

**RAPORT KOŃCOWY**  
**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Data wpływu :.....
Sygn. akt: .....
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<b>MINISTER ZDROWIA</b> <small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small>	<b>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</b>
Nazwa programu polityki zdrowotnej: <i>Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2015-2018</i>	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2015-2018	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2015-2018
Program stanowił kontynuację poprzedniej edycji programu zdrowotnego pn.: <i>Program badań przesiewowych noworodków w Polsce na lata 2009 – 2014.</i> Realizatorem Programu był Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. <b><u>Cele główne:</u></b> 1. Obniżenie umieralności noworodków, niemowląt i dzieci z powodu wad metabolizmu oraz zapobieganie ciężkiemu i trwałemu upośledzeniu fizycznemu i intelektualnemu, wynikającemu z tych wad. 2. Wczesne rozpoznanie i wdrożenie leczenia chorób wrodzonych objętych badaniem przesiewowym. 3. Obniżenie kosztów leczenia i opieki nad dziećmi z chorobami wrodzonymi. 4. Opracowanie i wdrożenie nowego modelu zintegrowanych badań przesiewowych. <b><u>Cele szczegółowe:</u></b> Kontynuacja dotychczasowych badań: • Badania przesiewowe w kierunku wrodzonej niedoczynności tarczycy (hipotyreozy); • Badania przesiewowe w kierunku fenylketonurii (PKU); • Badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy (CF); • Badania przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolizmu metodą MS/MS <b><u>Opracowanie i wdrożenie obejmują:</u></b> • Badania biochemiczne w zakresie diagnostyki i monitorowania leczenia chorób wykrytych w badaniach przesiewowych; • Walidacja nowych testów przesiewowych; • Wdrożenie badań przesiewowych w kierunku: - Wrodzonego przerostu nadnerczy - Deficytu biotynidazy; • Poszerzenie panelu badań metodą MS/MS; • Opracowanie i upowszechnienie rekomendacji dla postępowania diagnostyczno-leczniczego dla wrodzonych wad metabolizmu wykrywanych metodą MS/MS; • Monitorowanie krótko i długoterminowe leczenia; • Prowadzenie rejestru oraz bazy danych chorych leczonych objętych badaniami przesiewowymi; • Ocena epidemiologiczna; Analizy statystyczne; • Szkolenia lekarzy, pielęgniarek i położnych; • Upowszechnianie wiedzy o badaniach przesiewowych.  W trakcie realizacji Programu realizowano wszystkie ww. badania.	

Zgodnie z planem Programu wdrożono:

- badanie wrodzonego przerostu nadnerczy wdrażano od 2015 roku, a od 15 grudnia 2016 objęto badaniem całą populację;
- badanie deficytu biotynidazy wdrażane od marca 2016 w województwach: mazowieckie, warmińsko-mazurskie, podlaskie, lubelskie oraz łódzkie, a od 2018 objęto badaniem całą populację.

Prowadzono rejestr noworodków i bazy danych chorych leczonych objętych badaniami przesiewowymi.

Zabezpieczono pod kątem logistycznym i materiałowym badania przesiewowe: prowadzono nadzór i koordynację dystrybucji odczynników diagnostycznych do laboratoriów po wykonaniu własnej kontroli jakości; do ośrodków przesiewowych wysłano odczynniki do badań noworodków; zapewniono dostawę bibuły do pobrań krwi, kodów paskowych na bibuły oraz ulotek informacyjnych bezpośrednio na oddziały położnicze oraz do pozostałych ośrodków przesiewowych wykonujących badania w ramach Programu; wysyłano drogą pocztową listy do rodziców oraz wyniki badań kontrolnych i molekularnych do lekarzy prowadzących poszczególnych pacjentów.

Prowadzono 2 strony internetowe związane z badaniami przesiewowymi (obsługa techniczna, utrzymanie, modyfikacja i aktualizacja stron oraz opracowanie merytoryczne i graficzne stron): strona ogólnodostępna zawierająca informacje o badaniach przesiewowych dla rodziców i lekarzy <http://przesiew.imid.med.pl> oraz strona kodowana (interaktywna) dostępna dla uprawnionych osób (kierownicy laboratoriów przesiewowych), która umożliwi m.in.: uzyskanie informacji o badanych noworodkach w całej Polsce, dostęp do informacji statystycznych, itp.

