mają Państwo dostęp do danych o wizytach, a w nich jest informacja o skierowaniu, wystarczy odczytać odpowiednio skierowanie w P1. Proponujemy skontaktować się z Państwa Dostawcą czemu nie widzą Państwo danych o skierowaniach w wizytach w e-Rejestracji. Jeżeli potrzebujecie Państwo wsparcia też z naszej strony proszę o napisanie zgłoszenia na adres e-rejestracja@cez.gov.pl

Sytuacje wyjątkowe	Czy w przypadku awarii IKP/braku dostępu do P1 czy możemy zapisać pacjenta „offline”?	Pracownik medyczny powinien rejestrować dane w swoim systemie gabinetowym zgodnie z zasadami określonymi przez Placówkę. Po przywróceniu połączenia/naprawie usterki system gabinetowy powinien jak najszybciej zsynchronizować dane o umówionych wizytach z centralną e-rejestracją. W przypadku braku dostępu do systemu P1 należy pamiętać, że pierwszeństwo zapisu mają Pacjenci, których termin umówienia został zapisany w centralnej e-rejestracji, np. Pacjenci umówieni przez IKP/mojeIKP. W przypadku braku dostępu do systemu P1 można wstępnie umówić Pacjenta, ale trzeba zastrzec, że informację o umówieniu terminu otrzyma po naprawie awarii. W przypadku, gdy termin ten został zajęty przez innego Pacjenta, należy umówić inny termin wizyty.
Sytuacje wyjątkowe	Jak to możliwe ze na już zajęty termin zapisał się dodatkowy Pacjent?	Efekt zdublowanych wizyt na ten sam dzień i godzinę wynika z faktu, że zostały udostępnione dodatkowe wolne sloty w tym terminie, które posiadają status AKTYWNE. Aby zweryfikować, jakie placówka posiada sloty w CeR należy skorzystać z usługi pobrania bazowych danych listy slotów w harmonogramach i następnie sprawdzić ich poprawność. Jeśli sloty zostały utworzone błędnie, należy je usunąć lub oznaczyć jako ZABLOKOWANE. Wówczas nie będą możliwe zapisanie dodatkowych wizyt w tych terminach. Poczekalnia zapisuje wizyty tylko w slotach udostępnionych w systemie oznaczone jako AKTYWNY
Sytuacje wyjątkowe	Mamy awarię systemu informatycznego , nie mamy uwidocznionej aktualnej kolejki do kardiologa z naszego systemu do CER. Prosimy o zawieszenie pracy w CeR.	Prosimy o: 1. niewstrzymywanie pracy w CeR; 2. w przypadku awarii Państwa obecnego systemu z CeR, wykorzystanie sytemu gabinet.gov.pl do aktualizacji danych w CeR . Postępowanie: - w przypadku konieczności umówienia nowego pacjenta (zarówno pierwszorazowego jak i kontynuowanego) należy zapisać Pacjenta we własnym systemie gabinetowym oraz w gabinet gov.pl - należy sprawdzać w gabinet.gov.pl – zapisy nowych pacjentów i przenosić/wprowadzać te wizyty do własnego systemu gabinetowego - jeśli widzicie Państwo złą konfigurację wizyt np. w dni świąteczne– należy je zablokować w gabinet.gov.pl Proszę pamiętać, że dla CeR bardzo ważna jest synchronizacja danych pomiędzy własnym systemie gabinetowym a CeR (w obu tych systemach muszą być w każdym momencie identyczne dane i do tego celu można wykorzystać gabinet.gov.pl) W przypadku pytań technicznych dot. funkcjonowania aplikacji gabinet.gov.pl w zakresie CeR mogą wysłać Państwo zapytanie na adres e-rejestracja@cez.gov.pl

Sytuacje wyjątkowe	Co placówka powinna zrobić w przypadku problemów integracyjnych z CeR	Placówka nie powinna odsyłać pacjentów. W przypadku problemów z umówieniam pacjenta w systemie gab. powinna być uruchomiona procedura awaryjna np. wpisanie danych pacjenta do systemu gabinetowego-dodanie do bazy i nadanie ID pacjentowi (o ile jest taka mozliwość) i następnie w pliku np. excel wpisanie tego ID i danych potrzebnych do umówienia, kiedy system będzie działał prawidłowo. W przypadku kiedy w systemie gab. pacówki nie jest możliwe dodanie pacjenta do bazy i nadanie ID w systemie,wówczas placówka wpisuje dane osobowe do pliku i zabzpiecza go hasłem.
Sytuacje wyjątkowe	Proszę o wstrzymanie e-rejestracji do w/w Poradni z powodu problemu technicznego z synchronizacją harmonogramów. Nie wszystkie istniejące po mojej stronie rezerwacje zostały przyjęte po stronie P1 (mimo braku błędów), a ja nie widzę w swoim harmonogramie pacjentów rezerwowanych poprzez e-rejestrację.	możliwe jest tzw. zawieszenie dostępności MUŚ w CeR - wówczas wszystkie sloty w CeR zmieniają status na NIEDOSTĘPNY co uniemożliwia na zapisanie się nowych wizyt. W tym zakresie prosimy o kontakt z dostawcą oprogramowania. Ewentualnie zawiesić MUŚ mogą Państwo przez gabinet.gov.pl z roli administratora podmiotu po przejściu w zakładkę Rejestracja -> Przekaz dane MUŚ -> wybieracie Państwo szczegóły dla odpowiedniej komórki i korzystacie Państwo z opcji zawieś MUŚ.
Sytuacje wyjątkowe	Pytanie dot. sytuacji w której pacjent, który ma rozpoczęte leczenie w poradni kardiologicznej, która obecnie zakończyła umowę z NFZ : jak poradnia powinna postąpić ze skierowaniem - wycofać z realizacji czy zakończyć, a czy pacjent powinien mieć nowe skierowanie?	Pacjent powinien mieć nowe skierowanie, najlepiej gdyby takie skierowanie wystawiła dotychczasowa placówka Druga opcja - pacjent otrzymuje potwierdzenie papierowe o leczeniu w tej jednostce i nowa jednostka przyjmuje go jako kont. Leczenia

Sytuacje wyjątkowe	Jak mamy zapisywać pacjentów do poradni kardiologii dziecięcej jeśli pacjenci maja papierowe skierowania?	W pierwszej kolejnośći należy wprowadzić skierowanie do systemu gabinetowego lub w w gabinet.gov (w zaleznosci od wykorzystywanego oprogramowania). Nr ID skierowania papierowego jest nadawany przez świadczeniodawcę w systemie gabinetowym. O zasadzie tworzenia nr ID decyduje świadczeniodawca/dostawca systemu gabinetowego. Nr ID skierowania musi zawierać liczbę znaków wymaganą dla e-skierowania
Sytuacje wyjątkowe	Jak należy postępować w sytuacji, kiedy lekarz każe powtórzyć tylko jedno zdjęcie mammografii a pozostałe trzy są należycie wykonane?	CER nie ma wpływu na postępowanie w takich sytuacjach. Takie zdjęcie należy powtórzyć, zazwyczaj świadczeniodawcy powtarzają nieudane zdjęcia we własnym zakresie (jeśli jest to po wyjściu pacjentki z poradni, należy doprosić Pacjentkę na dodatkowe zdjęcie), tak aby ocena była wiarygodna i kompletna.
Umawianie wizyt	Umówienie wizyty w imieniu Pacjenta: czy w takim razie możemy umawiać Pacjentów w programie e-rejestracji w naszej rejestracji telefonicznej?	Pacjent może zgłosić się do Placówki w celu umówienia wizyty kanałami wskazanymi przez Placówkę, tj. osobiście, telefonicznie, mailowo. Placówka umawia Pacjenta w centralnej e-rejestracji poprzez swój system gabinetowy. System gabinetowy Placówki, zintegrowany z centralną e-rejestracją, przesyła zapytanie o wolne terminy do centralnej e-rejestracji podając kryteria wskazane przez Pacjenta. Placówka otrzymuje informację zwrotną o wolnym terminie zgodnie z zadanymi kryteriami lub o możliwości zapisu do Poczekalni. Po wyborze przez Pacjenta wolnego terminu lub zapisu do Poczekalni, system Placówki przekazuje tę informację do centralnej e-rejestracji. W systemie gabinetowym Placówki widoczny jest termin wybranej przez Pacjenta wizyty. Nie muszą Państwo wydzielać innych/dodatkowych terminów - po integracji z centralną e-rejestracją w Państwa systemie gabinetowym będą widoczne wszystkie umówione terminy wizyt.
Umawianie wizyt	Czy Pacjentów z e-rejestracji będzie można specjalnie oznaczać - żeby np. nadać im specjalne numerki internetowe w Placówce?	Zgodnie z założeniami wszyscy Pacjenci powinni zostać zapisani w centralnej e-rejestracji. Jeśli widzicie Państwo potrzebę kategoryzacji Pacjentów wg sposobu umówienia, prosimy kierować takie pytania do Państwa dostawcy oprogramowania.

Umawianie wizyt	Zmiana terminu wizyty w ramach kontynuacji leczenia - internetowe zgłoszenie: czy będzie konieczny kontakt telefoniczny z Placówką (może dodatkowo zapychać kolejkę telefoniczną)?	Wizyty kolejne (kontynuacje leczenia) Pacjent może samodzielnie odwołać w IKP. Nowy termin wizyty kontrolnej (w ramach kontynuacji leczenia) ustala/umawia bezpośrednio ze Świadczeniodawcą prowadzącym leczenie, zgodnie z obecnymi zasadami. Zatem nie będzie to dodatkowe obciążenie kolejek telefonicznych, ponieważ nic w tym zakresie się nie zmieni.
Umawianie wizyt	Czy te same terminy wysłane do e-rejestracji szpital może także udostępnić w swoim lokalnym portalu Pacjenta, czy to powinna być odrębna pula terminów ?	Zgodnie z postanowieniami rozporządzenia MZ, świadczeniodawca musi udostępnić w centralnej e-rejestracji wszystkie umówione terminy wizyt ze swoich grafików oraz wszystkie wolne terminy wizyt. Każdy Pacjent może zostać umówiony wyłącznie poprzez IKP lub bezpośrednio przez Placówkę. Oznacza to, że funkcjonalność lokalnego portalu zostaje zastąpiona funkcjonalnością IKP. Należy dodać taki komunikat na lokalnej stronie szpitala.
Umawianie wizyt	Jak udostępnić wolne terminy skoro już teraz Pacjent pierwszorazowy oczekuje ponad rok na wizytę?	Świadczeniodawca udostępnia wolne terminy w miarę swoich możliwości (posiadanych zasobów). Ponadto, Pacjent oczekujący w Poczekalni będzie również mógł skorzystać z wolnych terminów, które pojawią się w wyniku uwolnienia wcześniej zajętych terminów wizyt.
Umawianie wizyt	Pacjent przyszedł do nas i chce usługi u nas, a szukając terminu musimy wysyłać zapytanie do centralnej e-rejestracji? i jeśli nie będzie terminu od ręki to potencjalnie wrzucimy go do poczekalni?	Wizyta jest umawiana poprzez system gabinetowy Świadczeniodawcy. Pracownik Świadczeniodawcy wysyła zapytanie do centralnej e-rejestracji. W przypadku braku wolnych terminów, Świadczeniodawca zapisuje Pacjenta do Poczekalni. W kryteriach zapisu do Poczekalni należy wówczas wskazać nazwę Placówki, do której chce się umówić Pacjent. Pacjentowi zostanie przypisany wolny termin w Państwa Placówce zgodnie z kolejnością Pacjentów oczekujących w Poczekalni. Rekomendujemy zatem tworzenie i przekazywanie w miarę możliwości wolnych terminów wizyt do centralnej e-rejestracji.
Umawianie wizyt	Czy system centralnej e-rejestracji będzie rozróżniał wizyty pierwszorazowe i kontynuujące?	Tak. Wizyty pierwszorazowe to wizyty zapisane na podstawie e-skierowania.
Umawianie wizyt	Czy centralna e-rejestracja obsługuje zarządzanie terminami badań diagnostycznych, które zlecamy z porady?	Jeśli pytanie dotyczy porady w ramach np. wizyty kardiologicznej oraz procedur realizowanych w ramach tego świadczenia: centralna e-rejestracja obejmuje tylko wizytę główną (poradę) na podstawie skierowania.
Umawianie wizyt	Wizyta kolejna, Pacjent odwoła wizytę: czy Placówka dostanie informację, który Pacjent odwołał czy tylko widzi wolny termin?	Placówka otrzyma pełną, szczegółową informację o zakresie zmiany.
Umawianie wizyt	W jaki sposób będzie weryfikowany tryb "pilny" i "stabilny" w e-rejestracji	Podstawą rejestracji będzie e-skierowanie. Z dokumentu e-skierowania pobierana jest informacja o kategorii medycznej (pilny, stabilny).
Umawianie wizyt	Czy Pacjent umówiony samodzielnie na wizytę pierwszorazową poprzez IKP musi zostać potwierdzony przez rejestrację?	Nie ma konieczności potwierdzania wizyty umówionej przez IKP w centralnej e-rejestracji, np. fizycznej wizyty w przychodni. Jeśli Pacjent miał dostępny termin w IKP i podstawę umówienia, tj. e-skierowanie, system pozwoli na taki zapis i wizyta Pacjenta jest automatycznie widoczna w grafiku Placówki.

