



STRATEGIA WOJEWÓDZKA
W ZAKRESIE POLITYKI SPOŁECZNEJ
DLA WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO
NA LATA 2005-2013

stanowiąca załącznik do Strategii Rozwoju Województwa Mazowieckiego do 2020 roku

przyjęta Uchwałą Nr 106/05 przez Sejmik Województwa Mazowieckiego 4 lipca 2005 roku

Strategię Wojewódzką w zakresie polityki społecznej opracował zespół w składzie:
Danuta Janusz
Andrzej Wieczorek
Grażyna Wyrwa-Wojtkowska
pod kierunkiem prof. Pawła Georgicy



Wprowadzenie

1.	Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania strategii	8
1.1.	Charakterystyka województwa mazowieckiego	8
1.2.	Podmioty gospodarcze	11
1.3.	Poziom życia ludności	12
1.4.	Rodziny	13
1.5.	Zasoby i warunki mieszkaniowe	19
1.6.	Prognoza demograficzna do roku 2030	24
1.7.	Rynek pracy	26
1.8.	Ochrona zdrowia	32
1.9.	Edukacja i wychowanie	39
2.	Problemy osób niepełnosprawnych w województwie mazowieckim	41
3.	Problem uzależnień w województwie mazowieckim	44
3.1.	Narkotyki	44
3.2.	Alkohol	44
4.	Pomoc społeczna i jej zasoby w województwie mazowieckim	47
4.1.	Informacje ogólne	47
4.2.	Struktura organizacyjna pomocy społecznej	48
4.3.	Instytucje pomocy społecznej	49
4.4.	Kadra pomocy społecznej	50
4.5.	Problemy społeczne w ujęciu pomocy społecznej	51
4.6.	Organizacje pozarządowe	59
5.	Misja, cele strategiczne i operacyjne strategii	60
6.	Analiza strategiczna SWOT	81
6.1.	Wyniki analizy SWOT obszarów planowania strategicznego	81
6.2.	Zbiornicze zestawienie wyników badania wzajemnych uwarunkowań czynników analizy SWOT	85
6.3.	Rekomendacje w zakresie wyboru strategii	86
7.	Uwarunkowania wdrożenia. Monitoring. Ewaluacja	87

Załącznik:

Harmonogram działań

Rezultaty społecznej konsultacji projektu strategii



Wprowadzenie

Przez politykę społeczną rozumiemy racjonalną działalność państwa i innych podmiotów, zmierzającą do kształtowania ogólnych warunków pracy i bytu ludności, pożądanych struktur społecznych oraz stosunków społeczno-kulturowych, mających na celu najbardziej efektywne i sprawiedliwe zaspokajanie potrzeb obywateli, ich rodzin oraz całego społeczeństwa, na poziomie możliwym do realizacji w danym okresie.¹

Przedmiotem zainteresowania polityki społecznej są przede wszystkim potrzeby, ich rodzaje, stan i sposób zaspokajania z punktu jej celu generalnego, jakim jest postęp społeczny, rozumiany jako ciąg pozytywnych zmian społecznych. Polityka społeczna dotyczy wszystkich grup ludności i ma prowadzić do takiego stanu, w którym całe społeczeństwo funkcjonuje sprawnie i efektywnie.

Wzrost roli lokalnej polityki społecznej wynika z demokratyzacji państwa, co powoduje, że lokalne podmioty uzyskują więcej uprawnień i samodzielności w działaniu. Podmioty lokalne w większym stopniu odpowiadają za rozwiązywanie wielu problemów.

Istotnym przedsięwzięciem w ramach realizacji strategii polityki społecznej będzie koordynacja działań instytucji publicznych (ośrodków pomocy społecznej, powiatowych centrów pomocy rodzinie, regionalnego ośrodka polityki społecznej) oraz partnerów społecznych (organizacji pozarządowych, fundacji, stowarzyszeń).

W efekcie reformy administracyjnej, wprowadzonej w kraju w 1999 roku, jednostki samorządu terytorialnego stały się podmiotami odpowiedzialnymi w pierwszym rzędzie za zaspokajanie zbiorowych potrzeb wszystkich mieszkańców. Stąd też problemy przybliżone w przedłożonym opracowaniu winny stanowić priorytety w działaniach strategicznych realizowanych na poziomie gminy, powiatu i województwa.

Zgodnie z art. 21 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej do zadań samorządu województwa należy opracowanie, aktualizowanie i realizacja strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej obejmującej w szczególności programy: przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracy z organizacjami pozarządowymi. Realizacja tego zadania w województwie mazowieckim przypisana została Mazowieckiemu Centrum Polityki Społecznej.

Wojewódzka strategia polityki społecznej powinna zmierzać do poprawy jakości życia mieszkańców Mazowsza, tworzenia mechanizmów ułatwiających zaspokajanie potrzeb oraz kreowania i popierania pożądanych zmian społecznych. Powinna zapobiegać nadmiernym

¹ Polityka społeczna. Stan i perspektywy, pod red. Auleytnera, WSP, Warszawa 1995.



rozpiętościom w poziomie dochodów i w warunkach życia ludności, a przede wszystkim wyrównywać szanse startu życiowego młodym ludziom.

Województwo mazowieckie jest regionem o dużych różnicowaniach wewnętrznych. Rozbieżności dotyczą przede wszystkim różnic w poziomie rozwoju gospodarki oraz warunkach i jakości życia ludności. Niejednokrotnie ponadprzeciętnie wysokiemu wzrostowi poziomu życia nielicznych grup społecznych towarzyszy obniżenie poziomu zaspokojenia potrzeb znacznie liczniejszych grup ludności niezamożnej. Mazowsze to z jednej strony bogaty i rozwinięty obszar metropolitalny, z drugiej natomiast tereny wiejskie dawnych województw: ciechanowskiego, siedleckiego, ostrołęckiego, płockiego i radomskiego. Dla mieszkańców tych obszarów najważniejszym problemem jest bezrobocie i nierozwinięty rynek pracy, ubóstwo. Skuteczność w walce z bezrobociem zależy od gotowości osób poszukujących zatrudnienia do podejmowania pracy oferowanej, z czym może wiązać się konieczność zdobycia nowych kwalifikacji. Jednym z instrumentów przeciwdziałania bezrobociu winna być lokalna polityka pobudzania przedsiębiorczości, prowadząca do powstania nowych miejsc pracy.

Sytuacja społeczna i gospodarcza Mazowsza winna stanowić wyzwanie dla działających na jego obszarze samorządowych władz gmin i powiatów, a w szczególności sposób dla samorządowej administracji wojewódzkiej. Nadrzędną wartością podmiotów, których funkcjonowanie ma znaczący wpływ na rozwój województwa jest troska o jakość życia mieszkańców Mazowsza – ich materialny i duchowy poziom życia oraz bezpieczeństwo socjalne, tak aby w sposób możliwie najlepszy udało się wyeliminować obszary marginalne, gdzie mieszkańcy pozbawieni są szans na godziwe życie. Dalsze pogłębianie dysproporcji wewnątrzregionalnych może doprowadzić do trwałego regresu terenów wiejskich oraz małych miast, pozostających poza zasięgiem bezpośredniego oddziaływania aglomeracji warszawskiej i ośrodków subregionalnych.