Zapewniono obsługę logistyczną prowadzenia badań na terenie całego kraju, obejmującą:

- nadzór i koordynację prac laboratoriów przesiewowych,
- kontrolę jakości każdej partii odczynników,
- koordynację rozdziału oraz dystrybucję odczynników i testów do ośrodków w kraju,
- analizę wyników badań przesiewowych ze wszystkich laboratoriów,
- obsługę logistyczną badań molekularnych w kierunku mukowiscydozy dla wszystkich ośrodków,
- prowadzenie nadzoru przez lekarzy konsultantów z ramienia Instytutu nad diagnostyką kliniczną po wezwaniu dziecka na badanie kliniczne,
- dystrybucję ulotek informacyjnych na oddziały położnicze,
- dystrybucję kodów i bibuły na oddziały położnicze.

W 2015:

- zorganizowano coroczną konferencję roboczą pt. „Badania przesiewowe w 2015” w dniach 30 listopada – 1 grudnia 2015 r. w Warszawie;
- realizator uczestniczył w 4 wyjazdach naukowych dotyczących badań przesiewowych noworodków;
- wydrukowano 390 000 ulotek informacyjnych dla matek, 605 000 etykiet z kodami paskowymi oraz około 400 instrukcji pobrań krwi do oddziałów położniczych w Polsce.

W 2016:

Zorganizowano:

- roboczą konferencję pt. „Badania przesiewowe noworodków w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy laboratorium – neonatolog – endokrynolog” - 30 maja 2016 r. w Warszawie;
- szkolenie związane z wdrażaniem badań przesiewowych noworodków w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, w dniach 23-26 sierpnia 2016 r. w Warszawie;
- szkolenie związane z wdrażaniem badań przesiewowych noworodków w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, w dniach 3-6 października 2016 r. w Warszawie;
- szkolenie związane z wdrażaniem badań przesiewowych noworodków w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy, w dniach 25-28 października 2016 r. w Warszawie;
- realizator uczestniczył w 10 wyjazdach naukowych dotyczących badań przesiewowych noworodków;
- wydrukowano 415 000 ulotek informacyjnych dla matek, 720 000 etykiet z kodami paskowymi oraz około 600 instrukcji pobrań krwi do oddziałów położniczych w Polsce.

W 2017:

- zorganizowano szkolenie z zakresu wdrażania badań przesiewowych noworodków kierunku deficytu biotynidazy dla 10 osób z ośrodków przesiewowych w Polsce w terminach: 16-19.10.2017; 23-26.10.2017; 6-9.11.2017; 13-16.11.2017;
- realizator uczestniczył w 6 wyjazdach naukowych dotyczących badań przesiewowych noworodków;
- wydrukowano 400 000 ulotek informacyjnych dla matek oraz 660 200 etykiet z kodami paskowymi naklejanymi na bibuły i płytki.

W 2018:

- przeprowadzono szkolenie pt. „Strategia badań przesiewowych” zorganizowane w Warszawie w dniach 9-13.04.2018r. Celem szkolenia było zapoznanie nowych kierowników pracowni badań przesiewowych z całością organizacji badań;

- zorganizowano konferencję pt. „Badania przesiewowe noworodków w Polsce” w dniach 23-24.05.2018r. Konferencja odbyła się w Warszawie. Celem konferencji było podsumowanie i analiza realizacji Programu oraz upowszechnienie najnowszej wiedzy z zakresu prowadzonych badań;
- zorganizowano spotkanie informacyjne dotyczące wdrażania usługi transportu kurierskiego próbek krwi ze szpitali do laboratoriów. Spotkanie zorganizowane w Warszawie, w dniu 24.10.2018r;
- realizator uczestniczył w 10 wyjazdach dotyczących badań przesiewowych noworodków;
- wydrukowano 400 000 ulotek informacyjnych dla matek oraz 479 000 etykiet z kodami paskowymi naklejanymi na bibuły i płytki;
- od września 2018 roku wdrożono usługę transportu próbek krwi ze szpitali do laboratoriów. W sumie, transport próbek objął 68% noworodków, co pozwoliło średnio skrócić czas transportu oraz wykrycia ewentualnej choroby o 1 dzień (należy zaznaczyć, iż w niektórych regionach skrócono czas nawet o 3 dni). Należy wskazać, iż finansowanie odrębnego transportu próbek krwi niebyło uwzględnione w dokumencie Programu. Wprowadzenie ww. usługi wynikało z wydłużającego się czasu transportu próbek krwi noworodków przez Poczta Polską, co z kolei mogło przyczynić się do wydłużenia czasu badań i jednocześnie przyczynić się do rozwoju jednej z chorób metabolicznych prowadzących do niepełnosprawności lub w niektórych przypadkach zgonu dziecka.