Umawianie wizyt	Czy termin wybrany przez Pacjenta w systemie centralnej e-rejestracji automatycznie zostanie zajęty w systemie wewnętrznym szpitala czy trzeba będzie zatwierdzać go "ręcznie"?	Informacja o zapisanej wizycie będzie automatycznie widoczna w harmonogramie Świadczeniodawcy - warunkiem jest prawidłowa integracja systemu gabinetowego z usługami centralnej e-rejestracji. Świadczeniodawca nie będzie musiał ręcznie zatwierdzać wizyt umówionych przez Pacjenta w IKP. Analogicznie będzie wyglądał proces przydzielania wolnych terminów wizyt Pacjentom oczekującym w Poczekalni.
Umawianie wizyt	Co z realizacją KSK, gdzie Pacjent musi zostać zapisywany do kardiologa w ciągu 30 dni, czy będzie jakiś inny terminarz dla Pacjentów KSK?	MZ we współpracy z CeZ i Krajowym Ośrodkiem Koordynującym pilotażu KSK przygotuje dla Świadczeniodawców, którzy uczestniczą w KSK, wytyczne dotyczące umawiania wizyt w ramach KSK przy uwzględnieniu funkcjonalności centralnej e-rejestracji.
Umawianie wizyt	Jak wygląda proces wyznaczenia terminu przez Realizatora programu w przypadku Pacjenta kontynuującego leczenie ? Czy Realizator ustala termin we własnym systemie IT, a potem przekazuje informację do P1, czy w takim przypadku Pacjent może zmienić ten termin? Czy Realizator ustala termin w imieniu pacjenta w IKP?	W przypadku wizyty kontrolnej, w ramach kontynuacji leczenia, Realizator umawia ją w swoim systemie gabinetowym. Dane dotyczące wizyty i Pacjenta są przekazywane automatycznie do centralnej e-rejestracji. Pacjent widzi dane dotyczące wizyty w IKP. Pacjent przez IKP może tylko odwołać taką wizytę kontrolną. Prosimy pamiętać, że umawianie wizyt w ramach kontynuacji leczenia odbywa się tylko w systemie gabinetowym Realizatora (a nie w IKP).
Umawianie wizyt	Czy centralna e-rejestracja ma funkcjonalność (kryteria udzielania świadczenia) pozwalającą na wybór określonej grupy rozpoznań – tak jak ścieżki w Krajowej Sieci Kardiologicznej?	W ramach zgłoszenia MUŚ do centralnej e-rejestracji, Świadczeniodawca może wskazać jakie rozpoznania są obsługiwane w danej poradni.
Umawianie wizyt	Co w przypadku jeżeli Świadczeniobiorca ma jedno skierowanie w postaci elektronicznej i jedno papierowe na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej ? Pacjent dokona zgłoszenia centralnego na podstawie skierowania elektronicznego a Świadczeniodawca wpisze do swojego systemu skierowanie papierowe – czy centralna e-rejestracja poinformuje Świadczeniodawcę, że skierowanie papierowe nie może być obsłużone?	System centralnej e-rejestracji nie pozwoli na zarejestrowanie dwóch takich samych wizyt. Wymagane jest odwołanie wizyty umówionej na podstawie e-skierowania, aby móc umówić wizytę na podstawie skierowania papierowego.
Umawianie wizyt	Jak ma się posiadanie skierowania do możliwości umówienia się na wizytę przez Pacjenta? Będzie jakieś ograniczenie?	Pacjent może zapisać się na wizytę do poradni kardiologicznej na podstawie e-skierowania. Po umówieniu wizyty, status skierowania zmieni się na U REALIZATORA. Realizatorem skierowania będzie Placówka (poradnia), w której wizyta została zapisana w centralnej e-rejestracji.
Umawianie wizyt	Czy świadczeniodawca będzie mógł przez swój system gabinetowy umówić Pacjenta tylko w swoich komórkach czy u wszystkich świadczeniodawców?	Świadczeniodawca będzie mógł umówić wizytę Pacjentowi nie tylko u siebie, ale u wszystkich świadczeniodawców, którzy uczestniczą w pilotażu centralnej e-rejestracji. W przypadku braku wolnych terminów Placówka zapisuje Pacjenta do Poczekalni ze wskazanymi przez niego kryteriami. W ramach kryteriów Pacjent może wskazać Placówkę, w której chce umówić termin.

Umawianie wizyt	Co się dzieje w sytuacji, gdy Pacjent anuluje termin wizyty krótko przed terminem tej wizyty?	Termin anulowany w bliskim terminie jest widoczny dla Placówki, która wystawiła termin oraz dla Poczekalni, która weryfikuje czy zgłoszenie centralne Pacjentów pierwszych w kolejce (zapisanie do Poczekalni) spełnia kryteria uwolnionego terminu. Poczekalnia informuje w krótkim okresie czasu Pacjentów, których kryteria spełnia uwolniony termin wizyty. Pacjent otrzyma wówczas powiadomienie, w którym może potwierdzić zapis na wizytę. Jeśli jeden Pacjent potwierdzi zapis lub zrobi to Placówka, która wystawiała termin i dokona zapisu wówczas termin będzie niedostępny.
Umawianie wizyt	Czy centralna e-rejestracja dotyczy również Pacjentów kontynuujących leczenie? Jeżeli lekarz wyznaczy wizytę kontrolną za 3 miesiące - to Pacjent dokonuje rezerwacji przez IKP? Czy raczej to placówka wyznacza termin, który nie jest dostępny w e-rejestracji? "	W centralnej e-rejestracji są również widoczne wizyt na kontynuację leczenia. Prosimy pamiętać, że wizyty kontrolne w centralnej e-rejestracji umawiane są wyłącznie przez świadczeniodawcę zgodnie z planem leczenia. Umówienie takiej wizyty następuje poprzez system gabinetowy Placówki.
Umawianie wizyt	Czy zachowana będzie blokada skierowania po zapisaniu się przez Pacjenta u danego realizującego, tak aby skierowanie nie mogło zostać użyte przy kolejnej rejestracji?	Tak, po zapisaniu wizyty na podstawie e-skierowania, zmieni się jego status na U REALIZATORA. Realizatorem będzie poradnia, w której wizyta została zapisana w centralnej e-rejestracji?
Umawianie wizyt	Czy pacjent wypełnia ankietę kwalifikacji do programu profilaktyki raka piersi w momencie rejestracji i jeśli tak to jeżeli ankieta go dyskwalifikuje wizyta nie zostaje zarejestrowana?	Nie, na IKP pacjent zostaje zweryfikowany w SIMP czy może skorzystać z badania profilaktycznego (obecnie nie wypełnia żadnej ankiety w IKP). Innymi słowy będzie mógł wyszukać termin badania i zapisać się na konkretny dzień i godzinę udostępnioną przez realizatora programu.
Umawianie wizyt	Czy placówka, która posiada PWT do kardiologa np. na maj 2026 będzie mogła (będąc jednocześnie uczestnikiem pilotażu) rejestrować pacjentów zgodnie ze swoją kolejką oczekujących - jeśli pacjenci wyrażą taką wolę? Czy udział w pilotażu nie zablokuje możliwości bieżącej rejestracji do kardiologa zgodnie z PWT który znacznie wykracza poza okres trwania pilotażu.	Jeśli placówka nie przekaże wszystkich terminów do CeR może rejestrować u siebie zgodnie ze swoją kolejką oczekujących, jednak docelowo Placówka powinna udostępnić cały harmonogram w centralnej eRejestracji i rejestrować tylko przez nią.
Umawianie wizyt	CeR dotyczy tylko wizyt pierwszorazowych? Czy pacjent będzie mógł zapisać się na wizyty kontrolne przez IKP?	W przypadku kardiologii pilotaż dotyczy umawiania, zmiany, odwołania wizyty pierwszorazowej oraz tylko odwołania wizyty kolejnej (kontynuacja leczenia). Do centralnej e-rejestracji Realizator przekazuje: 1/ umówione terminy wizyt pierwszorazowych, 2/ umówione terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia, 3/ wolne terminy dla wizyt pierwszorazowych oraz wolne terminy dla wizyt kontrolnych (w ramach kontynuacji leczenia). Wolne terminy wizyt w ramach kontynuacji leczenia są przekazywane do centralnej e-rejestracji, ale nie są udostępniane Pacjentom w IKP! Na te terminy może umawiać Pacjenta wyłącznie pracownik Placówki.

Umawianie wizyt	Czy jeśli pacjentka zrezygnuje z terminu, to czy Centralna eRejestracja wyrejestruje badanie z SIMP?	Tak, anulowanie/odwołanie wizyty na badanie spowoduje anulowanie badania w SIMP.
Umawianie wizyt	Standardowa wizyta u kardiologa trwa 15 min, natomiast wizyta z wykonaniem próby wysiłkowej (którą wcześniej planuje kardiolog) trwa 30 min. Jak to uwzględnić w e-rejestracji?	Czas trwania potrzebny do zapisania wizyty determinowany jest konfiguracją dla danej procedury ICD-9 na jaką wizyta jest zapisywana.
Umawianie wizyt	Proszę wskazać jak wygląda sprawa ze skierowaniami na wizyty pierwszorazowe do Poradni Kardiologicznej, na jakim etapie będą one sprawdzane, czy przed rejestracją w Centralnej e-rejestracji czy podczas wizyty w gabinecie?	Zapis na wizytę do poradni kardiologicznej możliwy jest na podstawie eSkierowania w statusie WYSTAWIONE. Zapisanie wizyty powoduje jednoczesne przypisanie skierowania do Realizatora (nadanie statusu U REALIZATORA), u którego wizyta została zapisana w eRejestracji. Zapis na IKP możliwy jest tylko przy wykorzystaniu eSkierowania, natomiast w ramach zapisu u Świadczeniodawcy konieczne będzie podanie kodu PIN do skierowania.
Umawianie wizyt	Jeżeli pacjent będzie sam umawiał się na wizytę pierwszorazową, to rozumiem że będzie musiał również wpisać skierowanie.	Tak, zapis z IKP będzie możliwy tylko na podstawie prawidłowego skierowania do odpowiedniej poradni , które posiada status WYSTAWIONE. Zapisanie na wizytę przypisuje również skierowanie jako U REALIZATORA do poradni, w której wizyta została zapisana.
Umawianie wizyt	Jeżeli pacjent zrezygnuje z wizyty, skierowanie automatycznie wróci do P1 jako do realizacji?	Tak, anulowanie wizyty spowoduje przywrócenie statusu eSkierowania do WYSTAWIONE, co umożliwi jego ponowne wykorzystanie do umówienia nowej wizyty.
Umawianie wizyt	Czy istnieją jakieś wytyczne dot. czasu trwania wizyt pierwszorazowych i kontynuacji?	Nie, świadczeniodawca sam definiuje konfigurację czasów trwania obsługi wizyt wg odpowiedniej procedury ICD-9.
Umawianie wizyt	Czy jeśli pacjent będzie posiadał dwa skierowania do tego samego specjalisty i zapisze się w dwóch podmiotach to system to wychwyci? Chodzi o sytuację, jeśli dwóch różnych lekarzy POZ wystawi skierowanie np. do poradni kardiologicznej. Czy system przepuści umówienie w dwóch różnych podmiotach?	System centralnej e-rejestracji nie pozwoli na zarejestrowanie dwóch takich samych wizyt na podstawie takich samych skierowań. Jeżeli dwóch różnych lekarzy POZ wystawi skierowanie danemu Pacjentowi do poradni kardiologicznej zawierające takie same dane rozpoznania i poradni wówczas centralna e-rejestracja nie pozwoli umówić wizyty na podstawie jednego z tych skierowań.
Umawianie wizyt	Jak można zapisać pacjenta na wizytę (kontrola po zabiegu, wizyta w poradni będzie pierwszorazowa) jeżeli istnieje potrzeba takiej wizyty np. za 2-3 miesiące?	odnośnie wizyt poszpitalnych pierwszorazowych – w przepisach prawa i umowie z NFZ nie ma wyłączenia dla takich wizyt z zasad kolejkowania . To znaczy, że jeśli pacjent jest pacjentem pierwszorazowym po zabiegu jest kolejkowany zgodnie z ogólnymi zasadami tj. datą zgłoszenia i kategorią medyczną na skierowaniu. Natomiast jeśli Pacjent jest pacjentem kontynuującym leczenie tj.: - był w danej poradni przed zabiegiem w ciągu 730 dni lub - był w innej poradni kardiologicznej w ciągu 730 dni Takiego Pacjenta jako Pacjenta kontynuującego leczenie możecie Państwo przyjąć w terminie wyznaczonym przez siebie (o terminach na kontynuację leczenia decyduje świadczeniodawca).