Zdolność sprostania wyzwaniom konkurencyjności i innowacyjności będzie też jednym z ważniejszych czynników zbliżających województwo mazowieckie do poziomu rozwoju regionów Unii Europejskiej. Analiza danych statystycznych pozwala wysunąć wniosek, że spośród wszystkich polskich regionów Mazowsze ma w perspektywie długookresowej największą szansę konkurowania ze średnio rozwiniętymi regionami UE.

Formułując założenia polityki społecznej dla województwa mazowieckiego przyjmujemy, że podstawową zasadą kształtowania jego rozwoju powinno być optymalne wykorzystanie zasobów wewnętrznych województwa oraz szans wynikających z uwarunkowań zewnętrznych – dla zaspokojenia potrzeb mieszkańców i dla sprawnego funkcjonowania



podmiotów znajdujących się na obszarze województwa. Należy też dążyć do jak najefektywniejszego wykorzystania unijnych środków pomocowych.

Nadrzędnym celem w województwie jest poprawa jakości życia jego mieszkańców, która zależy od osobistych dochodów ludzi, ale również zdeterminowana jest systemem, organizacją i funkcjonowaniem instytucji z zakresu zaspokajania potrzeb zbiorowych, takich jak: zdrowie, edukacja, pomoc społeczna, bezpieczeństwo. Dla sprawnego działania w dziedzinie polityki społecznej konieczna jest współpraca wielu szczebli decyzyjnych, przede wszystkim samorządu wojewódzkiego i powiatowego. Powinna ona skutecznie reagować na wymagające zaspokojenia potrzeby społeczne, zapewniając odpowiedni poziom życia mieszkańcom województwa.

W województwie mazowieckim około 250-330 tys. rodzin (jest to około 750-980 tys. osób) żyje na poziomie lub poniżej poziomu ubóstwa absolutnego. Oznacza to, że do ubogich można zaliczyć około 19-20% mieszkańców województwa. Rozkład zjawiska ubóstwa w województwie mazowieckim charakteryzuje się wysoką rozpiętością.

Nie ulega wątpliwości, że główną przyczyną trudnych warunków życia i ubożenia ludności jest bezrobocie. Nie obojętne dla wyrównywania dysproporcji pomiędzy poziomem życia na wsi i w mieście jest zahamowanie zjawiska ubóstwa i bezrobocia na wsi mazowieckiej. Strategia przezwyciężania problemów społecznych obejmować powinna głównie kwestie dotyczące zmiany mentalności społecznej, aktywizacji społeczności lokalnych oraz prawidłowego wykorzystania środków na realizację zadań. Dla efektywności realizowanych działań istotne znaczenie odgrywa osobiste zaangażowanie w dane przedsięwzięcie przedstawicieli wszystkich znaczących instytucji i grup interesu w regionie. Projektowanie przyszłości jest tak naprawdę wyborem pomiędzy aktywną a pasywną postawą podmiotów uczestniczących w działaniu, jakim jest poprawa jakości życia mieszkańców regionu.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują, że wzajemna współpraca samorządu lokalnego i podmiotów pozarządowych powoduje, że organizacje pozarządowe zostają włączone w proces identyfikowania problemów społecznych oraz poszukiwania sposobów ich rozwiązywania. Jednak budowanie partnerstwa pomiędzy samorządem a sektorem pozarządowym może zakończyć się powodzeniem tylko wówczas, gdy obie strony dostrzegą korzyści płynące z wzajemnej współpracy. W tym celu organizacje muszą podnosić jakość wykonywanych usług oraz różnicować źródła finansowania, natomiast władze lokalne powinny uznać niezależność podmiotów pozarządowych oraz określić jasne reguły współpracy i wsparcia. Dobrze funkcjonujący samorząd powinien wspierać, szczególnie finansowo, organizacje obywatelskie w rozwiązywaniu problemów społeczności lokalnych.



Instytucje pomocy społecznej wspierają osoby i rodziny w przezwyciężaniu trudności życiowych, których nie są w stanie samodzielnie pokonać. Jednak pomoc społeczna jako wsparcie dla osób potrzebujących, nie może ograniczać aktywności świadczeniobiorców prowadzącej do ich usamodzielnienia się. Przeobrażenia systemu pomocy społecznej wymagają dogłębnej identyfikacji i diagnozy sytuacji osób oraz problemów społecznych występujących na danym terenie.

Polityka społeczna powinna koncentrować się na rozwiązywaniu występujących napięć i sprzeczności społecznych, problemów grupowych i indywidualnych. Postęp techniczny oraz transformacja ustrojowa pogłębia nierówności społeczne. Dlatego istotna jest odpowiedź na pytanie jak wyrównywać szanse społeczne w warunkach narastającego tempa zmian technicznych, procesów integracji i globalizacji.

Ważne jest, aby Mazowsze było solidarne i pozostało regionem sprawiedliwości społecznej. Solidarne to także rozwijające skuteczny system polityki społecznej, który zapewni pomoc najsłabszym.

Celem wojewódzkiej strategii polityki społecznej jest przedstawienie bilansu korzystnych i niekorzystnych cech społecznych regionu, a na ich podstawie opracowanie dokumentu, dzięki któremu możliwe będzie sprawne i racjonalne organizowanie działań zmierzających do rozwiązywania problemów społecznych.

Podstawą strategii będzie wykorzystanie istniejących w regionie zasobów, potencjału, korzyści płynących z jego położenia i uwarunkowań społeczno-ekonomicznych.

Poszczególne etapy pracy nad strategią kolejno dotyczyły:

- Dokonania wstępnych ustaleń.
- Ustalenia misji.
- Identyfikacji aktualnych celów.
- Analizy otoczenia.
- Analizy SWOT.
- Weryfikacji i ostatecznego określenia celów strategicznych, operacyjnych i działań niezbędnych dla ich osiągnięcia.

Podstawowym dokumentem, w oparciu o który rozpoczęto prace przy budowie strategii jest Diagnoza Społeczna Mazowsza². Poza danymi uzyskanymi z diagnozy, do strategii wykorzystano również materiały Głównego Urzędu Statystycznego, Wojewódzkiego Urzędu Pracy, Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego, Urzędu Statystycznego w Warszawie, urzędów powiatowych i gminnych.

² Raport: Problematyka społeczna w województwie mazowieckim – diagnoza. MCPS.



Metodologię pisania wojewódzkiej strategii, sporządzenie analizy SWOT przygotował prof. Paweł Gieorgica. Przyjęta przez zespół Centrum Międzykulturalnego Collegium Civitas pod kierunkiem dr Pawła Ruszkowskiego i pracowników Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej metodologia pozwoliła na wybranie obszarów problemowych, określenie celów strategicznych, operacyjnych i działań niezbędnych dla ich osiągnięcia. Prace organizacyjne związane z gromadzeniem danych i dokonywaniem pierwszej obróbki statystyczno-merytorycznej wykonał zespół pracowników Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej.

