

budynków wielorodzinnych. Proponowane zmiany dotyczą nowego projektu rozporządzenia w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie.

Program „Przyjazne osiedle”

Wprowadzimy program „Przyjazne osiedle”, który zakłada inwestycje rządowe w osiedla z wielkiej płyty. Obejmuje to zarówno modernizację bloków, jak i ich otoczenia (parków, placów zabaw, dróg dojazdowych, parkingów, pawilonów). Program zakłada:

- rewitalizację osiedli mieszkalnych z tzw. wielkiej płyty, powstałych co najmniej 30 lat temu;
- rewitalizację i budowę nowych parków i stref zieleni miejskiej przy osiedlach z wielkiej płyty, budowę stref rekreacji i relaksu;
- fotowoltaikę na blokach, z której mogą korzystać mieszkańcy;
- termomodernizację bloków mieszkalnych;
- budowę wind w blokach 3- i 4-piętrowych;
- inwestycje w parkingi i garaże osiedlowe (ale nie kosztem terenów zielonych);
- dopłaty do remontów akustycznych bloków i mieszkań.

4.7. Zdrowie, profilaktyka i aktywność fizyczna

Głównym celem polityki zdrowotnej Prawa i Sprawiedliwości jest troska o zdrowie publiczne. Prowadzimy i konsekwentnie będziemy prowadzić działania zmierzające do wydłużania średniego czasu życia oraz poprawy zdolności systemu opieki zdrowotnej do reagowania na możliwe kolejne kryzysy zdrowotne. Ten drugi cel wpisuje się w postulat zwiększania bezpieczeństwa Polaków w każdym możliwym wymiarze.

Zdrowie i bezpieczeństwo lekowe

Zgodnie z zapowiedzią wyborczą zapewniliśmy bezpłatne leki dla seniorów powyżej 65. roku życia oraz dzieci i młodzieży do 18. roku życia. **W najbliższych latach poszerzymy listę nowoczesnych terapii refundowanych – przewidujemy największy wzrost we wskazaniach onkologicznych i kardiologicznych oraz chorobach rzadkich.**

Poprawimy zdolności systemu opieki zdrowotnej do reagowania na możliwe kolejne kryzysy zdrowotne w ramach dwóch aspektów bezpieczeństwa zdrowotnego. Z jednej strony to działania związane z unowocześnieniem służb sanitarnych, które rozpoczęliśmy na dużą skalę podczas pandemii, a z drugiej to realizacja strategii farmaceutycznej, ukierunkowanej na zwiększenie skali autonomii w gospodarce lekowej. **Bezpieczeństwo epidemiczne i lekowe to priorytetowe aspekty bezpieczeństwa zdrowotnego.**

W ramach działań, ukierunkowanych na bezpieczeństwo epidemiczne, **będziemy kontynuować unowocześnianie inspekcji sanitarnych poprzez rozbudowę laboratoriów, badających w najwyższym standardzie zagrożenia epidemiczne, informatyzację inspekcji dzięki rozbudowie centralnego systemu i doposażenie sprzętowe oraz dalszą poprawę warunków pracy w inspekcji.** System reagowania na zagrożenia epidemiczne to nie tylko działalność inspekcji, ale również budowa systemu zapasów leków na poziomie krajowym i europejskim. Bezpieczeństwo lekowe to działania związane z zapewnieniem jak najwyższego stopnia niezależności od łańcuchów dostaw, których zakłócenie w trakcie pandemii odczuwały wszystkie kraje europejskie. **W ramach tych działań będziemy proponowali inicjatywy wspierające polskich producentów, realizowane zarówno na poziomie refundacji leków, jak również inwestycji w ich wytwarzanie.** Dobrym przykładem jest tutaj Polfa Tarchomin, która dzięki wsparciu rządu uruchomiła linię produkcyjną nowoczesnych leków onkologicznych. Również działalność grantowa Agencji Badań Medycznych będzie miała na celu wspieranie prowadzenia badań w zakresie wytwarzania i testowania nowoczesnych technologii lekowych.