Realizator przeprowadzał walidację nowych testów, dokonywał bieżącej analizy sytuacji epidemiologicznej oraz demograficznej, a także opracował i wdrożył nowy model zintegrowanych badań przesiewowych.

#### Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:<sup>2)</sup>

Realizowane badania przesiewowe są działaniem profilaktycznym, które polega na wstępnej identyfikacji metabolicznych chorób wrodzonych, za pomocą testów analitycznych, przed wystąpieniem objawów klinicznych. Choroby te niewykryte w pierwszym miesiącu życia prowadzą do zaburzeń rozwoju i często do ciężkiej niepełnosprawności intelektualnej wykluczającej samodzielne funkcjonowanie osoby chorej w społeczeństwie. Badanie to, przechodzą wszystkie dzieci urodzone w Polsce w pierwszych dobach życia. Badanie polega na pobraniu próbki krwi na bibułę i przebadaniu jej w specjalistycznym laboratorium. W przypadku wykrycia choroby, prawni opiekunowie dziecka zostają niezwłocznie o tym fakcie poinformowani, ze wskazaniem jednocześnie jednostki do której muszą się udać celem potwierdzenia diagnozy i rozpoczęcia ewentualnego leczenia.

W ramach Programu realizowano następujące badania przesiewowe:

- Badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy;
- Badania przesiewowe noworodków w kierunku fenyloketonurii;
- Badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy;
- Badania przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolicznych (objęto badaniem 24 rzadkie wady metaboliczne);
- Badania przesiewowe w kierunku wrodzonego przerostu nadnerczy;
- Badanie przesiewowe w kierunku deficytu biotynidazy.

<sup>2)</sup> Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej: <sup>3)</sup>									
l.p.	Rodzaj interwencji:	Liczba wykonanych interwencji w danym roku z podaniem jej efektów:							
		2015		2016		2017		2018	
		L. interw.	l. efektów	L. interw.	l. efektów	L. interw.	l. efektów	L. interw.	l. efektów
1	Badania przesiewowe noworodków w kierunku hipotyreozy	369 tys.	109	370 tys.	99	403 tys.	109	394 tys.	107
2	Badania przesiewowe noworodków w kierunku fenyloketonurii	388 tys.	55	388 tys.	52	423 tys.	66	385 tys.	101
3	Badania przesiewowe w kierunku mukowiscydozy	369 tys.	86	370 tys.	108	403 tys.	112	394 tys.	94
4	Badania przesiewowe w kierunku rzadkich wad metabolicznych	359 tys.	69	370 tys.	72	403 tys.	90	394 tys.	56
5	Badania przesiewowe w kierunku wrodzonego przerostu nadnercza	46 tys.	3	170 tys.	12	403 tys.	30	394 tys.	22
6	Badanie przesiewowe w kierunku deficytu biotynidazy	Nd.	Nd.	70 tys.	4	170 tys.	2	382 tys.	1
<b>Łącznie:</b>		<b>1 531 tys.</b>	<b>322</b>	<b>1 738 tys.</b>	<b>347</b>	<b>2 205 tys.</b>	<b>409</b>	<b>2 343 tys.</b>	<b>381</b>

W ramach realizacji programu polityki zdrowotnej w latach 2015-2018 wykonano ponad **7 850 000** (l. interwencji) badań przesiewowych, w ramach których objęto leczeniem **1 459** (l. efektów) noworodków.

#### Efektywność ekonomiczna:

Z uwagi na trudności związane z oszacowaniem kosztów, które zostały obniżone dzięki wczesnemu wykryciu choroby, jako miernik efektywności ekonomicznej przyjęto analizę kosztów dla dwóch chorób z badanego panelu - fenyloketonurii i hipotyreozy - w latach 2015-2018 wykryto łącznie 698 chorych. Jeżeli choroby te nie zostaną wykryte w pierwszym miesiącu życia w badaniach przesiewowych, prowadzą do upośledzenia umysłowego w stopniu ciężkim, które uniemożliwia samodzielne funkcjonowanie i powoduje konieczność opieki pielęgnacyjnej oraz utrzymania przez całe życie. Przeżywalność tych chorych jest taka sama jak zdrowych osób.