Strategia polityki społecznej dla województwa mazowieckiego nie tylko określa misję dla instytucji działających w obszarze polityki społecznej, ale wyznacza cele strategiczne, operacyjne i zadania, których realizacja powinna w znaczny sposób przyczynić się do rozwiązania wielu problemów społecznych i zminimalizować społeczne skutki kwestii społecznych.

Strategia polityki społecznej dla województwa mazowieckiego na lata 2005-2013 nie zamyka procesu doskonalenia i weryfikacji działań w zakresie polityki społecznej. Doświadczenia zdobyte w trakcie realizacji celów strategii pozwolą na bieżącą aktualizację jej założeń w zależności od stopnia i rozmiarów niekorzystnych zjawisk, a także środków finansowych przeznaczonych na ich rozwiązanie.

Do istotnych korzyści z posiadania strategii można zaliczyć to, że plan strategiczny:

- ułatwia wypracowanie wyraźnej i jednoznacznej koncepcji działania. W podejmowaniu decyzji pozwala na podporządkowanie wszystkich działań celowi nadrzędnemu, czyli osiągnięciu misji. Pozwala też na identyfikację z jasno zdefiniowanymi celami i działaniami ich członków oraz partnerów zewnętrznych;
- ułatwia patrzenie na instytucję i jej cele w sposób całościowy;
- narzuca priorytety. Nigdy nie jesteśmy w stanie zrealizować wszystkich celów jednocześnie. Konieczne jest zatem uporządkowanie celów i wynikających z nich zadań według ich ważności i kolejności, w jakiej możliwa jest ich realizacja;
- ułatwia wykorzystanie mocnych stron: zasobów, kwalifikacji i zdolności;
- pozwala dostosować rozwój instytucji do długookresowych trendów i zmian zachodzących w otoczeniu;
- wyznacza kierunki działania. Gdy generalnie wiemy, dokąd chcemy zmierzać, to łatwiej jest dostosować do tego poszczególne części;
- daje najlepsze możliwości uporządkowania sekwencji działań w sytuacjach wymagających podejmowania decyzji o charakterze bieżącym (operacyjnym).



1. Społeczno-ekonomiczne uwarunkowania strategii

1.1. Charakterystyka województwa mazowieckiego

Województwo mazowieckie położone jest w środkowo-wschodniej części Polski w dorzeczu środkowej Wisły i ujścia Bugu i Narwi. Bezpośrednio graniczy z województwami: kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim, lubelskim, świętokrzyskim i łódzkim. Jest największym regionem zarówno pod względem zajmowanego obszaru jak i liczby ludności. Powierzchnia województwa obejmuje 35 598 km², co stanowi 11,4% obszaru kraju.

Pod względem administracyjnym województwo składa się z 42 powiatów, w tym: 5 miast na prawach powiatu: Warszawa, Ostrołęka, Płock, Radom i Siedlce³, 314 gmin, w tym: 35 miejskich, 50 miejsko-wiejskich i 229 wiejskich.

Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2002 roku⁴ wykazały, że województwo mazowieckie zamieszkuje 5 124,0 tys. osób, co stanowi 13,4% ogółu ludności. Od ostatniego spisu powszechnego, tj. od dnia 6 grudnia 1988 roku ludność województwa zwiększyła się o 126,2 tys. mieszkańców, tj. o 2,5% (dla porównania w kraju o 0,9%). W miastach przybyło 151,7 tys. osób, z kolei liczba mieszkańców zmniejszyła się o 25,5 tys. osób.

W 2002 roku ludność miejska stanowiła 64,6% ogółu ludności (w 1988 roku udział ten wynosił 63,2%), ludność wiejska wynosiła 35,4% (w 1988 roku – 36,8%).

Ludność według płci w latach 1988 i 2002 (na podstawie wyników spisów)

Wyszczególnienie	Ogółem			Miasta			Wieś		
	razem	męż- czyźni	kobiety	razem	męż- czyźni	kobiety	razem	męż- czyźni	kobiety
6.XII.1988 (w tys.)	4 997,8	2414,6	2583,3	3161,0	1494,3	1666,7	1836,9	920,3	916,6
20.V.2002 (w tys.)	5 124,0	2462,3	2661,7	3312,6	1557,7	1754,9	1811,4	904,6	906,8

Ludność w wieku przedprodukcyjnym stanowiła 21,8% ogółu ludności, w wieku produkcyjnym 61,6%, w wieku poprodukcyjnym 16,6%.

Jak pokazują dane statystyczne, demograficzne starzenie się ludności postępuje coraz szybciej. Prognozy wskazują na konkretne potrzeby oraz wyznaczają kierunki działania wobec ludzi starych.

W województwie mazowieckim zwiększający się odsetek osób starych wymaga szczególnej uwagi ze strony publicznych podmiotów polityki społecznej oraz organizacji pozarządowych. Problemy ludzi starszych są często marginalizowane, a możliwość pełnego

³ Ustawa z dnia 15 marca 2002 roku o ustroju miasta stołecznego Warszawy zniósła gminy warszawskie i gminę Wesoła. Miasto stołeczne Warszawa stało się miastem na prawach powiatu.

⁴ Raport z wyników spisów powszechnych województwa mazowieckiego, Urząd Statystyczny, Warszawa 2003.



korzystania z przysługujących im praw ograniczana. Wynika to głównie z ubóstwa i złego samoorganizowania się tej grupy społecznej.

Przestrzenne rozmieszczenie ludności

Rozmieszczenie ludności na obszarze województwa mazowieckiego jest nierównomierne. W miastach mieszka 64,6% ludności województwa, tj. 3 312,6 tys. osób, a na wsi 1 811,4 tys. osób, tj. 35,4%. Tylko w samej Warszawie mieszka 1 707,4 tys. (33,3% ludności województwa). Poza tym największy potencjał ludnościowy mają powiaty i miasta na prawach powiatu:

- m. Radom	- 229,7 tys. osób
- wołomiński	- 194,1 tys. osób
- radomski	- 142,4 tys. osób
- pruszkowski	- 141,5 tys. osób
- m. Płock	- 128,4 tys. osób
- piaseczyński	- 122,1 tys. osób
- miński	- 120,0 tys. osób

Z kolei najmniejsze pod względem liczby ludności są powiaty:

- łosicki	- 33,6 tys. osób
- białobrzegi	- 33,7 tys. osób
- zwoleniński	- 37,7 tys. osób
- lipski	- 38,7 tys. osób
- żuromiński	- 41,0 tys. osób
- szydlowiecki	- 41,1 tys. osób
- przysuski	- 44,9 tys. osób

W dwóch miastach na prawach powiatu liczba ludności wynosiła: w Siedlcach 76,7 tys., a w Ostrołęce 54,2 tys. osób.

Ludność miejska i wiejska

Poza Warszawą, Radomiem, Płockiem, Siedlcami i Ostrołęką najwyższym udziałem ludności miejskiej charakteryzowały się powiaty położone wokół Warszawy, tj.: żyrardowski (64,1%), pruszkowski (63,3%), otwocki (61,7%), grodziski (60,2%) i legionowski (58,9%). Tak wysoki udział ludności miejskiej występuje także w powiecie ciechanowskim (54,0%), z uwagi na to, iż Ciechanów jest jedynym byłym miastem wojewódzkim nie będącym obecnie powiatem grodzkim.