Dostępność lekarzy

Zapewnimy stabilność finansowania służby zdrowia. Jest to warunek konieczny prowadzenia jakichkolwiek działań reformatorskich. Dlatego, zgodnie z gwarancją ustawową, finansowanie systemu opieki zdrowotnej będzie systematycznie wzrastało **do poziomu 7% PKB w 2027 r.**

Rosnąca świadomość zdrowotna sprawia, że chcemy lekarza widzieć coraz częściej. **Priorytetem jest zwiększenie liczby specjalistów.** Robimy to konsekwentnie od 2016 r., wychodząc powoli z zapaści kadrowej, wynikającej z zaniedbania związanego z kształceniem. W 2015 r. na kierunkach lekarskich kształciło się ponad 7 tys. studentów, dziś jest to ponad 11 tys. Zwiększamy przy tym liczbę miejsc rezydenckich, czyli miejsc, w których lekarz realizuje specjalizację medyczną.

Większa dostępność lekarzy oznacza skrócenie czasu oczekiwania pacjenta na wizytę. Pierwszym krokiem do tego celu powinno być zwiększanie liczby studentów na kierunku lekarskim i innych kierunkach medycznych. W ostatnich latach dokonaliśmy w kraju skoku ilościowego. Nie zatrzymujemy się i chcemy kontynuować proces kształcenia specjalistów. Otwieramy kierunek lekarski na wielu uczelniach. Dzięki nowym ośrodkom maturzyści nie muszą już migrować do dużych miast w celu podjęcia studiów lekarskich, co pomoże zapewnić równy dostęp do specjalistów na terenie całego kraju.

Po uruchomieniu krajowej sieci onkologicznej, pilotażu sieci kardiologicznej oraz opieki koordynowanej w POZ przygotujemy rozwiązania w kolejnych dziedzinach medycyny. Pierwsze zmiany będą polegały na wprowadzeniu sieci neurologicznej oraz koordynacji w opiece hematologicznej. Zamierzamy zmienić cały system, a nie tylko jego poszczególne obszary. W najbliższej kadencji przewidujemy również wprowadzenie opieki farmaceutycznej jako wsparcia dla pacjentów przyjmujących wiele leków (polipragmazja).

Celem polityki zdrowotnej państwa w aspekcie dostępności geograficznej jest utrzymanie sieci szpitali powiatowych jako lokalnych centrów diagnostyki, wyposażonych w najnowocześniejsze urządzenia. Szpitale te w najbliższej przyszłości będą rozwijały funkcję opieki długoterminowej, odpowiadając na wyzwania demograficzne. Nie zamierzamy, w przeciwieństwie do Platformy Obywatelskiej, likwidować szpitali powiatowych. Będziemy kontynuować ofensywę inwestycyjną w polskim szpitalnictwie, finansowaną m.in. ze środków Funduszu

Medycznego lub środków budżetu państwa. Priorytetem będzie rozbudowa infrastruktury według kryterium łatwości dostępu i bezpieczeństwa epidemicznego.