#### Bilans badań przesiewowych w latach 2015 – 2018

Choroba wrodzona	Liczba badanych noworodków	Liczba wykrytych chorych	Koszt badań przesiewowych w okresie 4 lat	Koszt wykrycia 1 chorego noworodka
Fenyloketonuria (PKU)	1 536 tys.	274	11 564 593,50 zł	42 206,55 zł
Hipotyreoza (WNT)	1 584 tys.	424	14 037 645,20 zł	33 107,65 zł
-	<b>3 120 tys.</b>	<b>698</b>	<b>25 602 238,70 zł</b>	<b>36 679,43 zł</b>

Średni koszt wykrycia choroby w badaniach przesiewowych 1 dziecka z PKU lub WNT, zagrożonego upośledzeniem umysłowym w stopniu ciężkim, wyniósł w omawianym okresie:

**25 602 238,70 zł / 698 chorych = 36 679,43 zł.**

Kalkulacja bilansu koszt przesiewu/ koszt opieki osoby niepełnosprawnej opiera się na następujących założeniach: dzieci chore nie wykryte w przesiewie trafiają do domów pomocy społecznej (założenie przyjęte dla potrzeb niniejszej kalkulacji). Przyjmując, iż średni wiek przekazania dziecka do domu pomocy wynosi 5 lat (do tego czasu koszt ponoszą rodzice, a nie Skarb Państwa). Średnie dalsze

<sup>3)</sup> W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej. W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

trwanie życia osoby urodzonej w 2016 r. wynosi 77,9 lat<sup>1</sup>. 77,9 lat – 5 lat opieka domowa = 72,9 lat utrzymania w domu pomocy społecznej. Średni koszt roczny dla 1 chorego w 2015 r. należy przyjąć na poziomie 21 768 zł<sup>2</sup>. Koszt wykrycia 1 chorego odpowiada kosztom pobytu chorego w domu pomocy społecznej w okresie krótszym niż 2 lata. Koszt utrzymania 1 chorego przez całe życie wyniesie średnio: 72,9 lat x 21 768zł/rok = 1 586 887,20 zł. W ciągu roku, podczas badań przesiewowych, wykrywa się średnio (w okresie 2015-2018) 174 chorych na fenyloketonurię i wrodzoną niedoczynność tarczycy łącznie. W przypadku ich niewykrycia, koszt utrzymania ww. chorych przez całe życie (ok. 72,9 lat) wynosi 276 118 373 zł. Biorąc pod uwagę, iż przeciętny roczny koszt edycji Programu badań przesiewowych na lata 2015-2018 wynosi ok. 27 852 000 zł, roczne oszczędności dla budżetu państwa wynoszą ok. 248 266 373 zł. Alternatywnie, przyjmując tylko 1 406 zł - koszt miesięczny świadczenia pielęgnacyjnego przyznanego dla opiekuna osoby niepełnosprawnej (w 2017 r.) - koszt roczny opieki dla 1 chorego wyniesie 16 872 zł, a w ciągu całego życia (ok. 72,9 lat) – 1 229 968,80 zł<sup>3</sup>. Dla 174 chorych wykrytych rocznie z PKU i WNT, koszt opieki w ciągu 72,9 lat wyniesie 214 014 571 zł. Odejmując średni roczny koszt programu badań przesiewowych (ok. 27 852 000 zł) oszczędność dla budżetu państwa wynoszą ok. 186 162 571 zł rocznie. Oszczędności związane z wykryciem 698 chorych w latach 2015-2018 wynoszą od 4 (lata) x 186 162 571 = 744 650 284 zł, w przypadku gdyby wszyscy pozostawali pod opieką rodziny, do 4 x 214 014 571 = 856 058 284 zł, gdyby wszyscy chorzy pozostawali w domach pomocy społecznej.

Należy mieć na uwadze, iż powyższych wyliczeń nie można traktować jako szczegółowych danych na temat oszczędności wynikających z realizacji Programu. Celem wyliczeń jest przedstawienie orientacyjnej skali kosztów, które Skarb Państwa może ponieść w przypadku zaprzestania wykonywania badań przesiewowych. Ponadto, przedstawione wyliczenia nie obejmują kluczowych aspektów takich jak wysokość inflacji, lub waloryzacji świadczeń, otrzymywanych innych świadczeń/zasiłków przyznawanych osobom niepełnosprawnym lub ich opiekunom, kosztów wykrycia i leczenia choroby, itd. Należy także wskazać, iż przedstawione obliczenia odnoszą się tylko do 2 chorób z 29, które wykrywa się w ramach prowadzonego Programu. Uśrednione wartości odnoszą się do ogółu społeczeństwa, niemniej jednak, wysokość potencjalnie zaoszczędzonych środków jednoznacznie wskazuje korzyści dla stanu zdrowia ludności, a także dla Skarbu Państwa.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:<sup>4)</sup>