Na znacznych obszarach województwa ludność zamieszkała w miastach stanowi poniżej 50%. Bardzo niski procent ludności miejskiej występuje w powiatach: siedleckim – 2,2%, ostrołęckim – 3,7% i płockim – 9,5%. Należy przy tym pamiętać, iż jest to obraz



zdeformowany, ponieważ powiaty te otaczają miasta będące siedzibami powiatów grodzkich. Niski udział ludności miejskiej (14,0%-22,0%) występuje także w powiatach: przysuskim (14,1%), lipskim (15,7%), radomskim (20,7%) - sąsiedztwo Radomia, łosickim (21,3%) i zwoleńskim (21,8%).

Powiatami o zdecydowanej przewadze ludności wiejskiej to znaczy powyżej 70,0% są wymienione powiaty otaczające miasta o statusie powiatu, tj.: siedlecki (97,8%), ostrołęcki (96,3%), radomski (79,3%) oraz powiaty: białobrzegi (76,0%), garwoliński (72,9%), grójecki (70,1%), łosicki (78,7%), makowski (73,1%), przysuski (85,9%), szydłowiecki (70,3%), węgrowski (72,5%), zwoleński (78,2%) i żuromiński (74,2%).

Gęstość zaludnienia

Zdecydowana większość powiatów o przewadze ludności wiejskiej charakteryzują się niską gęstością zaludnienia.

Przy średniej gęstości zaludnienia dla województwa wynoszącej 144 osoby/km² wskaźnik o wartości poniżej 60 osób/km² występuje w powiatach: ostrołęckim, łosickim, przysuskim, makowskim, siedleckim, żuromińskim, białobrzegim, lipskim i sokołowskim. Najwyższą gęstością zaludnienia charakteryzują się miasta: Warszawa, Siedlce, Radom, Ostrołęka, Płock oraz większość powiatów podwarszawskich.

W ostatnim okresie widoczną dynamiką wzrostu liczby ludności charakteryzowały się obszary otaczające Warszawę, tj. dzisiejsze powiaty podstołeczne. Wszystkie miasta będące siedzibami powiatu oraz pozostałe miasta, w których liczba ludności wynosiła powyżej 10,0 tys. osób, charakteryzują się wzrostem liczby ludności. Natomiast na większości obszarów wiejskich, zwłaszcza północnej i wschodniej części województwa nastąpił spadek ludności.

Przyrost naturalny

W 2003 roku przyrost naturalny w województwie mazowiecki był ujemny i wyniósł minus 1,16⁰/₀₀. Najniższy przyrost naturalny wystąpił w następujących miastach i powiatach: lipskim (-5,54⁰/₀₀), łosickim (-3,47⁰/₀₀), sokołowskim (-3,03⁰/₀₀), Warszawie (-3,04⁰/₀₀), przysuskim (-2,73⁰/₀₀), otwockim (-2,20⁰/₀₀), grodziskim (-2,02⁰/₀₀) i gostynińskim (-1,84⁰/₀₀).

Dodatni przyrost naturalny wystąpił tylko w takich powiatach i miastach jak: Siedlce (3,58⁰/₀₀), Ostrołęka (3,10⁰/₀₀), wołomiński (2,04⁰/₀₀), przasnyski (1,59⁰/₀₀), Płock (1,46), wyszkowski (1,46⁰/₀₀), ostrołęcki (1,37⁰/₀₀), radomski (1,35⁰/₀₀), ciechanowski (1,29⁰/₀₀), garwoliński (0,61⁰/₀₀), legionowski (0,47⁰/₀₀), Radom (0,43⁰/₀₀), nowodworski (0,37⁰/₀₀). W pozostałych miastach i powiatach odnotowano przyrost ujemny.



1.2. Podmioty gospodarcze

W województwie mazowieckim w 2003 roku zarejestrowanych było 575 598 podmiotów gospodarczych, w tym w poszczególnych dziedzinach udział ich procentowy wyglądał następująco:

- rolnictwo, łowiectwo i leśnictwo – 2,4%
- rybołówstwo i rybactwo – 0,01%
- przemysł – 11,0%
 - w tym przetwórstwo przemysłowe – 10,9%
- budownictwo – 10,1%
- handel i naprawy – 33,42%
- hotele i restauracje – 2,14%
- transport, gospodarka magazynowa i łączność – 8,41%
- pośrednictwo finansowe – 3,44%
- obsługa nieruchomości i firm, nauka – 16,5%
- administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne – 0,6%
- edukacja – 2,24%
- ochrona zdrowia i opieka społeczna – 3,5%
- pozostała działalność usługowa komunalna, społeczna i indywidualna – 6,24%.

W stosunku do roku poprzedniego nastąpił przyrost liczby podmiotów gospodarczych o 21 486. W 2002 roku zarejestrowanych było 554 112 podmiotów gospodarczych.

W 2003 roku najwięcej podmiotów gospodarczych w województwie prowadziło działalność w zakresie handlu i napraw, stanowiły one 33,42% wszystkich podmiotów. W następnej kolejności znalazły się podmioty prowadzące działalność w ramach obsługi nieruchomości i firm oraz w nauce – 16,5%.



1.3. Poziom życia ludności

Województwo mazowieckie cechuje się najwyższym w kraju poziomem rozwoju gospodarczego – mierzonym PKB/na 1 mieszkańca – osiągając ponad 152% przeciętnej krajowej. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w 2003 roku w województwie mazowieckim wynosiło 3 005,37 zł i było najwyższe w kraju (o 29,8% wyższe od średniego w kraju – 2 314,66 zł).

Najwyższe przeciętne wynagrodzenie brutto w województwie mazowieckim było w Warszawie – 3 368,71 zł, w powiecie przuskowskim – 2 822,79 zł, w Płocku – 2 817,68 zł oraz w powiatach: piaseczyńskim – 2 676,03 zł i kozienickim – 2 602,19 zł.

Natomiast najniższe wynagrodzenie brutto było w następujących powiatach: żuromińskim – 1 686,89 zł, mławskim – 1 688,44 zł i radomskim – 1 717,44 zł.

Średnia wysokość świadczeń z pozarolniczego systemu ubezpieczeń w województwie mazowieckim była niższa od średniej w kraju i wynosiła: emerytury – 1 188,54 zł, renty z tytułu niezdolności do pracy – 827,75 zł, renty rodzinnej – 969,44 zł.

Wysokość średniego świadczenia brutto (emerytury i renty) rolników indywidualnych była niższa od średniej w kraju i wynosiła 691,02 zł.

W 2003 roku w województwie mazowieckim emerytury i renty z pozarolniczego systemu ubezpieczeń pobierało łącznie 902,9 tys. osób, co stanowiło 12,0% ogółu w kraju oraz 278,5 tys. rolników indywidualnych, co stanowiło 14,8% ogółu w kraju.

Na 1 000 pracujących w województwie mazowieckim przypadało najmniej w kraju emerytów i rencistów, gdyż 517,5 osób.

Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w gospodarstwie domowym województwa mazowieckiego był najwyższy w kraju i wynosił 857,60 zł. Przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę były również najwyższe w kraju i wynosiły 792,14 zł, w tym niektóre wydatki stanowiły: żywność i napoje bezalkoholowe – 25,8%, odzież i obuwie – 5,5%, użytkowanie mieszkania i nośniki energii – 19,7%, zdrowie – 4,8%, kultura i rekreacja – 8,1% oraz edukacja – 2,3%. Wydatki na towary i usługi konsumpcyjne na 1 osobę w gospodarstwie domowym były zbliżone do średnich w kraju i stanowiły 95,8% ogółu wydatków.



1.4. Rodziny

Na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2002 roku w województwie mazowieckim ustalono, że w 1 337,4 tys. gospodarstw domowych rodzinnych⁵ było 1 403,3 tys. rodzin.⁶ W ich skład wchodziło 4 444,5 tys. osób tj. 86,7% ludności województwa.

W województwie mazowieckim było najwięcej rodzin w kraju. Największa liczba rodzin mieszkała w m. st. Warszawie (470,8 tys.), m. Radomiu (62,9 tys.) i wołomińskim (53,8 tys.), najmniejsza zaś w białobrzeskim i łosickim (po 8,8 tys.), zwoleńskim (10,1 tys.) oraz lipskim (10,5 tys.). W zdecydowanej większości rodziny tworzyły gospodarstwa domowe jednorodzinne (90,8%), gospodarstwa dwurodzinne stanowiły tylko 8,8%. W tych gospodarstwach 98,3% rodzin było spokrewnionych w linii prostej. Gospodarstwa domowe trzy i więcej rodzinne tworzone były zaledwie przez 0,5% rodzin.

Dominującym typem rodzin wśród wszystkich rodzin są małżeństwa z dziećmi, w 2002 roku było ich 745,2 tys. Stanowiły one 53,1% wszystkich rodzin (w kraju 56,0%). Odsetek małżeństw z dziećmi był wyższy na wsi – 59,4% niż w mieście 49,8%. Na poziomie powiatów największy udział takich rodzin odnotowano w powiatach: ostrołęckim (63,2%), radomskim (62,8%) i wyszkowskim (62,2%), a najniższy w powiatach: warszawskim (44,3%), pruszkowskim (52,9) i grodziskim (53,2%).

Drugim pod względem liczebności typem rodziny były małżeństwa bez dzieci – 24,0% (w kraju 22,7%). Ich udział w ogólnej liczbie rodzin był podobny zarówno w miastach – 24,4%, jak i na wsi 23,2%. Zbiorowość małżeństw bez dzieci stanowiły przede wszystkim małżeństwa starsze, których dzieci się już usamodzielniały lub założyły własne rodziny, a także małżeństwa młode, jeszcze bezdzietne.

Trzecim pod względem liczebności typem rodziny były samotne matki z dziećmi, które stanowiły 18,5% ogółu rodzin w gospodarstwach (w kraju 17,2%). Odsetek samotnych matek był dużo większy w miastach – 20,7% niż na wsi – 14,4%. Kolejna grupa – samotni ojcowie z dziećmi – tworzyli 2,4% rodzin. Ich udział był podobny zarówno w miastach – 2,6%, jak na wsi – 2,0%.

Partnerzy bez dzieci i partnerzy z dziećmi stanowili odpowiednio 1,1% i 0,9% rodzin w województwie (w kraju: 0,8% i 1,1% rodzin). Rodzin składających się z partnerów bez dzieci było ponad 3 razy więcej w miastach – 1,4% niż na wsi – 0,4%, także rodzin tworzonych przez partnerów z dziećmi prawie dwukrotnie więcej w miastach – 1,1% niż na wsi – 0,6%.

⁵ Gospodarstwo domowe jest to zespół osób spokrewnionych lub niespokrewnionych, mieszkających razem i wspólnie utrzymujących się. Jeżeli osoba mieszkająca razem utrzymuje się oddzielnie, tworzy ona jednoosobowe gospodarstwo domowe.

⁶ Rodzina została określona jako dwie lub większa liczba osób, które są małżeństwem, wspólnie żyjący partnerzy – osoby płci przeciwnej lub jako rodzic i dziecko.

**Rodziny w gospodarstwach domowych w 2002 roku**

Typ rodziny	Ogółem	Miasto	Wieś
	w odsetkach		
Ogółem	100,0	100,0	100,0
Małżeństwa z dziećmi	53,1	49,8	59,4
Małżeństwa bez dzieci	24,0	24,4	23,2
Partnerzy bez dzieci	1,1	1,4	0,4
Partnerzy z dziećmi	0,9	1,1	0,6
Matki z dziećmi	18,5	20,7	14,4
Ojcowie z dziećmi	2,4	2,6	2,0

Źródło: Narodowy Spis Powszechny. Urząd Statystyczny w Warszawie.

W 2002 roku na terenie województwa mazowieckiego w gospodarstwach domowych było 1 051,8 tys. rodzin, co stanowi 75,0% ogółu rodzin (w kraju 76,5%). Spośród rodzin z dziećmi dominującym typem rodziny były małżeństwa z dziećmi – 70,9% (w kraju 73,2%). Odsetek ten był mniejszy w miastach – 67,2% niż na wsi – 77,7%. Samotne matki stanowiły prawie jedną czwartą (24,7%) rodzin z dziećmi (w kraju 22,5%). W miastach takich rodzin było więcej (27,9%) niż na wsi (18,9%). Samotni ojcowie tworzyli 3,2% rodzin z dziećmi (w kraju 2,9%). Ten typ rodziny także występował częściej w miastach – 3,5% niż na wsi – 2,6%. Najmniejszy odsetek stanowili partnerzy z dziećmi – 1,2% (w kraju 1,4%). Wśród wszystkich rodzin najliczniejszą grupę stanowiły rodziny z jednym dzieckiem – 49,7% (w kraju 47,7%), a rodziny z dwojgiem dzieci 35,1% (w kraju 35,2%). Najmniej liczną grupę stanowiły rodziny z czworgiem i więcej dzieci – 4,5% (w kraju 5,4%).

Wśród ogółu rodzin z dziećmi w gospodarstwach domowych w 782,7 tys. tj. 74,4% rodzin były dzieci w wieku do 24 lat pozostające na utrzymaniu. W pozostałych 269,1 tys. rodzin z dziećmi, tj. 25,6% rodzin, dzieci były w wieku 25 lat i więcej lub będąc młodsze miały własne źródło utrzymania.

W 81,9% rodzin tworzonych przez małżeństwa z dziećmi były dzieci do lat 24 pozostające na utrzymaniu. Wyższy odsetek rodzin z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu występował w rodzinach tworzonych przez partnerów z dziećmi – 89,2%. Natomiast wśród rodzin z dziećmi tworzonych przez samotnych rodziców odsetek rodzin z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu był dużo niższy: matki z dziećmi – 55,9%, ojcowie – 46,8%. Na Mazowszu łączna liczba dzieci do lat 24 pozostających na utrzymaniu wynosiła 1 358,8 tys., co stanowiło 12,6% ogółu takich dzieci w Polsce. Przeciętna ich liczba w rodzinie kształtowała się na poziomie 1,74. Wskaźnik ten wyższy był na wsi (2,01) niż w mieście (1,58).