Umawianie wizyt	Czy po integracji można zapisać Pacjenta na więcej niż jedną wizytę do kardiologa (kontynuacja leczenia)?	System CeR umożliwia umawianie wielu wizyt w ramach kontynuacji leczenia dla jednego Pacjenta
Umawianie wizyt	Czy wizyta pierwszorazowa może być teleporadą?	Wizyty pierwszorazowe w centralnej e-rejestracji są tylko stacjonarne zgodnie z obecnymi wytycznymi NFZ.
Umawianie wizyt	Co, jeśli pacjent wybierze lekarza 2 u którego wolny termin będzie dłuższy niż dla lekarza 1 dla którego przekazujemy informację o PWT. Czy mamy traktować to jako rezerwację terminu?	Tak W przypadku gdy pacjent wybierze lekarza drugiego, u którego wolny termin będzie dłuższy niż dla lekarza pierwszego świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć informację o rezerwacji terminu do lekarza z dłuższym terminem. Dzieje się tak zawsze, gdy pacjent wybierze termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, gdy pacjent nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy lub w przypadku bezskuteczności próby kontaktu z pacjentem, w celu poinformowania o możliwości zmiany terminu na wcześniejszy. W takich przypadkach dotychczasowy termin (do lekarza z dłuższym czasem oczekiwania) wyznaczony dla tego pacjenta jest równoznaczny z rezerwacją terminu. Podstawy prawne ustawa o świadczeniach: 1. Art. 19a [Harmonogram przyjęć] ust. 4, pkt. 2b 2. Art. 20 [Kolejność udzielania świadczeń] ust. 9b
Umawianie wizyt	Czy placówka musi zapisać przez CER pacjenta, jeśli nie ma terminu w ciągu najbliższych 40 dni u siebie, ale u innego świadczeniodawcy jest taki termin. Pacjent sam nie umie się zapisać. Czy mamy taki obowiązek W jaki sposób wyszukać takich terminów u innych świadczeniodawców?	Placówka nie ma obowiązku zapisania Pacjenta do innej placówki. Sposób umawiania w innych placówkach zależy od funkcjonalności posiadanego systemu gabinetowego

Umawianie wizyt	Jak traktować zgłoszenie się w przypadku nagłym pacjenta?	Poprzez skorzystanie z funkcjonalności: umów na wizytę nagłą
Umawianie wizyt	A/ Jak należy postępować z pacjentem I-razowym ze skierowaniem pilnym, który dodatkowo jest noworodkiem i nie posiada Zaświadczenia Za Życiem. Jest to pacjent, który musi zostać zdiagnozowany jak najszybciej. W jaki sposób rejestrujemy takiego pacjenta na wizytę w poradni? B/ Jak należy postępować z pacjentem I-razowym posiadającym ze skierowanie pilne do poradni kardiologicznej, który otrzymał skierowanie po pobycie w oddziale naszej placówki np. na Oddziale	A/ Dla tych pacjentów są tworzone osobne sloty, które są takimi slotami, którymi Państwo tylko możecie zarządzać. Na chwilę obecną musicie Państwo korzystać z narzędzi, które oferuje państwu dostawca Państwa systemu gabinetowego, docelowo będą to osobne sloty, w którym państwo będziecie mogli tych pacjentów umówić. B/ jw. C/ jw.
Umawianie wizyt	W jaki sposób ma wyglądać przełożenie terminu dla pacjenta pierwszorazowego wynikające z jego inicjatywy?	Można zmienić termin wizyty poprzez użycie funkcji w IKP/moje IKP "zmień termin". Pacjent może zostać zapisany na wizytę pierwszorazową w określonym przedziale czasowym. Obecnie przyjęto przedział czasowy 40 dni od daty bieżącej (wyszukania terminu). Jeśli w tym przedziale czasowym Pacjent nie znajdzie wolnego terminu (wyszukiwanie następuje wg wskazanych przez niego kryteriów), wówczas może zapisać się do Poczekalni.

Umawianie wizyt	Czy można „ręcznie „bez użycia centralnej rejestracji wpisać pacjenta pierwszorazowego w trybie „nagłym”?	Pracujecie Państwo na swoich grafikach. Rejestrujecie więc takiego Pacjenta obowiązkowo w swoim grafiku i Państwa system gabinetowy powinien automatycznie przesłać tę informację do P1 (CeR). Wizyty nagłe również powinny być przesyłane do CeR.
Umawianie wizyt	W jaki sposób pacjentki mają rejestrować się na mammografię z wyprzedzeniem 90 dni, skoro pobyty mammobusów są zatwierdzone jedynie do końca bieżącego roku? Brak akceptacji pobytów w SIMP uniemożliwia udostępnienie terminów w Centralnej Rejestracji, co w praktyce blokuje możliwość zapisów pacjentek na badania. Kopiowanie umów i akceptacja pobytów odbywa się na początku roku, często w różnych terminach — proces ten bywa wydłużony i nierzadko trwa nawet do połowy stycznia.	Przepisy dot. CeR określają możliwość umówienia do max 90 dni (tzn. nie można umówić wizyty na okres późniejszy niż 90 dni). To czy dany termin wizyty zostanie udostępniony pacjentkom zależy od decyzji podmiotu oraz procesów, które muszą zostać zrealizowane w celu uzyskania zgody na udostępnienie takiego terminu (np. pobyty mammobusów). Takie terminy wynikają z zasad rejestracji wizyt w SIMP. Po integracji placówki z CeR - informacje o umówionych terminach z grafików podmiotu do systemu SIMP przekazuje CeR (tylko w okresie 90 dni przed wizytą).
Umawianie wizyt	MAMMOGRAFIA: co z pacjentkami, u których nie minęły 2 lata od poprzedniej mammografii, ale minęło 5 lat po leczeniu chirurgicznym raka piersi? Aby zarejestrować taką pacjentkę, musimy posiadać od niej informację o zakończonym leczeniu i zaznaczyć checkbox w okienku rejestracji tego badania w SIMP. Jak takie przypadki będą obsługiwane przez CeR? chodzi o pacjentki, którym przysługuje badanie co roku	Obecnie Pacjentka musi przyjść do placówki medycznej aby placówka oznaczyła w SIMP, że Pacjentka ma zakończone leczenie. Wówczas Pacjentka będzie mogła się rejestrować na badanie zgodnie z wytycznymi wynikajacymi z kwalifikacji/podsumowania zakończonego leczenia (w tym wskazanie dot. wykonania badania co roku)

Umawianie wizyt	Pacjent który nie przychodni na wizytę otrzymuje nowy termin z Poczekalni, na które znowu nie przychodzi i pytanie czy świadczeniodawca może sam wypisać takiego Pacjenta który nie przychodzi na wizyty?	Jeśli na wizycie nie pojawi się Pacjent, świadczeniodawca **musi oznaczyć taką wizytę jako niezrealizowaną**. Wówczas system centralnej e-rejestracji nie zapisze Pacjenta do Poczekalni. **Pacjent zostaje usunięty z kolejki zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach.**
Umawianie wizyt	Do tej pory pacjenci pierwszorazowi, którzy odwoływali wizyty na kilka dni przed lub w dniu wizyty przeplanowywani byli na koniec kolejki, czyli u nas w tej chwili za 7 miesięcy. W jaki sposób prawidłowo powinniśmy postępować po przystąpieniu do CeR. Rozumiem, że pacjenci, którzy korzystają z IKP poradzą sobie sami odwołując wizytę natomiast nie bardzo wiem co zrobić z tymi zgłaszającymi się do nas. Oczywiście jeśli będziemy mieli dostępny termin w ciągu 40 dni to udostępnimy go pacjentowi, ale z reguły takich terminów nie mamy. Czy powinniśmy anulować wizytę a pacjenta poinformować, że został przydzielony do poczekalni i musi oczekiwać na nowy termin? Dodam tylko, że nasz system gabinetowy nie ma funkcjonalności zarządzania poczekalnią ani zmiany kryteriów w imieniu pacjenta.	Żeby przeplanować wizytę pierwszorazową należy wybrać funkcję zmień termin i system CeR jeżeli znajdzie termin w ciągu 40 dni to go przydzieli, jeżeli nie to zapisze do poczekalni, natomiast nie ustawia pacjenta na końcu kolejki (czyli za 7 m-cy) tylko bierze pod uwagę wcześniejsze oczekiwanie pacjenta i przydziela odpowiednią wagę, która ma znaczenie przy szybszym przydzieleniu terminu. Oczywiście, że powinniście mieć Państwo do wyboru w swoim systemie kryteria takie jakie są w CeR i dostawca powinien taką funkcjonalność dostarczyć.

Umawianie wizyt	1. Brakuje informacji, że dla pacjentek miesiączkujących badanie jest wykonywane między 3 a 10 dniem cyklu. Okres ten jest istotny ze względu na najwłaściwszy obraz oraz mniejszą bolesność piersi i tylko w tym czasie robimy badania takim pacjentkom. 2. Dużą niedogodnością jest to, że pacjentki mogą się zarejestrować "z dnia na dzień": - nie ma możliwości zweryfikować czy pacjentka miesiączkuje, bo jeśli tak i akurat nie jest między 3-10 dniem cyklu, to musi umówić się na inny termin; - nie da rady zawiadomić pacjentki, gdyby z przyczyn niezależnych lub losowych takie badanie nie mogło się odbyć; - nie zawsze da się skontaktować z pacjentką przed badaniem, żeby ją powiadomić gdzie się ma udać, jak się przygotować i jakie formalności	Placówka może przekazać informacje (opis przygotowania do badania) do CeR, które się będą pojawiały w IKP/mojeIKP. W Państwa systemie gabinetowym powinna być możliwość zamieszczenia tego typu informacji, które będą pacjentkom automatycznie wyświetlane/przesyłane wraz z umówieniem wizyty. Dodatkowo prowadzone są prace w MZ we współpracy z NFZ w zakresie wdrożenia funkcjonalności pod kątem dodania możliwości wypełnienia przez Pacjentkę ankiety kwalifikującej do programu
Umawianie wizyt	W poradni kardiologicznej przyjmowani są pacjenci w stanach nagłych, bez skierowania, którzy później wymagają kontynuacji leczenia. Kiedy są już pod opieką poradni i specjalista zadecydował o kontynuacji leczenia, nie wymagamy od nich uzupełnienia skierowania. Takie porady również wracają po zasileniu jako błędne.	Zgodnie z art. 19 ust. 1. ustawy o świadczeniach w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie i nie wymagają skierowania (art. 60 ustawy). Natomiast zgodnie z art.. 57 ust. 1 ustawy ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z powyższym świadczenia udzielane poza stanami nagłymi wymagają skierowania, z wyłączeniem przypadków szczególnych wymienionych w art. 57 ust. 2 (pkt 9 do 14). Należy więc uzupełnić skierowania jeśli wizyty mają być przekazane do CeR
Umawianie wizyt	Brak możliwości rejestracji dla wybranych grup pacjentek. Przykład: pacjentka, której upłynęło co najmniej 5 lat od leczenia chirurgicznego i zakończonej hormonoterapii wykonała ostatnie badanie w listopadzie 2024 i chciałaby wykonać nowe badanie w listopadzie 2025. Weryfikacja SIMP w listopadzie 2025 wskaże brak uprawnień, co spowoduje odrzucenie rejestracji tej wizyty w CeR.	Problem ten MZ zgłosił NFZ. NFZ prowadzi prace w zakresie wdrożenia możliwości wypełnienia przez Pacjentkę ankiety kwalifikującej do programu, na podstawie której możliwe będzie zniesienie tej blokady. W okresie przejściowym (do czasu wdrożenia ankiety) analizujemy dodanie komunikatu dla pacjentek