Porządkowanie kolejek do lekarzy specjalistów

Jednym z głównych środków prowadzących do uporządkowania kolejek do lekarzy specjalistów jest zadeklarowane już **zwiększenie liczby lekarzy. Rozszerzymy także kompetencje pielęgniarek i innego personelu medycznego**, dzięki czemu lekarz będzie miał więcej czasu dla pacjentów. **Unormujemy podział kompetencji i uprawnień między lekarzami rodzinnymi a lekarzami specjalistami**, aby pacjent wiedział, czego może oczekiwać od swojego lekarza rodzinnego, a czego od specjalistów. **Zwiększymy liczbę poradni lekarza rodzinnego**, które oferują swoim pacjentom opiekę koordynowaną – dzięki temu pacjenci będą mieli lepszy kontakt ze specjalistami wtedy, kiedy tego potrzebują. **Wprowadzimy w poradniach specjalistycznych pakiet świadczeń**, które pozwolą na przeprowadzenie jak najszerszej wymaganej diagnostyki w ramach jednej porady, co przyspieszy diagnostykę pacjenta. **Pacjent otrzyma przypomnienie o wizycie SMS-em bezpośrednio przed umówionym terminem. Wprowadzimy rozwiązania informatyczne, które pozwolą na zagospodarowanie czasu lekarza specjalisty, nawet wtedy, kiedy pacjent późno zrezygnuje z wizyty.** Lekarz zyska możliwość zaproszenia na nią pacjenta, który zgłosi się do poradni.

Świadczenia zdrowotne oparte na jakości

Służba zdrowia musi w centrum swoich działań stawiać człowieka – pacjenta – i jego dobro. Najważniejszą cechą wszystkich procedur, podejmowanych w procesie leczenia, musi być poszanowanie godności pacjenta, jego czci, wrażliwości, a więc jego podmiotowości. Zdrowie pacjenta i jego zadowolenie z jakości udzielonej mu usługi medycznej to podstawowe kryteria oceny funkcjonalności służby zdrowia. Nikt nie może mieć poczucia, **że jest traktowany przedmiotowo lub stanowi zbędny dodatek do systemu służby zdrowia, który istnieje sam dla siebie.**

Doprowadzimy do tego, żeby wszystkie działania realizowane w ramach polityki zdrowotnej przyjęły optykę pacjenta. Kryterium wartości proponowanych rozwiązań dla pacjenta powinno decydować o nadaniu priorytetów dla projektów. Będziemy także zwiększali udział pacjentów i organizacji pacjenckich w podejmowaniu decyzji o założeniach i szczegółowym kształcie proponowanych rozwiązań. Będzie to kolejny etap naszych działań, rozpoczętych poprzez powołanie rad pacjenckich przy Ministrze Zdrowia, Narodowym Funduszu Zdrowia czy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Stworzymy system eRejestracji do specjalistów. Po wprowadzeniu e-zwolnienia, e-recepty oraz e-skierowania wprowadzimy możliwość elektronicznej rejestracji do specjalisty. Pozytywne doświadczenia Polaków z e-rejestracją na szczepienia przeciw COVID-19 potwierdzają konieczność realizacji takiego projektu. Oprócz pakietu e-usług będziemy wdrażali programy zdalnego monitorowania stanu zdrowia przy użyciu innowacyjnych rozwiązań. Rozwiązania takie są już stosowane w przypadku chorób serca czy w diabetologii. Poszerzenie takich możliwości na inne schorzenia ułatwi pacjentom funkcjonowanie w chorobach przewlekłych. Konsekwencją wprowadzenia systemu będzie także unikanie problemu nieodwołanych wizyt.

Wysoka jakość świadczeń to gwarancja dla pacjenta, że personel leczący ma wysokie kwalifikacje, leczenie odbywa się przy użyciu nowoczesnego sprzętu, a ośrodki oferujące najwyższą jakość są dofinansowane przez publicznego płatnika. Każdy z tych postulatów będzie miał odzwierciedlenie w polityce edukacyjnej, inwestycyjnej i w bieżącym finansowaniu przez NFZ. Najważniejszą zmianą jest prawo pacjenta do oceny realizowanych świadczeń zarówno w wymiarze klinicznym przy użyciu ekspertów NFZ, jak i w wymiarze obsługi poprzez opis własnych doświadczeń. Pacjent będzie mógł ocenić, czy był traktowany z szacunkiem, czy był odpowiednio informowany o przebiegu leczenia i jak ocenia warunki, w których przebywał. Na podstawie tych ocen NFZ będzie mógł płacić więcej tym podmiotom, które wykazały się dobrymi wynikami leczenia i troską o pacjenta.