W maju 2002 roku, w województwie mazowieckim było 293,7 tys. rodzin niepełnych, co stanowiło 20,9% ogółu rodzin (w kraju 19,4%). Województwo mazowieckie zajmowało 6 miejsce pod względem procentowego udziału rodzin niepełnych w ogólnej liczbie rodzin. W województwie wśród rodzin niepełnych zdecydowaną większość stanowiły samotne matki z dziećmi (88,5%), a samotni ojcowie jedynie 11,5%.

Na poziomie powiatów najwyższy odsetek rodzin niepełnych odnotowano w powiatach: warszawskim (25,7%), żyrardowskim (23,7%) i m. Radom (22,3%), najniższy zaś w żuromińskim (14,3%), białobrzeskim (14,8%) i ostrołęckim (14,9%). Rodziny niepełne z dziećmi na utrzymaniu stanowiły 54,8% rodzin niepełnych (w kraju 55,4%). W miastach stanowiły one 57,9%, a na wsi 46,5% rodzin niepełnych. Matki z dziećmi stanowiły 90,2% rodzin niepełnych z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu. Natomiast 65,5% samotnych matek miało na utrzymaniu 1 dziecko, 26,6% – 2 dzieci na utrzymaniu. Prawie tysiąc samotnych matek miało na utrzymaniu 5 i więcej dzieci. Spośród samotnych ojców z dzieckiem 72,7% miało na utrzymaniu 1 dziecko, a 21,5% – 2 dzieci.

Rodziny niepełne z dziećmi i bez dzieci do lat 24 pozostającymi na utrzymaniu w 2002 roku

Wyszczególnienie	Ogółem			Miasto			Wieś		
	razem	bez dzieci do lat 24 na utrzymaniu	z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu	razem	bez dzieci do lat 24 na utrzymaniu	z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu	razem	bez dzieci do lat 24 na utrzymaniu	z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu
	w tys.	w odsetkach		w tys.	w odsetkach		w tys.	w odsetkach	
Ogółem	293,7	45,2	54,8	214,6	42,1	57,9	79,0	53,5	46,5
Matki z dziećmi	259,9	44,1	55,9	190,4	41,0	59,0	69,5	52,7	47,3
Ojcowie z dziećmi	33,8	53,2	46,8	24,2	50,7	49,3	9,6	59,6	40,4

Źródło: Narodowy Spis Powszechny. Urząd Statystyczny w Warszawie.

W rodzinach niepełnych z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu wychowywało się 232,9 tys. dzieci z czego 211,5 tys. dzieci wychowywanych było przez samotne matki, a 21,4 tys. przez samotnych ojców. Natomiast 5,9 tys. dzieci wychowywało się w rodzinach, w których samotny rodzic miał na utrzymaniu 5 lub więcej dzieci.

Poziom wykształcenia rodziców oraz źródło utrzymania ściśle wiąże się z wykształceniem dzieci. W województwie mazowieckim spośród 782,7 tys. rodzin z dziećmi do lat 24 pozostającymi na utrzymaniu wyodrębniono 439,6 tys. rodzin z dziećmi w wieku 13-24 lata. W tej grupie 398,6 tys., tj. 90,7% (w kraju 89,2%) stanowiły rodziny, w których przynajmniej jedno dziecko w rodzinie kontynuowało naukę. Rodziny, w których uczyły się wszystkie dzieci stanowiły 83,6% rodzin z dziećmi (w kraju 80,4%).



Struktura rodzin pełnych z dziećmi w wieku 13-24 lat pozostającymi na utrzymaniu według wykształcenia rodziców, liczby dzieci i liczby dzieci kontynuujących naukę w 2002 roku

Wyszczególnienie	Ogółem	Poziom wykształcenia rodziców					
		przynajmniej jedno z wyższym	przynajmniej jedno ze średnim lub policealnym	przynajmniej jedno z zasadniczym zawodowym	przynajmniej jedno z podstawowym	przynajmniej jedno z podst. nie ukończonym lub bez wykształcenia	oboje z wykształc. nie ustalonym
		w odsetkach					
Rodziny z 1 dzieckiem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Uczy się w szkole	88,1	95,2	90,2	82,3	68,9	47,5	97,3
Nie uczy się	11,1	3,9	9,0	17,0	30,4	52,5	1,1
Nie ustalono	0,8	0,9	0,8	0,7	0,8	-	1,6
Rodziny z 2 dziećmi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Obydwoje uczą się	81,9	92,2	85,1	73,8	55,4	34,5	84,2
Jedno uczy się	15,1	7,2	13,1	21,4	32,8	37,9	6,1
Nie uczą się	2,8	0,5	1,7	4,6	11,7	27,6	2,4
Nie ustalono	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	-	7,3
Rodziny z 3 dziećmi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wszystkie uczą się	68,6	86,5	76,6	61,0	42,5	20,0	75,0
Dwoje uczy się	22,0	11,9	18,1	26,4	33,7	40,0	-
Jedno uczy się	8,0	1,5	4,8	10,8	18,5	10,0	25,0
Żadne nie uczy się	1,4	0,1	0,6	1,7	5,3	30,0	-
Nie ustalono	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-
Rodziny z 4 i więcej dziećmi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wszystkie uczą się	48,6	80,9	63,9	43,5	24,9	-	-
Czworo i więcej uczy się	6,0	3,0	4,5	6,2	8,8	14,3	-
Troje uczy się	26,0	13,9	22,6	28,9	29,6	-	-
Dwoje uczy się	13,9	2,3	7,8	15,5	24,1	14,3	-
Jedno uczy się	5,0	-	1,1	5,5	11,1	57,2	-
Żadne nie uczy się	0,6	-	0,2	0,4	1,6	14,3	-
Nie ustalono	-	-	-	-	-	-	-

Źródło: Narodowy Spis Powszechny. Urząd Statystyczny w Warszawie.

Kontynuacja nauki przez dzieci uzależniona była od kilku czynników. Jednym z nich była liczba dzieci w rodzinie. W rodzinach z jednym dzieckiem 87,0% (w kraju 84,6%) dzieci kontynuowało naukę, z czego 78,4% (w kraju 76,8%) dzieci uczyło się w szkole dziennej. Wraz z rosnącą liczbą dzieci w rodzinie spadał odsetek rodzin, w których wszystkie dzieci dalej uczyły się (od 80,9% przy dwojgu dzieci do 46,9% przy czworgu i więcej dzieci). W miastach województwa wystąpił większy odsetek rodzin z dziećmi kontynuującymi naukę niż na wsi. Na kontynuację nauki przez dzieci duży wpływ ma wykształcenie rodziców. Gdy poziom wykształcenia rodziców był niższy, odsetek dzieci w rodzinie kontynuujących naukę znacząco spadał. Na 10 rodzin z jednym dzieckiem, w których przynajmniej jedno z rodziców posiadało wyższe wykształcenie w 9 rodzinach dziecko podejmowało dalsze kształcenie. Jeżeli jeden z rodziców osiągnął tylko wykształcenie podstawowe odsetek rodzin z dzieckiem uczącym się spadał do 68,9% w rodzinach pełnych i do 64,6% w rodzinach niepełnych. W rodzinach z jednym dzieckiem, w których rodzice nie legitymowali się nawet



wykształceniem podstawowym ukończonym, to aż 53,7% dzieci nie kontynuowało nauki – niezależnie czy była to rodzina pełna, czy niepełna.