Umawianie wizyt	Do tej pory pacjenci pierwszorazowi, którzy odwoływali wizyty na kilka dni przed lub w dniu wizyty przeplanowywani byli na koniec kolejki, czyli u nas w tej chwili za 7 miesięcy. W jaki sposób prawidłowo powinniśmy postępować po przystąpieniu do CeR. Rozumiem, że pacjenci, którzy korzystają z IKP poradzą sobie sami odwołując wizytę natomiast nie bardzo wiem co zrobić z tymi zgłaszającymi się do nas. Oczywiście jeśli będziemy mieli dostępny termin w ciągu 40 dni to udostępnimy go pacjentowi, ale z reguły takich terminów nie mamy. Czy powinniśmy anulować wizytę a pacjenta poinformować, że został przydzielony do poczekalni i musi oczekiwać na nowy termin? Dodam tylko, że nasz system gabinetowy nie ma funkcjonalności zarządzania poczekalnią ani zmiany kryteriów w imieniu pacjenta.	Żeby przeplanować wizytę pierwszorazową należy wybrać funkcję zmień termin i system CeR jeżeli znajdzie termin w ciągu 40 dni to go przydzieli, jeżeli nie to zapisze do poczekalni, natomiast nie ustawia pacjenta na końcu kolejki (czyli za 7 m-cy) tylko bierze pod uwagę wcześniejsze oczekiwanie pacjenta i przydziela odpowiednią wagę, która ma znaczenie przy szybszym przydzieleniu terminu. Oczywiście, że powinniście mieć Państwo do wyboru w swoim systemie kryteria takie jakie są w CeR i dostawca powinien taką funkcjonalność dostarczyć.
Umawianie wizyt	Powtórne rejestracje jako pierwszorazowe Zdarza się, że Pacjenci ponownie zapisują się jako „pierwszorazowi”, nawet po upływie 1–2 tygodni od wizyty u innego lekarza na to samo skierowanie.	Nie jest mozliwe w ramach CeR umówienie pacjenta: - więcej niż jeden raz na to samo skierowanie do poczekalni , - na termin wizyty w placówce, w sytyacji gdy pacjent oczekuje w poczekalni Jeśli pacjent, który już odbył wizytę ponownie umawia się na to samo skierowanie, moze wystapić systuacja ze nie został zaktualizowany status skierowania - w pierwszej kolejności zalecamy kontakt z dostawcą oprogramowania
Umawianie wizyt	Niekompletne dane pacjentów w zgłoszeniach CER W systemie brakuje często numeru telefonu i/lub adresu e-mail Pacjenta, co uniemożliwia potwierdzenie wizyty lub przekazanie ważnych informacji.	CeR wymaga co najmniej jednej danej - tj. numeru telefonu lub adresu e- mail. Należy skierować zapytanie do dostawcy oprogramowania dlaczego dane są niekompletne w tym zakresie
Umawianie wizyt	Mamy przypadki rejestrowania się pacjentów po upływie zaledwie miesiąca czasu, pierwsze skierowanie miało rozpoznanie jako nadciśnienie tętnicze, drugie skierowanie wystawione w krótkim odstępie czasu jako choroba nadciśnieniowa, skierowanie uprawniało do ustawienia się w kolejce pacjentów pierwszorazowych,	Obecnie możliwe jest umówienie się pacjenta na 2 różne w których wskazano różne kody ICD 10 (rozpoznania). W związku z wdrożeniem KSK (Krajowej Sieci Kardiologicznej) prawdopodobnie taka możliwość zostanie zablokowana, a pacjent będzie mógł umówić się wyłącznie na jedno skierowanie na wizytę pierwszorazową.

Umawianie wizyt	Pacjentka po okresie 1,5 roku posiadała skierowanie z takim samym rozpoznaniem IDC 10- I10, zarejestrowała się samodzielnie przez IKP, system przyjął tę rejestrację, choć pacjentka jest już w ewidencji naszej poradni i nie minęły jeszcze dwa lata, w tej sytuacji pacjentka była przyjęta jako pierwszorazowa, natomiast system medyczny nie pozwolił nam na rozliczenie tej wizyty jako pierwszorazowej W46, a tylko W17- jest to dla nas istotny szczegół,	CeR nie pozwoli zapisać się pacjentce pierwszorazowej na skierowanie, które jest realizowane w ramach kontynuacji leczenia. Warunkiem jest przekazanie przez świadczeniodawcę do CeR wizyty pierwszorazowej. Jeśli nie została ona przekazana do CeR – Cer jej nie widzi i traktuje Pacjentkę cały czas jako pierwszorazową. Przy zapisie wizyty system automatycznie przyjmuje skierowanie do realizacji, będące podstawą umówienia wizyty. Jeśli inne skierowanie takie samo jest już w statusie U REALIZATORA to zapis tej wizyty nie przejdzie bo system nie będzie w stanie przyjąć skierowania do realizacji drugiego, takiego samego. Prosimy o przesłanie informacji w jakim statusie jest obecnie poprzednie skierowanie.
Umawianie wizyt	W momencie, kiedy pacjent samodzielnie rejestruje się prze IKP i wybiera lekarza, wówczas nie można skorzystać z szacowanego terminu wizyty ponieważ system nie daje takiej możliwości, nie można pacjentowi udzielić informacji o przybliżonym terminie wizyty,	Fakt wybrania w preferencjach pacjenta lekarza nie modyfikuje wyznaczenia prognozy. Prawdopodobną przyczyną może być to, że np. nie ma slotów w systemie powiązanych z tym pracownikiem medycznym. Każdy taki przypadek Centrum e-Zdrowia musi zweryfikować konkretny przypadek. Prosimy o dokonanie zgłoszenia na adres: e-rejestracja@cez.gov.pl wraz z podaniem szczegółów danego przypadku (dane wrażliwe pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie należy przesłać zahasłowanym plikiem).
Umawianie wizyt	W systemie CER ujawnione zostały dane naszych dwojga lekarzy kardiologów, tzn. ich imiona i nazwiska. Jakiś czas temu na wtorkowym spotkaniu on-linie usłyszałam, ze nie ma obowiązku ujawniania tych danych identyfikujących lekarzy, u nas od początku pilotażu (jesteśmy w pilotażu od 11/2024) taka informacja została uwidoczniona. Podanie nazwisk lekarzy spowodowało to, że pacjenci wybierają sobie lekarza, do którego chcą przyjść na wizytę, co skutkuje tym, że do jednego lekarza kolejka jest już długa i wszyscy pacjenci tego lekarza to akceptują, a drugi lekarz ma termin niekiedy krótszy niż 40 dni. Czy taka sytuacja jest dopuszczalna – czasy oczekiwania na wizytę są w tej sytuacji bardzo różne.	Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca nie ma obowiązku wskazywania w danych wizyty osoby udzielającej świadczenie. Natomiast należy pamiętać, że pacjenci bardzo często zwracają uwagę na to kto udziela świadczenia i jest to dla nich istotne kryterium wyboru wizyty. Potwierdza to Państwa informacja zawarta w pytaniu. Pacjent ma prawo wyboru lekarza.

Umawianie wizyt	Zdarza się, że pacjent będący w kontynuacji leczenia u jednego naszego lekarza chce zostać przypisany do drugiego lekarza w naszej poradni. Staramy się odwieźć pacjenta z względu na organizację pracy naszej poradni. Jeśli jednak pacjent nie zostanie przepisany zgodnie ze swoją sugestią, to uzyskuje niekiedy nowe skierowanie i z tym skierowaniem ustawią się w „nową" kolejkę samodzielnie, np. przez IKP, wybierając lekarza,	Pacjent ma prawo do zmiany lekarza, analogicznie mógłby postąpić przychodząc do rejestracji w przychodni. CeR nie zmienia nic w tym zakresie.
Umawianie wizyt	Czy po uruchomieniu centralnej e-rejestracji , to na przychodniach ciąży obowiązek informowania pacjentów o dostępnych terminach wizyt? W przypadku osób, które nie mają smartfonów i nie będą odbierać powiadomień SMS/mailowych czy w IKP, przychodnie będą musiały dzwonić do takich pacjentów? Co, jeśli z powodów organizacyjnych, braków kadrowych, nie będą w stanie wywiązać się z tego zadania? Czy pacjenci rzeczywiście zostaną poinformowanie o dostępnych terminach?	Zgodnie z podstawową zasadą centralnej e-rejestracji poradnie NIE są zobowiązane do informowania pacjentów o dostępnych terminach wizyt, zadanie to jest realizowane przez system centralnej e-rejestracji. Pacjenci, którzy posiadają telefony komórkowe i odbierają wiadomości sms lub potrafią obsługiwać aplikacje webowe i mobilne, są informowani automatycznie przez system o umówionych terminach wizyt. Takimi kanałami otrzymują również przypomnienia o wizycie. Natomiast Pacjenci, którzy posiadają jedynie telefon stacjonarny takie informacje będą otrzymywać (od 1 października 2026r.) za pośrednictwem asystenta głosowego tj. voicebota. Wirtualny asystent centralnej e-rejestracji Ministerstwa Zdrowia zadzwoni do pacjenta 7 dni oraz 1 dzień przed zaplanowaną wizytą. Podczas rozmowy: - przedstawi się jako wirtualna asystentka, aby pacjent wiedział, że rozmawia z systemem, a nie z człowiekiem - przypomni o zaplanowanej wizycie - umożliwi jej potwierdzenie lub odwołanie. Wirtualna asystentka Anna nigdy nie poprosi pacjenta o podanie numeru PESEL, danych z dowodu osobistego ani o dokonanie jakiejkolwiek płatności. Połączenia będą realizowane z numeru 116 117.
Umawianie wizyt	Co zrobić gdy osoba zapisana przez e-rejestrację, która znajduje się w poczekalni, przychodzi do rejestracji i zgłasza pogorszenie stanu zdrowia?	Jeśli wizyta będzie dotyczyła kontroli - mogą Państwo zwyczajnie dorejestrować wizytę. W przypadku wizyt pierwszorazowych, zapis na taką wizytę uzależniony jest od kategorii medycznej na e-skierowaniu i oceny stanu zdrowia Pacjenta. System centralnej e-rejestracji umożliwia rejestrację wizyt nagłych.

Umawianie wizyt	Czy możliwe jest wysyłanie przypomnień Pacjentom o wizycie: "prosimy przyjść na wizytę w godz. od 12.00 do 14.00". Uzasadnienie: w celu realizacji wszystkich badań zleconych Pacjentowi w ramach tej wizyty niezbędne jest aby ten Pacjent pojawił się w Placówce najpóźniej do godz. 14.00. W przypadku udzielania porady o godz. 15.00 nie jest możliwe zrobienie badań w tym dniu i Pacjent jest odsyłany na kolejny termin	Należy pamiętać, że za organizację udzielania świadczeń odpowiada placówka. Placówka zarządza terminami udzielania świadczeń i zakresem tych świadczeń (zgodnie z umową z NFZ). Placówka przekazuje do CeR konkretne terminy wizyt ze swojego grafiku a Pacjent otrzymuje te informacje w IKP/mojeIKP i w treści powiadomień. Placówka ustala grafik przyjęć wskazując godziny wizyt dla Pacjentów. Bardzo ważne jest żeby Pacjent został przyjęty na wizytę zgodnie z wyznaczoną godziną (nie powinien czekać na wizytę) i zostały mu udzielone świadczenia kompleksowo bez konieczności wielokrotnego pojawiania się w placówce. Powyższe ma na celu skrócenie czasu trwania wizyty i zapewnienie jakości oraz komfortu procesu leczenia. Zatem w celu zapewnienia realizacji świadczeń zgodnie z powyższymi wymaganiami placówka powinna umawiać Pacjentów wymagających dodatkowych badań w takich godzinach aby zapewnić ich relizację. Innym rozwiązaniem moze być wydłuzenie czasu wykonywania badań.
Umawianie wizyt	Mamy problem z zarejestrowaniem pacjentów pierwszorazowych w poradni kardiologicznej . Z niewiadomych przyczyn mamy zablokowane przyjęcia powyżej 40 dni	Jeśli w ciągu 40 dni świadczeniodawca lub świadczeniobiorca nie znajdzie terminu to Pacjent trafia do poczekalni. Usługa Poczekalni to rozwiązanie, które „pilnuje kolejki" i automatycznie, w momencie pojawienia się wolnego terminu, zapisuje Pacjenta na wizytę zgodnie z kryteriami wyboru i kolejnością zgłoszenia, kategorią medyczną, uprawnieniami. W przypadku, gdy zwolni się termin na wizytę pierwszorazową w ciągu 40 dni, na ten termin są w pierwszej kolejności umawiani Pacjenci z Poczekalni (są to Pacjenci pierwszorazowi). Natomiast, jeśli zwolni się termin na wizytę pierwszorazową po 40 dniach, na ten termin nie są zapisywani Pacjenci. Pacjenci będą na niego umówieni dopiero gdy termin ten wejdzie w okres 40 dni. W przypadku kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może umawiać Pacjentów w dowolnym okresie zgodnie z planem leczenia.
Umawianie wizyt	Pacjenci z poczekalni zapisują nam się na terminy wcześniejsze niż jest kolejka podana w NFZ	Informator o Terminach Leczenia NFZ (https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/) ma charakter wyłącznie informacyjny. Prezentuje pierwszy wolny termin przekazany przez placówkę do NFZ jednorazowo w określonym interwale czasowym (każdy dzień roboczy lub raz w tygodniu w zależności od placówki). Nie jest to system bieżącej rejestracji i dane nie są aktualizowane w trybie online. Centralna e-Rejestracja jest systemem działającym online i umożliwia umawianie wizyt bezpośrednio w harmonogramie placówki. Terminy widoczne w IKP/moje IKP są udostępniane na bieżąco przez placówki medyczne i są możliwe do natychmiastowej rezerwacji. Innymi słowy pacjent, w tym oczekujący w poczekalni może zapisać się na wizytę w terminie, który został odblokowany przez placówkę czy odwołany przez innego pacjenta. Jeśli w ciągu 40 dni świadczeniodawca lub świadczeniobiorca nie znajdzie terminu to Pacjent trafia do poczekalni. Usługa Poczekalni to rozwiązanie, które „pilnuje kolejki" i automatycznie, w momencie pojawienia się wolnego terminu, zapisuje Pacjenta na wizytę zgodnie z kryteriami wyboru i kolejnością zgłoszenia, kategorią medyczną, uprawnieniami. Jeśli wizyta została anulowana przez Pacjenta, to w zależności do tego jak odległy jest to termin, będzie mógł on być podjęty przez Poczekalnię. Jeśli termin był z najbliższych 48h, wówczas Poczekalnia nie podejmie terminu. Wtedy placówka ma możliwość umówienia na ten termin, aby nie przepadł.