Zmienimy jakość posiłków serwowanych w szpitalach. Wprowadzimy program „Dobry posiłek” dla wszystkich pacjentów polskich szpitali. Szpitale otrzymają na to dodatkowe środki, a NFZ zadba, żeby jakość

żywienia była znacząco lepsza. Oprócz lepszego posiłku sfinansujemy poradę dietetyka oraz wprowadzimy obowiązkową ankietę satysfakcji pacjenta ze szpitalnych posiłków.

Profilaktyka

Profilaktyka jest oczywistością we współczesnej ochronie zdrowia. Jest ona przez nas rozumiana szeroko, tj. obejmuje działania nie tylko dotyczące systemu opieki zdrowotnej, ale również z zakresu profilaktyki, związanej ze zdrowym stylem życia. **Dlatego działania te znajdują się również w innych obszarach programowych związanych ze sportem i edukacją (aktywność fizyczna) oraz rolnictwem (zdrowe żywienie).** W ramach szeroko pojętej profilaktyki chcemy poszerzyć grupy docelowe dla istniejących programów profilaktycznych oraz tworzyć nowe w reakcji na zwiększające się zagrożenia cywilizacyjne, takie jak choroby onkologiczne, kardiologiczne, psychiatryczne czy otyłość.

W program profilaktyki zdrowotnej jeszcze bardziej zaangażowane zostaną szkoły.

Aktywność fizyczna

Sport i aktywność fizyczna to niezwykle ważna dziedzina funkcjonowania państwa, wpływająca na różne sfery życia społecznego i gospodarczego. Jako część kultury fizycznej przyczynia się do poprawy jakości zdrowia publicznego, ma olbrzymi walor wychowawczy i niebagatelne znaczenie gospodarcze, generując ponad 2% PKB. Sport odgrywa też ważną rolę państwowotwórczą, łącząc Polaków wokół symboli narodowych i umacniając poczucie własnej tożsamości. Rozumieli to dobrze twórcy odrodzonej Rzeczypospolitej, którzy przykładali wielką wagę do upowszechniania sportu, uznając go za ważny nośnik postaw patriotycznych i obywatelskich. Start Polaków w igrzyskach olimpijskich (i tym samym przystąpienie Polski do rodziny olimpijskiej) był ważnym aktem, potwierdzającym odzyskaną niepodległość i powrót Polski na mapę Europy.

Stworzymy mechanizmy, które spowodują powołanie zdecydowanie większej liczby klubów sportowych. Nasz cel to zbudowanie rzeszy

45 tys. klubów (lub sekcji) sportowych w Polsce do 2031 r. – przeciętnie kilkunastu w gminie, co pozwoli równomiernie pokryć mapę kraju klubami o różnych profilach i stworzyć warunki do powszechnego uprawiania sportu w każdym zakątku kraju. W tym celu zaproponujemy program „Bon Olimpijski”, który w sposób oddolny, równomierny pod względem geograficznym, będzie wzmacniał finansowo istniejące kluby, a także stymulował powstawanie nowych klubów oraz nowych sekcji w klubach istniejących. Program ten pozwoli też znacznie zwiększyć odsetek usportowionej młodzieży.

Będziemy kontynuować proces poprawy i rozbudowy infrastruktury sportowej. Zwiększymy znacząco liczbę pełnowymiarowych obiektów sportowych. W ramach „Olimpijskiego Programu Modernizacji Obiektów Sportowych” powstaną liczne hale, stadiony lekkoatletyczne, pływalnie, lodowiska i korty, dzięki czemu wyraźnie poprawi się dostępność obiektów sportowych w każdym mieście, powiecie i gminie.