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2015

Źródło finansowania <sup>5)</sup>	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	22 403 820,69 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2016

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	25 221 901,89 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2017

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	31 961 477,06 zł	0,00 zł

<sup>1</sup> Główny Urząd Statystyczny, Trwanie życia w Polsce <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx> dostęp online z dnia 02.08.2018r.

<sup>2</sup> Nauki o finansach 3(28) 2016 Wydatki gmin z tytułu dopłat do pobytu mieszkańców w zbiorowych gospodarstwach domowych a zmiany demograficzne, A. Bobrowska, M. Maciejasz-Świątkiewicz.

<sup>3</sup> Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Świadczenie pielęgnacyjne <https://www.mpips.gov.pl/wsparcie-dla-rodzin-z-dziecmi/swiadczenia-rodzinne/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania-/test-swadczenia-pielegnacyjne/swiadczenie-pielegnacyjne/> dostęp online z dnia 02.08.2018r.

<sup>4)</sup> W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

<sup>5)</sup> Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018		
Zródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	31 819 519,77 zł	0,00 zł
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2015-2018		
Zródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
W 100% finansowanie z budżetu państwa, część 46 - Zdrowie, dział 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85149 - Programy Polityki Zdrowotnej	111 406 719,41 zł	0,00 zł
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>6)</sup> (koszt jednostkowy w danym roku realizacji przedstawiono w załączniku nr 1 do raportu)		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: <sup>5),7)</sup>		Opis podjętych działań modyfikujących: <sup>8)</sup>
Problem 1:		Działanie modyfikujące:
W IV kwartale 2017 roku realizator zgłosił do MZ problem dotyczący wydłużającego się transportu próbek krwi ze szpitali do laboratoriów. W wyniku analizy przesłanej dokumentacji przez realizatora, czas transportu próbek krwi noworodków na badanie przesiewowe dla całej Polski wynosił pod koniec 2017 roku średnio 4 dni - gdzie, skrajnie najdłuższy czas transportu wynosił nawet 14 dni. Transport próbek krwi finansowany był indywidualnie przez szpitale, w których została pobrana próbka. Należy wskazać, iż większość szpitala korzystała z usług Poczty Polskiej. W przypadku takich chorób jak: fenyloketonuria, wrodzone wady metabolizmu oraz hipotyreoza istotne znaczenie ma wykrycie choroby w pierwszych dobach życia, ponieważ rozwój choroby może stanowić ogromne zagrożenie dla życia dziecka. Ponadto, warto zwrócić uwagę, że wczesne wykrycie choroby wrodzonej minimalizuje koszty ekonomiczne związane z późniejszym leczeniem i rehabilitacją chorego dziecka.		Od września 2018 roku wdrożono usługę transportu próbek krwi ze szpitali do laboratoriów. W sumie, transport próbek objął 68% noworodków, co pozwoliło średnio skrócić czas transportu oraz wykrycia ewentualnej choroby o 1 dzień (należy zaznaczyć, iż w niektórych regionach skrócono czas nawet o 3 dni). Realizator Programu wybrał firmę kurierską w drodze zamówienia publicznego.
Warszawa, data zgodna z datą podpisu osoby akceptującej	Data sporządzenia zgodna z datą złożenia podpisu przez osobę sporządzającą  Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej  Data akceptacji zgodna z datą złożenia podpisu przez osobę akceptującą  Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	<b>Agnieszka Beniuk-Patola</b> Zastępca Dyrektora Departament Oceny Inwestycji /dokument podpisany elektronicznie/  oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>9)</sup>  z upoważnienia Ministra Zdrowia <b>Sławomir Gadomski</b> Podsekretarz Stanu /dokument podpisany elektronicznie/  oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej <sup>9)</sup>

Załączniki:

- Załącznik nr 1 – zestawienie kosztów jednostkowych danej interwencji realizowanej w poszczególnych latach realizacji programu polityki zdrowotnej

<sup>6)</sup> Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

<sup>7)</sup> Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

<sup>8)</sup> Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.

<sup>9)</sup> Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.