Umawianie wizyt	Jeżeli prowadzimy zapisy na rok 2027, to tylko pacjent pierwszorazowy trafia do poczekalni, a co w przypadku pacjenta kontynuującego leczenie, czy możemy mu normalnie zaproponować termin na 2027r.?	Centralna e-rejestracja pozwala na obsługę wizyt pierwszorazowych oraz na kontynuację leczenia. W ramach udostępniania terminów przyjęto podział na rodzaje slotów: stabilny, pilny, uprzywilejowany (dla Pacjentów pierwszorazowych) oraz kontynuacja leczenia (dla Pacjentów "kontrolnych"). Wizyty kontrolne w centralnej e-rejestracji umawiane są wyłącznie przez świadczeniodawcę zgodnie z planem leczenia. Umówienie takiej wizyty następuje poprzez system gabinetowy Placówki w ramach wydzielonego slotu na wizyty kontrolne. Pacjent przez IKp/mojeIKP nie moze się umówić na taką wizytę. Może ją tylko odwołać.
Umawianie wizyt	Co w przypadku kiedy mamy pacjenta uprzywilejowanego i mamy zarezerwowane już wszystkie wyznaczone do tego miejsca, w związku z tym musimy dopisać takiego chorego na koniec kolejki albo pomiędzy pacjentami. Czy jest taka możliwość w centralnej e-rejestracji, aby to zrobić?	System umożliwia rejestracje wizyt na sloty utworzone w harmonogramach. Rodzaje slotów to STABILNY, PILNY, UPRZYWILEJOWANY i KONTYNUACJA. Oddzielnie rejestrowane mogą być przypadki nagłe dedykowaną usługą w sytuacjach zagrożenia życia. Na wskazane sloty mogą być rejestrowane wizyty. Do rodzaju STABILNY mogą być rejestrowane wizyty pilne jak i uprzywilejowanych pacjentów, natomiast stabilny tylko do slotu stabilnego. Slot w rodzaju kontynuacja leczenia dedykowany jest pacjentom kontrolnym. Dopisanie pacjenta w CeR jest mozliwe. W tym celu tworzy się nowy slot i dorejestrowuje pacjenta.
Umawianie wizyt	.Jak będzie wyglądała planowanie pacjenta w przypadku sieci kardiologicznej (będą tam pacjenci z określonym rozpoznaniem i będą musieli zostać zapisani w określonym czasie)?	W przypadku sieci kardiologicznej planowanie będzie zależało od karty eKOK- do ośrodków OK2, OK3 będzie mógł umówić w CeR koordynator KSK na specjalnie wydzielone sloty. CeR będzie uwzględniać procesy zgodne z KSK
Umawianie wizyt	Pacjent A jest wpisany do harmonogramu świadczeniodawcy na wizytę w dniu X (termin uzgodniony i przekazany do CER). Z przyczyn organizacji pracy poradni oraz konieczności zapewnienia ciągłości diagnostyki/leczenia, podczas tej samej ścieżki opieki planujemy jednocześnie ustalić dla tego pacjenta kolejny termin wizyty przypadający w dniu Y, tj. po terminie X. Prosimy o jednoznaczne wyjaśnienie: czy w systemie CER dopuszczalne jest, aby jeden pacjent miał jednocześnie uzgodnione i aktywne dwa terminy wizyt u tego samego świadczeniodawcy (termin w dniu X oraz kolejny termin w dniu Y), czy też drugi termin może zostać uzgodniony dopiero po realizacji lub rozliczeniu pierwszego świadczenia?	Na bieżącą chwilę nie ma takiej możliwości. Obecnie musi zakończyć się wizyta pierwszorazowa, aby można było wyznaczyć termin kolejnej wizyty. Analizujemy rozwiązanie przez Państwa zaproponowane i podejmiemy decyzję czy zostanie ono wprowadzone.
Umawianie wizyt	Co mamy zrobić w sytuacji kiedy pacjent jest wypisywany i ma mieć kontrolę za 3 m-ce? Do 40 dni zarejestrujemy a co np za 3 m-ce?	W przypadku kontynuacji leczenia, świadczeniodawca może umawiać pacjentów w dowolnym okresie zgodnie z planem leczenia. Ograniczenie umówienia terminu w perspektywie 40 najbliższych dni dotyczy wizyt pierwszorazowych.

Umawianie wizyt	Do kiedy można umawiać pacjenta pełnoletniego na pierwszorazową wizytę w poradni dziecięcej? Czy w przepisach lub wytycznych mamy ograniczenia czasowe np. pacjent 20 letni?	Instytucjonalnie, prawnie nie mamy określonych granic w tym zakresie. Podstawą prawną dla umawiania pacjenta pierwszorazowego pełnoletniego w poradni dziecięcej są wskazania medyczne
Umawianie wizyt	Do placówki przychodzą pacjenci z niewłaściwym skierowaniem (np. z błędnym kodem komórki). Czy w takiej sytuacji świadczeniodawca może wystawić korektę skierowania (nowe skierowanie z poprawnym kodem) i na jego podstawie umówić wizytę? Cel: nie odsyłać pacjenta do wystawcy skierowania.	MZ i NFZ dopuszcza realizację świadczenia w innej komórce organizacyjnej niż literalnie wskazana na skierowaniu jeśli oczywiście zakres udzielonych świadczeń zgodny jest z przyczyną skierowania, czyli w uproszczeniu nie można udać się do kardiologa ze skierowaniem do ortopedy, ale można udać się do kardiologa mając skierowanie do np. kardiologa onkologa – wszystko oczywiście zależy z jakiej przyczyny pacjent kierowany jest do specjalisty przez lekarza rodzinnego.
Umawianie wizyt	Zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent jest w kontynuacji leczenia a przychodzi z kolejnym skierowaniem w trybie pilnym. Czy system wtedy go zdefiniuje jako pacjenta pierwszorazowego, bo np jest z nowym skierowaniem?	Pacjent powinien być zapisany w ramach kontynuacji leczenia, a jeżeli jego stan wymaga natychmiastowego przyjęcia może być przyjęty w trybie nagłym.
Umawianie wizyt	Jeżeli pacjent rezygnuje z wizyty pierwszorazowej w ostatniej chwili, np 15 min przed wizytą, to czy ten termin może otrzymać pacjent, który pojawił się w tym samym czasie w przychodni ze skierowaniem do rejestracji?	Zgodnie z zapisami ustawy w pierwszej kolejności są przyjmowani pacjenci z Poczekalni (centralny wykaz oczekujących) czyli art. 23g ust 4.: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten zostaje wyznaczony świadczeniobiorcy umieszczonemu w centralnym wykazie oczekujących.” Jeśli zatem jednak żaden Pacjent w Poczekalni nie jest zainteresowany wolnym terminem w placówce (obecnie jest to termin do 24 h przed wizytą): o Termin nie jest podejmowany przez Poczekalnię. o Termin może być wykorzystany w przypadku bieżącego wyszukania terminów na wizytę przez IKP/mojeIKP. Dodatkowo, Pacjent w preferencjach może wskazać: • Ile godzin przed wizytą chce otrzymać powiadomienie o wolnym terminie wizyty z możliwością zaakceptowania tego terminu (jego umówienia) - może to zrobić w przedziale od 24 do 96h przed wizytą • Ile godzin przed wizytą system ma automatycznie przydzielić termin (możliwe jest przydzielenie terminu powyżej 24h)
Umawianie wizyt	Co należy zrobić w przypadku wyczerpania limitu świadczeń na badanie HPV hr w ramach programu profilaktycznego? Czy w takiej sytuacji istnieje obowiązek przekazywania harmonogramu do centralnej e-rejestracji, mimo przekroczenia limitu?	Wszystkie badania profilaktyczne są płacone bezlimitowo - w przypadku braku środków na umowie do tego zakresu skojarzonego SWD musi złożyć wniosek do OW o zwiększenie wartości umowy w tym zakresie - tutaj nic się nie zmieniło. Uaktualniony harmonogram należy udostepnić w centralnej e-rejestracji.

Umawianie wizyt	Jak w prawidłowy sposób zmienić termin wizyty pacjentki, która zapisała się na badanie profilaktyczne raka szyjki macicy, jednak tego dnia wizyta nie może się odbyć z powodu nieobecności położnej. Czy możemy przenieść wizytę w terminarzu w taki sam sposób jak przy standardowej wizycie?	Wizyta z zakresu profilaktyki ze względu na integrację z SIMP i dokonywaną weryfikację uprawnień pacjentki nie jest możliwa do przeniesienia w Centralnej e-Rejestracji. Pierwotna wizyta musi zostać anulowana i w kolejnym kroku umawiają Państwo wizytę na nowy termin.
Umawianie wizyt	Pacjent z kartą DILO. Jakie dane należy podać w CeR przy umawianiu pacjenta z kartą DILO?	Pacjenta z kartą DILO umawiamy na sloty dla uprzywilejowanych, gdzie podstawą uprawnienia jest karta DILO. Należy podać: identyfikator dokumentu- jest wymagany, datę decyzji o założeniu karty, kod rozpoznania i kod etapu SSO, opcjonalnie identyfikator opiekuna.
Umawianie wizyt	Czy pacjenci stabilni mogą mieć ustalane terminy do planowej koronarografii przez Poradnię Kardiologiczną?	W zakresie koronarografii i ewentualnej porady kwalifikacyjnej ma tu zastosowanie zasada ogólna tj. pacjent nie może być wpisany na listę oczekujących do poradni specjalistycznej, gdyż kwalifikacja nie jest związana z objęciem opieką specjalistyczną ale z planowaną hospitalizacją. Wszelkie koszty związane z kwalifikacją do leczenia szpitalnego pacjenta posiadającego skierowanie do szpitala są uwzględnione w wycenie produktów rozliczeniowych (grup JGP) w rodzaju leczenie szpitalne. Jak świadczeniodawca chce realizować taką poradę w ramach poradni, to musi to realizować poza godzinami pracy wskazanymi w harmonogramie pracy do realizacji umowy o AOS.
Umawianie wizyt	Co mamy zrobić w przypadku, gdy mobilny punkt udzielania świadczeń ma tymczasowy (na przykład od pewnej godziny do końca dnia) problem techniczny w postaci braku dostępu do internetu, a przychodzi pacjentka, która chciałaby wykonać badanie, nie będąc wcześniej zarejestrowana. Do tej pory mamy możliwość wstecznej rejestracji udzielonego świadczenia w SIMP, a CeR nie obsługuje rejestracji z datą i godziną wcześniejszą niż bieżąca. Co mamy zrobić w podanej sytuacji?	Będziemy pracować nad rozwiązaniem wprowadzania wstecznego.
Umawianie wizyt	Mam pytanie dotyczące pacjentów z kartą onkologiczną. Z jednej strony była dzisiaj mowa, że dostawca programu gabinetowego przekazuje sloty dla pacjentów uprzywilejowanych. Z drugiej strony pacjent uprzywilejowany to taki pacjent, któremu nadano odpowiednie uprawnienie. Czy obowiązuje przypisanie kodu uprawnienia?	Pacjentów z kartą DILO umawiamy w slotach dla uprzywilejowanych, podstawą umówienia jest karta DILO. Należy podać: identyfikator dokumentu (jest wymagany), datę decyzji o założeniu karty, kod rozpoznania i kod etapu SSO, opcjonalnie identyfikator opiekuna.
Umawianie wizyt	Czy można już systemem gabinetowym umawiac na test HPV w CeR i SIMP?	Taka możliwość jest już udostępniona w centralnej e-rejestracji, teraz placówki muszą dostosować swoje programy tj. dodanie procedury PRSMHPV.