Naszym celem jest upowszechnienie sportu wśród dzieci i młodzieży poprzez wzmocnienie pozycji lekcji wychowania fizycznego oraz wprowadzenie „Bonu Olimpijskiego”. Chcemy w ten sposób doprowadzić do takiego poziomu usportowienia, aby w 2031 r. aż 1,5 mln dzieci i młodzieży trenowało w klubach sportowych.

Doprowadzimy także do wzmocnienia sportu wyczynowego poprzez skokowy wzrost liczby klubów sportowych i objęcie programem stypendialnym „Drużyna Olimpijska 2036” (dzisiejsze „TEAM100”) młodych ludzi od lat 15. Do 2031 r. powstanie 45 tys. klubów, a w ramach planowanego programu przyznamy ok. 25 tys. stypendiów rocznie (statystycznie 10 w każdej gminie) dla najzdolniejszych młodych sportowców.

Poprawimy i rozbudujemy infrastrukturę sportową w ramach „Olimpijskiego Programu Modernizacji Obiektów Sportowych”. Doprowadzimy do utworzenia:

- stadionu lekkoatletycznego w każdym powiecie;
- pływalni olimpijskiej w każdym województwie (25-metrowa w każdym mieście powyżej 50 tys. mieszkańców, 25-metrowa lub mniejsza w każdej gminie powyżej 20 tys. mieszkańców);
- hali widowiskowej (powyżej 5000 miejsc w każdym mieście wojewódzkim; powyżej 1000 miejsc w każdym mieście powyżej 50 tys. mieszkańców);
- hali widowiskowo-sportowej (do 1000 miejsc w każdej gminie);

- sali gimnastycznej i boiska wielofunkcyjnego przy każdej szkole;
- 100 pełnowymiarowych (60 × 30 m), całorocznych lodowisk;
- 2400 kortów tenisowych o twardej nawierzchni.

Zadbamy o to, by lekcje wychowania fizycznego miały odpowiednią rangę, a w klasach I–III odbywały się minimum raz w tygodniu z podwójną obsadą. Obok nauczyciela wychowania wczesnoszkolnego będzie je prowadził nauczyciel wychowania fizycznego. W ten sposób zapewnimy odpowiedni poziom lekcji WF w najważniejszym okresie rozwoju fizycznego dziecka, unikając jednocześnie protestów nauczycieli wychowania wczesnoszkolnego, obawiających się zmniejszenia pensum.

Przekształcimy program „TEAM100” w program „Drużyna Olimpijska 2036”, aby obejmował zawodników od 15. roku życia (docelowo 25 tys. stypendiów rocznie). W ten sposób już od pierwszej klasy liceum młodzi sportowcy będą mogli otrzymywać rządowe stypendium.

Zreformujemy sport akademicki. We współpracy z AZS przygotujemy program zapewniający młodym sportowcom wstęp na wyższe uczelnie, wprowadzający dodatkowe punkty za osiągnięcia sportowe dla kandydatów na studia i stypendia dla najlepszych studentów-zawodników.

Utrzymamy rekordowo wysoki poziom finansowania Polskich Związków Sportowych, będziemy kontynuować dynamiczną modernizację bazy COS-OPO, a kluby sportowe uzyskają, dzięki realizacji „Olimpijskiego Programu Modernizacji Obiektów Sportowych”, dostęp do nowoczesnej, równomiernie rozlokowanej infrastruktury sportowej.

4.8. Oświata i zasoby intelektualne młodego pokolenia

Coraz częściej świat obiegają nowe historie młodych Polaków, którzy przodują na światowych uniwersytetach, w najbardziej prestiżowych instytucjach jak NASA czy CERN, rozwijają najnowsze technologie w zakresie sztucznej inteligencji. **Pozycja naszego kraju w rankingu uczestników testu kompetencji PISA² pokazuje, że wśród należących do Unii Europejskiej krajów OECD jesteśmy na drugim po Estonii**

² <https://pisadataexplorer.oecd.org/ide/idepisa/report.aspx> [dostęp: 11.07.2023].