W rodzinach z dwojgiem dzieci, gdy co najmniej jedno z rodziców posiadało wykształcenie, w 92,2% rodzin pełnych i 90,0% rodzin niepełnych obydwójce dzieci uczyło się, a tylko w mniej niż co setnej rodzinie nie uczyło się żadne dziecko. W przypadku posiadania przez rodziców wykształcenia podstawowego, obydwójce dzieci uczyło się w co drugiej rodzinie, a w prawie co 9 rodzinie pełnej i co 7 niepełnej nie uczyło się żadne dziecko. W rodzinach z trojgiem dzieci, gdy co najmniej jeden z rodziców osiągnął wyższe wykształcenie w 86,5% rodzin pełnych i 84,5% rodzin niepełnych wszystkie dzieci kontynuowały naukę, a w prawie wszystkich pozostałych chociaż jedno kontynuowało naukę. Gdy rodzice osiągnęli co najmniej wykształcenie podstawowe, wszystkie dzieci kontynuowały naukę w 42,5% rodzin pełnych i 38,4% rodzin niepełnych, a w co 20 rodzinie pełnej i co 14 niepełnej nie uczyło się żadne dziecko. W 80,9% rodzin pełnych i 76,2% rodzin niepełnych z czworgiem i więcej dzieci, gdy co najmniej jeden z rodziców posiadał wyższe wykształcenie, wszystkie dzieci uczęszczały do szkoły, nie występowały natomiast rodziny, w których żadne dziecko nie kontynuowało nauki.

Struktura rodzin niepełnych z dziećmi w wieku 13-24 lat pozostającymi na utrzymaniu według wykształcenia rodziców, liczby dzieci i liczby dzieci kontynuujących naukę w 2002 roku

Wyszczególnienie	Ogółem	Poziom wykształcenia matki/ojca					
		wyższy	średni lub policealny	zasadniczy zawodowy	podstawowy	podstawowy ukończony lub bez wykształcenia	nie ustalony
		w odsetkach					
Rodziny z 1 dzieckiem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Uczy się w szkole	83,2	94,4	87,0	75,0	64,6	44,3	95,3
Nie uczy się	15,7	4,5	11,9	23,9	34,2	53,7	2,3
Nie ustalono	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	2,0	2,4
Rodziny z 2 dziećmi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Obydwójce uczą się	74,6	90,0	80,9	65,1	50,6	38,6	84,0
Jedno uczy się	19,9	9,0	15,9	27,5	34,6	30,0	9,3
Nie uczą się	5,3	0,7	3,0	7,2	14,7	31,4	1,3
Nie ustalono	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	-	5,3
Rodziny z 3 dziećmi	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wszystkie uczą się	58,1	84,5	70,2	53,6	38,4	30,0	75,0
Dwoje uczy się	26,2	13,0	22,1	28,5	33,3	40,0	-
Jedno uczy się	12,7	2,1	6,8	15,2	21,2	15,0	25,0
Żadne nie uczy się	3,1	-	1,0	2,7	7,0	15,0	-
Nie ustalono	0,1	0,4	-	-	0,2	-	-
Rodziny z 4 i więcej	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Wszystkie uczą się	34,5	76,2	53,7	30,9	22,2	75,0	-
Czworo i więcej uczy się	8,0	9,5	7,3	7,9	8,5	-	-
Troje uczy się	30,5	14,3	26,0	32,0	33,3	25,0	-
Dwoje uczy się	16,7	-	8,1	21,9	19,1	-	-
Jedno uczy się	8,7	-	3,3	7,3	13,8	-	-
Żadne nie uczy się	1,6	-	1,6	-	3,1	-	-

Źródło: Narodowy Spis Powszechny. Urząd Statystyczny w Warszawie.

Analizując rodziny z dziećmi do lat 24 na utrzymaniu należy zwrócić uwagę na źródła utrzymania rodziców. W rodzinach pełnych w 70,3% rodzin oboje z rodziców posiadali



własne źródła utrzymania. Między miastem i wsią występowało niewielkie zróżnicowanie. W 55,0% przypadków oboje rodzice utrzymywali się z pracy, w 11,6% jedno z pracy a drugie z niezarobkowego źródła, w 3,5% oboje z niezarobkowego źródła. Największy odsetek obojga małżonków utrzymujących się z pracy występował w rodzinach z dwojgiem dzieci (58,2%), a najmniejszy w rodzinach z jednym dzieckiem (52,7%). W rodzinach partnerów najwyższy odsetek obojga rodziców był w rodzinach z jednym dzieckiem (43,6%), a najmniejszy w rodzinach z 4 i więcej dzieci (19,5%). W 27,9% rodzin pełnych tylko jedno z rodziców posiadało własne źródło utrzymania, w 23,9% rodzin rodzic utrzymywał się z pracy, a w 4,0% z niezarobkowego źródła. Tylko 1,0% rodzin z dziećmi tworzonych przez małżeństwa lub partnerów pozostawało na utrzymaniu osób spoza rodziny, ale najczęściej wchodzących w skład tego samego gospodarstwa domowego.

Rodziny z dziećmi w wieku 0-24 lat pozostającymi na utrzymaniu według źródła utrzymania rodziców w 2002 roku

Wyszczególnienie	Rodziny pełne		Rodziny niepełne	
	w tys.	w odsetkach	w tys.	w odsetkach
Ogółem	621,7	100,0	161,0	100,0
Rodzice oboje mają własne źródło utrzymania	437,0	70,3	x	x
w tym:				
oboje z pracy	342,3	55,1	x	x
oboje z niezarobkowych źródeł	21,8	3,5	x	x
jedno z niezarobkowego źródła a drugie z pracy	72,0	11,6	x	x
jedno z rodziców posiada własne źródło utrzymania	173,5	27,9	133,8	83,1
w tym:				
z pracy	148,4	23,9	96,9	60,0
z niezarobkowego źródła	24,7	4,0	36,8	22,9
rodzice pozostający na utrzymaniu	6,2	1,0	25,0	15,5
oboje nie ustalone źródło	5,0	0,8	x	x
samotny rodzic z nieustalonym źródłem utrzymania	x	x	2,2	1,4

Źródło: Narodowy Spis Powszechny. Urząd Statystyczny w Warszawie.

W rodzinach niepełnych ponad 83,0% (w kraju 83,2%) samotnych rodziców posiadało własne źródło utrzymania, 60,0% (w kraju 51,9%) samotnych rodziców utrzymywało się z pracy, 22,9% (w kraju 31,1%) z niezarobkowego źródła (w tym 3,0% z zasiłku dla bezrobotnych). Co 35 matka z jednym dzieckiem i co 20 z czworgiem i więcej dzieci utrzymywała się z zasiłku dla bezrobotnych.