Umawianie wizyt	Co w momencie, gdy pacjentce trzeba powtórzyć HPV z przyczyn jak napisali: pobrany materiał nie nadaje się do oceny i nie zostało wykonane. W jaki sposób powielić ponownie rejestrację, gdy pacjentka jest już w interwale.	SIMP pozwala zapisać, zatwierdzić i rozliczyć badanie NIEDIAGNOSTYCZNE. Badanie takie jest rozliczane tak jak wynik ujemny. Po takim badaniu jest zlecenie powtórzenia po miesiącu i oczywiście system SIMP oraz CeR pozwoli takie badanie zarejestrować.
Umawianie wizyt	Jeśli chodzi o pacjentów poszpitalnych, to czy każda poradnia kardiologiczna może realizować świadczenia dla pacjenta po hospitalizacji, czy tylko poradnie przyszpitalne?	Niezależnie od dziedziny medycyny, każda poradnia specjalistyczna może objąć opieką pacjenta po zrealizowanej hospitalizacji, z zastrzeżeniem, że jak pacjent jeszcze nigdy nie był w tej poradni (nawet jeśli jest to poradnia tego samego podmiotu leczniczego, czyli w uproszczeniu tego szpitala) to musi mieć skierowanie, a w przyszłości eKOK, bo to pacjent wybiera sobie poradnię specjalistyczną. Nieco inaczej jest w sytuacji np. KOS-Zawał – bo jak pacjent został „obsłużony" w KOS-Zawał, to na realizatorze KOS-Zawał ciąży obowiązek objęcia dalszą opieką kardiologiczną po zabiegu kardiochirurgicznym, aczkolwiek ostateczna decyzja zawsze należy do pacjenta i może pójść do innej p. kardiologicznej – tylko potrzebuje dostać skierowanie.
Umawianie wizyt	Jak umawiamy pacjentów onkologicznych (z kartą DILO)?	1/ Dot. Pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem rozpoznania onkologicznego. Każdy taki pacjent obowiązkowo powinien mieć wystawioną kartę DILO; 2/ Pacjent onkologiczny (w trakcie diagnostyki lub w trakcie leczenia), który jest kierowany do poradni kardiologicznej, a od 1.08 do innych poradni włączanych do CeR, jest umawiany w slotach uprzywilejowanych, zgodnie z terminem konsultacji wskazanych w karcie DILO 3/ przy wprowadzeniu danych Pacjenta należy podać nr karty DILO
Umawianie wizyt	Czy placówka może wymagać anulowania wizyty na IKP przez pacjeta ?	Placówka nie powinna wymagać od pacjenta anulowania wizyty w IKP i ponownego jej umówienia. Jeśli wystąpi taka potrzeba (wynikająca z problemów technicznych systemu gabinetowego) placówka powinna samodzielnie anulować taką wizytę w imieniu pacjenta, a następnie umówić nową.
Umawianie wizyt	Bardzo proszę o udzielenie informacji, czy pacjent może korzystać ze świadczeń kardiologicznych w dwóch poradniach jednocześnie? i jak postąpić w przypadku, jeżeli pacjent korzysta z poradni w celu sprawdzenia rozrusznika/kardiowertera o kodzie resortowym również - 1100 Poradnia kardiologiczna, a jednocześnie leczy się przewlekle w innej poradni kardiologicznej o tym samym kodzie resortowym VIII?	System centralnej e-rejestracji nie pozwoli na zarejestrowanie dwóch takich samych wizyt na podstawie takich samych skierowań. Świadczeniodawca powinien: - skontaktować się z Pacjentem w celu dokonania przez Pacjenta wyboru placówki, w której się leczy. - w przypadku np. kontroli rozruszników – świadczeniodawca powinien wskazać właściwą procedurę.

Umawianie wizyt	Jak przyjąć pacjenta z zaawansowanym rakiem tarczycy pośród wszystkich pacjentów pierwszorazowych ze skierowaniem cito? Jak wyodrębnić takie najpilniejsze przypadki?	Pacjenta w trakcie diagnozy lub leczenia onkologicznego np. z zaawansowanym rakiem tarczycy umawiacie Państwo zgodnie z terminami wskazanymi w karcie DILO. Pacjent onkologiczny MUSI mieć kartę DILO. Jeśli takiej karty nie ma, nie jest uprawniony do świadczeń poza kolejnością. Takich pacjentów umawiacie Państwo sami - Pacjent musi zgłosić sie do Placówki w celu umówienia badania.
Umawianie wizyt	Umówienie wizyty na to samo skierowanie	Jeśli placówka podczas umówienia wizyty otrzymuje komunikat z CeR: W systemie CeR jest już umówiona wizyta dla tego pacjenta Oznacza to, że pacjent mu już w CER umówioną wizytę. Należy wówczas zapytać pacjenta czy leczy się gdzieś indziej, bo pacjent na to samo skierowanie nie może się leczyć w dwóch placówkach. Jeżeli chce się skonsultować to musi: 1/ w innej placówce zamknąć skierowanie 2/ poprosić o wystawienie nowego z inna procedurą/rozpoznaniem Kiedy ma kontrolę rozrusznika, powinien dostarczyć nowe skierowanie z dopisaną procedurą kontrola rozrusznika
Umawianie wizyt	Czy skierowanie wystawione do szpitala np. z rumieniem może być przyjęte w poradni?	Pacjent ze skierowaniem do szpitala jest pacjentem szpitalnym. Nie można skierowania wystawionego do szpitala wykazać w rozliczeniu świadczenia z poradni. Jeśli IP/ SOR uzna brak wskazać do objęcia hospitalizacją, musi wskazać to w dokumentacji medycznej (brak wskazań do objęcia hospitalizacją) i dać pacjentowi skierowanie do poradni. Jeszcze należy pamiętać, że zakończenie udzielenia świadczenia może zakończyć się na SOR/IP. Wszystko zależy od sytuacji zdrowotnej pacjenta.
Umawianie wizyt	Co gdy, pacjent rezygnuje z wizyty, ale po pewnym czasie chce ponownie się zapisać do naszej jednostki na to samo skierowanie? Czy jest to możliwe?	Jeżeli pacjent leczył się u Państwa tzn. był w kontynuacji leczenia i np. po roku przychodzi celem rejestracji na kolejną wizytę, to Centralna e-Rejestracja nic nie zmieniła w tej kwestii i obsługują Państwo pacjenta jak dotychczas. Jeżeli był to pacjent pierwszorazowy i jego wizyta została anulowana i został usunięty jego wpis do poczekalni, to tutaj również działają państwo analogicznie jak dotychczas i o ile skierowanie nie zostało przyjęte do realizacji w innym podmiocie, to zapisują Państwo pacjenta (jeżeli posiadają Państwo wolne terminy w przeciągu najbliższych 40 dni) bądź zapisują Państwo pacjenta do poczekalni.
Umawianie wizyt	Czy pacjent ze skierowaniem do poradni chorób odzwierzęcych będzie mógł umówić się w poradni chorób zakaźnych (i odwrotnie)? W jaki sposób system weryfikuje, czy dana poradnia leczy dane schorzenie? Czy CeR opiera się na kodzie komórki organizacyjnej, czy na możliwości udzielania świadczenia?	Centralna e-rejestracja umożliwia wyszukiwanie i zapis na świadczenie na podstawie: 1/ danych zawartych w skierowaniu tj. kodu specjalności komórki, kodu procedury ICD-9, kodu rozpoznania ICD-10 oraz 2/ danych zawartych w konfiguracji miejsca udzielania świadczeń (MUŚ).

Umawianie wizyt	W przypadku kardiologii, czy jest weryfikowany fakt posiadania przez Pacjenta aktywnego skierowania na świadczenie podczas zapisywania na termin wizyty. Jeżeli tak - w momencie zapisu na wizytę w termin wolnego harmonogramu - jaki status przyjmuje skierowanie?	Podstawą zapisu na wizytę jest e-skierowanie. Status e-skierowania po zapisaniu na wizytę zmienia się na "zarejestrowane".
Umawianie wizyt	Czy zasady zapisu do lekarzy specjalistów na wizyty 1 razowe reguluje: USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Art. 20. Pkt 10 i 10 fa ? Obecnie prowadzimy korespondencję z pacjentką, która kontynuuje leczenie w naszej placówce i domaga się ponownego zapisu na wizytę 1 razową (do innego lekarza) z nowym rozpoznaniem (informacja od lekarza rodzinnego).	Pytanie nie dotyczy centralnej e-rejestracji ale zasad umawiania pacjentów jako pierwszorazowych i kontynuujących leczenie. Niemniej zgodnie z informacjami NFZ pacjent zgłaszający się do świadczeniodawcy po raz kolejny jest pacjentem kontynuującym leczenie. Takie zasady obowiązują również w procesie rozliczania świadczeń. W CeR zostaną wprowadzone walidacje dla pacjentów, którzy nie są pacjentami pierwszorazowymi.
Umawianie wizyt	Jak wygląda sprawa gdy pacjent rejestruje się przez aplikację na kontrolę . Pojawią się mu godziny przyjęć z każdego dnia i może wybrać dowolny ? Czy są udostępniane godziny po kolei?	Poprzez IKP/mojeIKP pacjenci mogą zapisać się tylko na wizytę pierwszorazową. Na kontynuację leczenia pacjenci zapisywani są tylko bezpośrednio w podmiocie.
Umawianie wizyt	W jaki sposób i gdzie mamy wpisać Pacjenta na termin późniejszy? Gdzie mamy go wpisać na preferowany termin? Skoro on będzie w poczekalni to skąd mamy znać preferowany termin?	Jeżeli pacjent chce się zapisać na termin późniejszy niż 40 dni np. 30 października to Państwo umawiają takiego pacjenta, a w kryterium wpisują termin preferowany przez pacjenta tj. 30 października.
Umawianie wizyt	A co z pacjentem który ma umówioną wizytę pierwszorazową i na tej wizycie zapada decyzja o założeniu karty DILO co wtedy.	Podstawą umówienia pacjenta na slot uprzywilejowany jest karta DILO
Uprawnienia Pacjenta	Kilkanaście miesięcy temu dostaliśmy uwagę od Rzecznika Praw Pacjenta, że nasza infolinia rozpoczyna pracę 30 minut przed otwarciem okienka dla pacjentów, którzy przychodzą osobiście, co daje nieuczciwą przewagą osobie dzwoniącej. Mieliśmy natychmiast zmienić swoje postępowanie w celu wyrównania szans pacjentów. W przypadku tego systemu pacjent może zarejestrować się o dowolnej porze dnia i nocy. Co na to RPP?	Ustawa wdrażająca CeR była opiniowana przez RPP - uwagi w tym zakresie nie zostały zgłoszone. Wdrożenie centralnej e-rejestracji ma na celu zapewnienie równego prawa do korzystania ze świadczeń wszystkim Pacjentom. Mianowicie, każdy Pacjent umawia się na wizytę w centralnej e-rejestracji na takich samych zasadach, stając w jednej kolejce do przydzielenia terminu świadczenia. Rozwiązanie zakłada dwa sposoby umówienia świadczenia: poprzez Internetowe Konto Pacjenta lub bezpośrednio u Świadczeniodawcy. Obecne rozwiązanie jest wdrożeniem pilotażowym, które pozwoli na jego ocenę i ewentualną zmianę zasad, które okazałyby się niekorzystne dla Pacjentów.
Uprawnienia Pacjenta	Czy e-rejestracja sprawdzi się przy umawianiu pacjenta na badania diagnostyki obrazowej (Tomografia, MR)	Jesteśmy w trakcie analizy wejścia tych badań do centralnej e-rejestracji.

Uprawnienia Pacjenta	Czy centralna e-rejestracja dotyczy tylko poradni kardiologicznej dla dorosłych (poradnia kardiologii dzieci nie objęta centralną e-rejestracją)	Dotyczy również poradni udzielających świadczeń dla dzieci
Uprawnienia Pacjenta	Jak traktować pacjentki z Ukrainy i innych krajów z poza UE, które zarejestrują się przez IKP. Część z tych pacjentek zapewne będzie mogła zarejestrować się na mammografię profilaktyczną. Jednak NFZ z tego co wiem nadal stoi na stanowisku, że nie możemy wykonywać badań profilaktycznych pacjentkom nie będących obywatelkami RP.	Jeśli Pacjentka nie posiada uprawnień do skorzystania z takich badań profilaktycznych to nie będzie mogła umówić wizyty przez IKP/mojeIKP
Uprawnienia Pacjenta	Skierowanie ważne jest dwa lata w tym czasie pacjent kontynuuje leczenie, często po zakończeniu leczenie w okresie krótszym niż dwa lata pacjent zgłasza potrzebę ponownej konsultacji. Czy taka osoba powinna zostać zapisana do poczekalni jako pierwszorazowa mimo, że nie minęły dwa lata ?	Jeżeli Pacjent leczył się w danej jednostce to placówka powinna otworzyć ponownie skierowanie (jeśli było zamknięte) i przyjąc pacjenta jako kontynuującego leczenie
Uprawnienia Pacjenta	Zasady rejestracji pacjentek w IKP - obecnie rejestracja przez IKP nie weryfikuje statusu w SIMP po dacie planowanego badania, tylko w dacie trwającej rejestracji.	Jeśli SIMP potwierdzi prawo pacjentki do profilaktyki np. wejdzie w próg wiekowy za 2 tygodnie to wizyta może zostać umówiona w terminach od uzyskania progu wiekowego do profilaktyki do 90 dnia. W kryteriach wyszukiwania wizyty wprowadzone są ograniczenia dla daty od i daty do w zależności od tego czy sytuacja dotyczy dopiero uzyskania uprawnień przez wejście w grupie wiekową lub przed utratą tych uprawnień przez wyjście z tej grupy wiekowej.
Uprawnienia Pacjenta	Jaki kod ICD10 należy podać w przypadku wizyt (kont leczenia), przekazywanych w ramach zasilenia inicjalnego, umówionych na podstawie starych skierowań papierowych, na których nie wskazano tego kodu. Czy to świadczeniodawca decyduje w tym przypadku jakie rozpoznanie wpisze?	Wpisanie przy przekazywaniu danych do CeR rozpoznania, odzwierciedlającego aktualny stan zdrowia pacjenta w trakcie ostatniej porady, jest prawidłowe. Rozpoznanie wskazane jako przyczyna główna udzielenia świadczenia nie musi być tożsame z wpisanym na skierowaniu przez lekarza wystawiającego to skierowanie – osoba realizująca świadczenie (poradę w AOS) ostatecznie wskazuje rozpoznanie.
Uprawnienia Pacjenta	Co w przypadku, kiedy któryś z lekarzy przyjmuje pacjentów pierwszorazowych, ale z tylko z określonym rozpoznaniem, centralna e-rejestracja uwzględni takie przypadki?	Rozpoznania obecnie są tylko na MUŚ. Taką zmianę planujemy w przyszłości

Uprawnienia Pacjenta	Pacjent zgłaszający się do poradni Kardiologicznej pokazuje w rejestracji kartę DiLO, którą miał założoną w innej poradni i chce zostać przyjęty jak pacjent uprzywilejowany, zzy mamy prawo go tak zapisać na podstawie karty DiLO czy tylko wtedy jeśli na wizycie zamykamy jakiś etap karty DiLO?	Uprzywilejowanie powinno obejmować tylko wizyty wg planu leczenia tzn. jeżeli pacjentowi zalecono w ramach leczenia onkologicznego konsultacje kardiologiczna takiego pacjenta należy traktować jako pacjenta uprzywilejowanego z kartą DILO.
Uregulowania prawne i umowne	Czy jeśli mamy umowę na kardiologię i mammografię można wybrać jedną opcję, np. wyłącznie mammografię?	Tak, można wybrać wyłącznie mammografię.
Uregulowania prawne i umowne	Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej z dnia 26.06.2020r. - §2 ust. 2 pkt.3) wskazuje, iż dane pracownika medycznego, który wykonał procedurę medyczną wykazuje się wyłącznie zgodnie z ust. 1 pkt. 5) tj. w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym. Natomiast świadczenia z poradni	Zgodnie z wskazanym rozporządzeniem w § 2. 1. Usługodawca przekazuje do SIM: pkt.5): dane pracownika medycznego udzielającego świadczenia zdrowotnego lub odpowiedzialnego za jego udzielenie, a w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym – dane pracownika medycznego kierującego wykonaniem tej operacji albo zabiegu (operatora), które obejmują szczegółowy zakres danych w ppkt od a) do d).
Uregulowania prawne i umowne	Czy to rozwiązanie ma zastąpić własne e-rejestracje świadczeniodawców, czy ma być dla nich komplementarne?	Docelowo centralna e-rejestracja powinna zastąpić rozwiązania lokalne, ponieważ realizuje te same funkcjonalności tj. pozwala na wyszukanie i umówienie wizyty oraz udostępnia informację o umówionych wizytach. Ponadto wiele takich samych kanałów komunikacji może zdezorientować Pacjenta. Zgodnie z wynikami kontroli NIK w zakresie platformy regionalnej MSIM ze środków publicznych (w tym unijnych) nie jest możliwe finansowanie budowy, rozbudowy lub utrzymania rozwiązań dublujących rozwiązania centralne. Jeśli świadczeniodawca posiada e-rejestrację lokalną sam decyduje o utrzymywaniu i rozwoju tego rozwiązania.
Uregulowania prawne i umowne	W przypadku rejestracji pacjentki prze IKP do HIS-u nie jest przekazywany aktualny w IKP adres. Dlaczego?	Unikamy przekazywania za dużo danych. Prawidłowość i aktualność danych o pacjencie prowadzi świadczeniodawca. Poza tym informacja z IKP wcale nie musi oznaczać, że będzie bardziej aktualna niż ta u świadczeniodawcy. Podmioty powinny mieć aktualne dane, bo się u nich Pacjenci leczą.

Uregulowania prawne i umowne	Czy terminarz powinien zostać tworzony na czas obowiązywania umowy z NFZ? Na przykład umowa na udzielanie świadczeń w zakresie kardiologii zawarta jest do 30.06.2026, więc zapisy tworzymy do tego dnia? Czy zakładamy, że otrzymamy aneks z NFZ wydłużający okres obowiązywania umowy i tworzymy zapisy na kolejny okres?	Do centralnej e-rejestracji przekazujecie Państwo te terminy, które przekazujecie do APKOLCE. Jeśli do APKOLCE przekazujecie terminy tylko do 30.06.2026 r., taki sam zakres danych należy przekazać do centralnej e-rejestracji.
Uregulowania prawne i umowne	Kiedy de facto rusza e-rejestracja dla kardiologii? 1 czerwca czy 1 stycznia? Czy 1 stycznia wchodzi ustawa a obowiązek realnej pracy systemu obowiązuje od 1 czerwca?	1 stycznia 2026 r. zaczyna się obowiązek, ale placówka ma 5 miesięcy na przekazanie harmonogramów i aktywowanie MUŚ

Uregulowania prawne i umowne	Co rozumiemy przez pojęcie zdarzenia medycznego?	art. 67a. [Definicja zdarzenia medycznego] ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Zdarzeniem medycznym jest zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia albo zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego: 1) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, 2) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, 3) śmierć pacjenta – będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: a) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, b) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, c) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Obowiązek przekazywania danych o zdarzeniach medycznych wynika z Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych
Uregulowania prawne i umowne	Czy terminarz musi być zgodny z umową na pracę gabinetu NFZ	Rekomendowana jest zgodność, to Państwo o tym decydują i za dane odpowiadają.
Uregulowania prawne i umowne	W jakich rolach występować będzie PWDL względem danych medycznych Pacjentów, jakie wprowadzać będzie do systemu e-rejestracji, czy taki PWDL będzie ADO dla danych po ich wprowadzeniu do systemu e-rejestracji, czy też funkcję ADO przejmował będzie inny podmiot, jeśli tak to jaki, a może ten inny podmiot będzie występował w roli Podmiotu Przetwarzającego względem wprowadzonych danych Pacjentów przez PWDL?	Zgodnie z art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.), Administratorem danych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej (SIM), którego częścią jest centralna e-rejestracja, jest Minister Zdrowia. Centrum e-Zdrowia działa w tym zakresie jako podmiot przetwarzający w rozumieniu art. 28 RODO, realizując obsługę techniczną systemu na rzecz Ministra Zdrowia. PWDL pozostaje administratorem danych pacjentów we własnych systemach wewnętrznych (np. EDM, systemy gabinetowe). W odniesieniu do danych wprowadzonych do e-rejestracji PWDL pełni funkcję podmiotu zobowiązanego do wprowadzenia danych i odpowiada za ich prawidłowość, kompletność oraz zgodność z dokumentacją medyczną pacjenta.

Uregulowania prawne i umowne	W jakich rolach występować będzie PWDL względem danych personelu PWDL, jako użytkowników systemu e-rejestracji, kto będzie tworzył konta dla takiego personelu, kto będzie ADO dla tych danych, czy będzie to PWDL zatrudniający, czy też funkcję ADO przejmował będzie inny podmiot, jeśli tak to jaki, a może ten inny podmiot będzie występował w roli Podmiotu Przetwarzającego względem wprowadzonych danych personelu jako użytkowników systemu e-rejestracji?	Dane personelu (użytkowników systemu) Dane osobowe personelu PWDL, w zakresie niezbędnym do uwierzytelnienia i korzystania z systemu e-rejestracji, po ich wprowadzeniu do SIM, podlegają przetwarzaniu, którego administratorem jest Minister Zdrowia, natomiast Centrum e-Zdrowia pełni rolę podmiotu przetwarzającego. Jednocześnie PWDL pozostaje administratorem danych swojego personelu w ramach relacji pracowniczych lub cywilnoprawnych (np. prowadzenie dokumentacji kadrowej, obsługa zatrudnienia).
Uregulowania prawne i umowne	Czy jeżeli nie prowadzi się programu profilaktyki raka szyjki macicy w zakresie etapu podstawowego w swojej placówce, to będzie obowiązek zawarcia umowy z NFZ na jego prowadzenie w przyszłości	Jeśli podmiot nie posiada zawartej umowy na program profilaktyki raka szyjki macicy w zakresie etapu podstawowego, ustawa nie wprowadza takiego obowiązku. Jedynie placówka posiadająca taką umowę będzie miała obowiązek przekazania harmonogramów do CeR i umawiania wizyt przez CeR

Uregulowania prawne i umowne	Czy powstał harmonogram dot. wdrożeń kolejnych zakresów?	CeR obecnie działa w zakresach: 1/ wizyty pierwszorazowe u kardiologa ze skierowaniem, badania w ramach programów profilaktycznych: mammografia i cytologia: •od 1.01.2026 r. – wejście w życie ustawy wdrażającej CeR •od 1.07.2026 r. – obowiązek umawiania przez centralną e-rejestrację. Każda wizyta, przed udzieleniem świadczenia lub najpóźniej w dniu jego realizacji, przed godziną udzielenia świadczenia, musi być zarejestrowana w centralnej e-rejestracji (art. 23i pkt. Wyjątki stanowią wizyty nagłe oraz problemy techniczne po stronie centralnej e-rejestracji. 2/ Od 1 sierpnia 2026 roku : Etap II (Choroby naczyń, Choroby zakaźne, Endokrynologia, Hepatologia, Immunologia, Nefrologia, Neonatologia, Pulmonologia): •1.08.2026 r. - wejście do CeR nowych zakresów (wskazane w RMZ) •do 31.12.2026 r. - obowiązek przekazania harmonogramów do CeR •od 1.02.2027 r. - obowiązek umawiania przez CeR

Uregulowania prawne i umowne	Jakie obowiązki wprowadza ustawa wdrażająca centralną e-rejestrację i jaki skutki przewiduje w przypadku braku ich realizacji?	Ustawa wprowadza 2 obowiązki: **1/ Przekazanie harmonogramów przyjęć do systemu centralnej e-rejestracji** (czyli systemu P1) Oznacza to konieczność przekazania kopii całego grafiku danych świadczeń Placówki do centralnej e-rejestracji: - przekazanie do centralnej e-rejestracji wszystkich aktualnie umówionych wizyt (pierwszorazowych i kolejnych) - art. 23i pkt. 1 ustawy, - udostępnienie wszystkich wolnych terminów wizyt (pierwszorazowych i kolejnych) na minimum 3 miesiące do przodu - art. 3 RMZ, **2/ Umożliwienie umawiania wizyt przez centralną e-rejestrację zgodnie z jej zasadami,** co oznacza, że: - należy zrealizować obowiązek nr. 1 - udostępnić wolne terminy wizyt w systemie P1 (tj. technicznie: aktywować miejsce udzielania świadczeń, czyli MUŚ) **Umawiać zgodnie z zasadami centralnej e-rejestracji, oznacza, że:** a/ informacja o umówionym terminie wizyt musi zostać przekazana do centralnej e-rejestracji przed lub w dniu udzielenia świadczenia (ustawa przewiduje oczywiście wyjątki np. wizyty nagłe lub awarie niezależne od świadczeniodawcy) b/ należy umawiać Pacjentów zgodnie z kolejnością zgłoszenia. Np. naruszeniem zasady centralnej e-rejestracji jest umówienie Pacjenta, który zgłosił się do Placówki później, przed innym Pacjentem, który zgłosił się wcześniej i np. oczekuje w Poczekalni (przy założeniu, że obaj posiadają tę samą kategorię medyczną). Ustawa przewiduje, że w przypadku niewykonania tych obowiązków: - brak realizacji obowiązku 1/ - NFZ wstrzymuje płatności za udzielone świadczenia - brak realizacji obowiązku 2/ - NFZ płaci wyłącznie za świadczenia umówione przez centralna e-rejestrację

Uregulowania prawne i umowne	Jakie inne obowiązki wynikają z przepisów prawa dla placówek POZ w obszarze e-zdrowia?	Ustawa wdrażająca centralna e-rejestrację wprowadza obowiązek **wypełniania obowiązkowo na skierowaniu kodu ICD9.** Obowiązek wypełniania kodu ICD9 ma zwiększyć odpowiednie dopasowanie do pracownika medycznego z uwzględniem potrzeb poszczególnych procedur medycznych. Ponadto przepisy ustawy sioz art. 11 ust. 1a, 1b i 3 nakładają na świadczeniodawców obowiązek: **- prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM)**. Rodzaje dokumentów wskazuje rozporządzenie MZ w sprawie rodzajów EDM wydane na podst. Art. 13 ustawy **- wymianę EDM z innymi podmiotami,** a więc udostępnianie i pobieranie EDM wytworzonej przez inne podmioty **- raportowanie zdarzeń medycznych (ZM) do systemu P1.** Ustawa nakłada taki obowiązek od lipca 2021 r. ! Dokumentami EDM obowiązkowo indeksowanymi w systemie P1 są: - wynik badań laboratoryjnych - opis badań diagnostycznych. Można również indeksować inne dokumenty stanowiące dokumentację medyczną, np. poradę, zawierająca informację o udzielonym świadczeniu, ale dokument ten musi spełnić techniczne wymagania EDM, czyli musi być wytworzony w formacie PIKHL7CDA i musi zostać podpisany. Dokument taki należy wytworzyć i zapisać w systemie gabinetowym (repozytorium EDM), oraz udostępnić link do tego dokumentu w systemie P1 (link do dokumentu EDM wysyłany jest w komunikacie ZM). Obowiązek ten spoczywa na podmiocie nawet jeśli posiada umowę z podwykonawcą. Możliwe jest wykonanie tego obowiązku przez podwykonawcę, ale wówczas musi on otrzymać informacje o danych głównego ZM.

Uregulowania prawne i umowne	Proszę o wskazanie procedury podłączenia się do eRejestracji od 01.01.2026r.	Integracja z centralną e-rejestracją w terminach wynikających z ustawy: Krok 1. Zarejestrowanie MUŚ (Miejsce Udzielenia Świadczeń) •Zarejestrowanie poradni w systemie centralnej e-rejestracji przez własny system gabinetowy •W gabinet.gov.pl z roli Administratora podmiotu Krok 2 - Przekazanie HARMONOGRAMÓW do CeR (zasilenie inicjalne) najpóźniej do 31.05.2026 r. •ZASILENIE INICJALNE PLIKIEM CSV - Utworzenie harmonogramów i przekazanie wizyt •Operacja: zapiszNaWizyte - Utworzenie harmonogramów i slotów, a następnie rejestracja wizyt Krok 3. Aktywacja MUŚ (stanowi jednoczesne potwierdzenie przekazania HARMONOGRAMÓW) USTAWA art. 23i pkt 1.: najpóźniej 31.05.2026 r. •Wykonanie operacji aktywuj MUŚ poprzez system gabinetowy •W gabinet.gov.pl z roli Administratora podmiotu KROK 4. Bieżąca synchronizacja HARMONOGRAMÓW z CeR USTAWA art. 23i pkt 2.: najpóźniej 30.06.2026 r. •Aktualizacja lokalnych harmonogramów tj. obieranie notyfikacji i wysyłanie komunikatów o zmianach do P1 przez własny system gabinetowy •W gabinet.gov.pl z roli Administratora podmiotu Od 1.07.2026 r. każdy świadczeniodawca musi: •przekazywać każdą umówioną wizytę do centralnej e-rejestracji przed udzieleniem świadczenia lub najpóźniej w dniu jego realizacji, przed godziną udzielenia świadczenia. Wyjątki stanowią wizyty nagłe oraz problemy techniczne po stronie centralnej e-rejestracji. •Umawiać Pacjentów zgodnie z zasadami CeR określonymi w ustawie o świadczeniach

Uregulowania prawne i umowne	Brak dostępu do numerów PIN skierowań (przez pracowników rejestracji) • uniemożliwia przyspieszanie terminów w sytuacjach medycznie uzasadnionych, • powoduje, że skierowań, które nie przeszły do systemu informatycznego placówki (z winy CER lub oprogramowania), nie sposób odzyskać, co naraża ją na utratę finansowania za wykonane wizyty. Część pacjentów nie posiada Internetowego Konta Pacjenta, a część wyrzuca papierowe skierowanie po dokonaniu rejestracji. Brak możliwości wglądu w dane skierowania uniemożliwia prawidłową obsługę takich osób.	Dostęp do danych skierowania następuje poprzez podanie nr PIN skierowań wraz z numerem PESEL Pacjenta. Analogicznie jak w przypadku e-recept,nie jest możliwy dostęp do tych dokumentów bez zgody Pacjenta. Dostęp do dokumentacji medycznej Pacjenta reguluje art. 35 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r.o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2025 r. poz. 302).
Uregulowania prawne i umowne	Czy badania kontroli stymulatora i echo serca też będą uwzględnione w centralnej e-rejestracji?	CeR obejmuje świadczenia ambulatoryjne w ramach AOS. Jesli mówimy o badaniach diagnostycznych w ramach wizyty kontynuacyjnej to obecnie podlega to analizie .
Uregulowania prawne i umowne	Czy tryb nagły dotyczy jakiś konkretnych poradni?	Ustawa o świadczeniach stanowi: Art. 19 1.W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Art. 19a 3.W przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, wpis w harmonogramie przyjęć może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia. Art. 60 W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Art. 61 Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a , 57 ust. 2 i art. 60. Ustawa w tym zakresie nie wskazuje konkretnych poradni

Uregulowania prawne i umowne	Czy w przypadku, kiedy podmiot leczniczy ma kontrakt w ramach AOS z zakresu położnictwa i ginekologii (gdzie w świadczeniach gwarantowanych jest wykonanie badania w ramach profilaktyki raka szyjki macicy opartego na teście HPV w triage z LBC) jesteśmy zobowiązani do połączenia z CeR.	Tak – każdy realizator, który ma umowę obejmującą zakres/y dot. pobrania materiału do badania przesiewowego w kierunku raka szyjki macicy, winien przystąpić do e-rejestracji.
Uregulowania prawne i umowne	Co placówka powinna zrobić w przypadku nieobecności lekarza?	Podmiot powinien podjąć działania służące zapewnieniu realizacji wizyty lekarskiej, zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym załączonym do niej harmonogramem.Sytuacje incydentalne, losowe jak np. choroba lekarza mogą się zdarzyć, natomiast nie powinny one ograniczać pacjentom (świadczeniobiorcom) dostępu do świadczeń, dlatego jeśli wizyta została wyznaczona, to powinna odbyć się we wskazanym terminie. Opinia: Wydział Regulacji Ubezpieczenia Zdrowotnego, Departament Lecznictwa
Uregulowania prawne i umowne	Czy placówka, która ma umowę na AOS gin-poł, może przeprowadzać badania również bez porady (bez udziału lekarza ginekologa), czyli nie jako badanie skojarzone?	Odpowiedź NFZ: tak, placówka, która ma umowę na AOS gin-poł, może przeprowadzać badania również bez porady (bez udziału lekarza ginekologa), czyli nie jako badanie skojarzone
Uregulowania prawne i umowne	Kiedy AP KOLCE przestanie obowiązywać?	Obowiązek sprawozdawczy do AP-KOLCE w tym przekazywanie danych o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w ramach AP-KOLCE, ustaje po aktywacji Miejsca Udzielenia Świadczenia (MUŚ) w centralnej e- rejestracji w odniesieniu do świadczeń objętych CeR.

Uregulowania prawne i umowne	Jak należy interpretować sformułowanie „świadczeniodawca podłączony do centralnej e rejestracji”. Jakie warunki muszą zostać spełnione, by uznać świadczeniodawcę zintegrowanego z CeR?	Przez świadczeniodawcę podłączonego do centralnej elektronicznej rejestracji należy rozumieć świadczeniodawcę, który realizuje obowiązki wynikające z przepisów regulujących prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji. Zgodnie z art. 23c ust. 3 ustawy o świadczeniach świadczeniodawca jest obowiązany w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji m.in. do:- udostępniania w systemie teleinformatycznym harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami;- przekazywania wymaganych danych dotyczących świadczeń;- aktualizowania na bieżąco harmonogramów przyjęć i dostępnych terminów;- przekazywania danych do systemu teleinformatycznego. Przepis art. 23i ustawy o świadczeniach jest regulacją uzupełniającą, potwierdzającą obowiązek przekazywania przez świadczeniodawcę danych do systemu teleinformatycznego, w związku z funkcjonowaniem centralnej elektronicznej rejestracji. W konsekwencji za świadczeniodawcę zintegrowanego z centralną elektroniczną rejestracją należy uznać podmiot, który faktycznie przekazuje dane do systemu teleinformatycznego w zakresie wymaganym przepisami ustawy oraz prowadzi i aktualizuje harmonogramy przyjęć i dostępne terminy udzielenia świadczeń w tym systemie. Potwierdzeniem realizacji przez świadczeniodawcę ww. obowiązków, w szczególności obowiązków, o których mowa w art. 23i pkt 1 i 2 i art. 154a ust. 1 i 2 ustawy, jest wykonanie poniższych technicznych czynności w systemie centralnej e-rejestracji. Obowiązek, o którym mowa w art. 23i pkt 1 ustawy tj. przekazanie harmonogramów przyjęć i wolnych terminów, należy uznać za zrealizowany, gdy świadczeniodawca aktywował miejsce udzielania świadczeń (dalej MUŚ) w systemie centralnej e-rejestracji. Aktywacja MUŚ, zgodnie z dokumentacją integracyjną centralnej e-rejestracji https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/dla-dostawcow/interfejsy stanowi techniczną czynność w systemie potwierdzającą zakończenie procesu przekazania harmonogramów przyjęć i wolnych terminów do systemu centralnej e-rejestracji w zakresie danej komórki organizacyjnej świadczeniodawcy. Zatem aktywacja MUŚ stanowi oświadczenie świadczeniodawcy o przekazaniu harmonogramów wizyt i wolnych terminów zgodnie z art. 23i pkt 1. Po spełnieniu ww. warunku: a/ świadczeniodawca nie stosuje przepisów art. 23, zgodnie z art. 23d ust. 2 (m.in. rezygnacja z raportowania do APKOLCE, w tym pierwszego wolnego terminu), b/ NFZ nie może blokować świadczeniodawcy wypłaty wynagrodzeń na podstawie art. 154a ust. 1 ustawy. Obowiązek, o którym mowa w art. 23i pkt 2 ustawy tj. umożliwienie dokonywania przez świadczeniobiorców zgłoszeń centralnych oraz art. 154 ust. 2 ustawy, termin udzielenia świadczenia musi zostać wyznaczony z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji albo stać się takim terminem zgodnie z art. 23g ust. 2. 3, należy uznać za zrealizowany, gdy: 1/ świadczeniodawca zrealizował obowiązek z art. 23i pkt 1 ustawy, tj. aktywował MUŚ w systemie centralnej e-rejestracji

Uregulowania prawne i umowne	Czy świadczeniodawca, który nie podłączy do CeR wszystkich komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w danym zakresie (np. zintegruje dwie z trzech komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w zakresie kardiologii) jest uznawany za świadczeniodawcę realizującego CeR?	W myśl art. 23cust. 1 ustawy o świadczeniach centralna elektroniczna rejestracja na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, jest prowadzona przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców udzielających tych świadczeń. Jeżeli świadczeniodawca realizuje świadczenia w danym zakresie w kilku komórkach organizacyjnych, obowiązek integracji dotyczy wszystkich miejsc udzielania świadczeń w tym zakresie. Niemniej mając na uwadze zasady wyznaczania terminów w centralnej e-rejestracji w ramach MUŚ, informacja o realizacji tego obowiązku będzie przekazywana przez Centrum e-Zdrowia do NFZ w szczegółowości do każdego MUŚ realizującego świadczenia w zakresie objętym centralną erejestracją zgodnie z umową z Funduszem.
Uregulowania prawne i umowne	NOWE ZAKRESY - KODY SPECJALNOŚCI KOM. Od 1 sierpnia 2026 - co oznacza obowiązek dołączenia do CeR dotyczy każdej poradni wskazanej w umowach z NFZ na realizację świadczeń w zakresach wskazanych w RMZ CeR	Oznacza to, że komórki organizacyjne wskazane w umowach na zakresy objęte CER są zobowiązane do integracji z CeR, nawet jeśli ich nazwa sugeruje inną specjalizację. W przypadku komórek wskazanych w kilku umowach na realizacje świadczeń z NFZ (np. por. endokrynologiczno-ginekologiczna, por. pediatryczna), obowiązek dotyczy wyłącznie grafików wskazanych w umowie na zakres świadczeń objętych CeR.
Uregulowania prawne i umowne	czy pacjenci, którym udzielane są ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-AOP muszą być rejestrowanie przez e-rejestrację.	„ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-AOP" – podlegają pod CeR. Świadczenia „ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-AOP" – jest to zakres skojarzony do zakresu kardiologii AOS i te świadczenia realizowane są przez pielęgniarki w sytuacji gdy lekarz kardiolog uznał, że stan zdrowia pacjenta może być monitorowany przez pielęgniarki w rodzaju AOS, a zatem dotyczy to sytuacji gdy pacjentowi najpierw udzielił świadczeń lekarz kardiolog, a potem ten lekarz kariolog z porozumieniu z pielęgniarką i pacjentem ustalił prowadzenie opieki przez pielęgniarkę. Świadczenia te są uregulowane w zał. 1a. do koszyka AOS.
Uregulowania prawne i umowne	Czy istnieją przepisy lub wytyczne określające, ile powinna trwać wizyta pierwszorazowa?	Przepisy regulujące funkcjonowanie centralnej e-rejestracji nie określają minimalnego ani maksymalnego czasu trwania wizyt. Organizacja udzielania świadczeń, w tym planowanie harmonogramów pracy oraz określenie czasu przeznaczonego na poszczególne wizyty, należy do świadczeniodawcy w oparciu o umowę zawartą z NFZ na udzielanie świadczeń. Centralna e-rejestracja udostępnia terminy przekazane przez świadczeniodawcę zgodnie z obowiązującymi przepisami i nie ingeruje w organizację pracy podmiotu leczniczego. Co więcej, dane zgromadzone w CeR pozwolą na monitorowanie prawidłowości udzielanych świadczeń przez świadczeniodawcę i pozwolą na poprawę procesów w przyszłości.