1.5. Zasoby i warunki mieszkaniowe

Na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2002 roku ustalono, że województwie mazowieckim było 1 815,4 tys. mieszkań, w których znajdowało się 6 311,6 tys. izb. W zasobach krajowych (12 523,6 tys. mieszkań), liczba mieszkań w województwie mazowieckim stanowiła 14,5%, izb 13,8% a powierzchnia użytkowa 14,0%.

Mieszkania zamieszkanne obejmują 1 662,8 tys. mieszkań (14,1% ogółu mieszkań w kraju), w tym 1 177,7 tys. mieszkań zanotowano w miastach i 12,9 tys. na wsi. Powierzchnia użytkowa tych mieszkań wynosi 109 969,2 tys. m² (13,7% ogólnokrajowej) i 5 854,0 tys. izb. W 1 641,6 tys. mieszkań o powierzchni użytkowej 108 716,8 tys. m² i o 5 789,6 tys. izb mieszka stale 5 061,1 tys. osób.

Liczba mieszkań zamieszkanych w województwie w porównaniu z 1988 rokiem zwiększyła się o 182,5 tys., tj. o 161,9 tys. w miastach (wzrost o 12,3%) i o 20,6 tys. na wsi (wzrost o 4,4%).

W województwie mazowieckim zanotowano jeden z najwyższych przyrostów mieszkań zamieszkanych od 1988 roku. Wyższy wskaźnik uzyskały tylko województwa: pomorskie (15,7%), zachodniopomorskie (14,4%) oraz lubuskie (13,1%). Województwo mazowieckie charakteryzowało się najwyższym w kraju przyrostem powierzchni użytkowej mieszkań (wzrost o 37,1%). Dalej uplasowało się województwo małopolskie (wzrost o 34,3%). Dla porównania w województwie opolskim nastąpił wzrost o 13,0% i śląskim o 15,5%.

W latach 1989-2002 w sferze mieszkalnictwa wystąpiły bardzo istotne zmiany stosunków własnościowych, wynikające z komunalizacji i prywatyzacji zasobów mieszkaniowych. Mieszkania będące własnością osób fizycznych stanowią 54,2% ogółu wszystkich mieszkań, spółdzielni mieszkaniowych 31,6% (w tym 23,8% to mieszkania własnościowe i 7,8% to mieszkania lokatorskie), gmin 10,2%, Skarbu Państwa 2,3%, zakładów pracy 1,2%, товариств budownictwa społecznego 0,2%, innych podmiotów 0,3%.

Struktura własności w sposób bardzo wyraźny zmieniła się w miastach. Udział mieszkań będących własnością osób fizycznych zwiększył się o 16,4% (z 21,0% w 1988 roku do 37,4% w 2002 roku). Na wsi mieszkania osób fizycznych stanowiły 95,2% (wzrost o 3,9% od 1988 roku).

Pod względem udziału mieszkań będących własnością osób fizycznych, województwo mazowieckie znajduje się na 8 miejscu (najwięcej: województwie podkarpackie – 71,6% oraz małopolskie – 68,4% zasobów mieszkań zamieszkanych). Podobnie jest z mieszkaniami, które są własnością zakładów pracy oraz gminy. Wyjątek stanowi udział własności spółdzielni



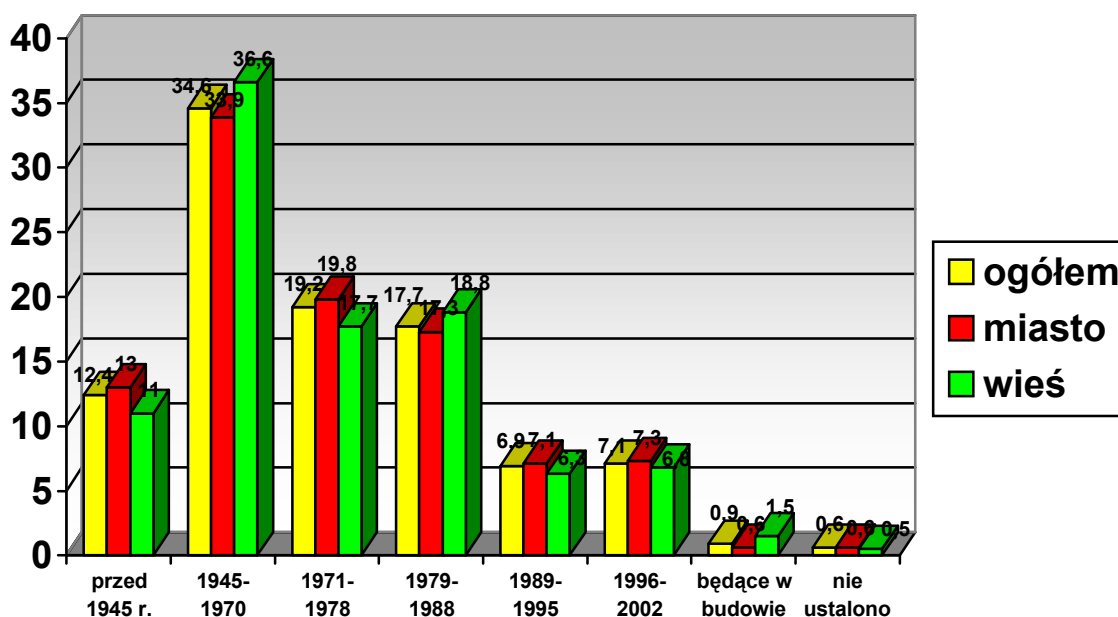
mieszkańcowych, gdzie województwo mazowieckie (31,6%) zajmuje czwarte miejsce po województwach: śląskim – 33,8%, podlaskim – 33,1% i pomorskim – 31,7%.

W województwie mazowieckim odsetek mieszkań pochodzących sprzed 1945 roku wynosi ogółem 12,4%, zasoby mieszkaniowe sprzed 1945 roku wynoszą 13,0% ogółu mieszkań zamieszkałych w miastach i 11,0% na wsi.

Zasoby powojenne stanowią 86,4% ogółu mieszkań zamieszkałych w miastach i 88,5% na wsi, natomiast w budynkach najnowszych, wybudowanych po 1988 roku znajduje się 14,6% ogółu, tj. 242,8 tys. mieszkań, w tym w miastach 14,9% ogółu mieszkań (182,9 tys.) i na wsi 13,9% ogółu mieszkań (67,4 tys.).

W 2002 roku w województwie mazowieckim zanotowano 1 662,8 tys. mieszkań, z czego w mieście 1 177,8 tys. (70,83%), zaś na wsi 485 tys. (29,17%).

Mieszkania zamieszkałe według okresu wybudowania budynku



Zarówno w skali kraju, jak i na Mazowszu wyposażenie mieszkań wiejskich jest zdecydowanie gorsze niż w miastach. W 2002 roku w najbardziej podstawową instalację – wodociąg – wyposażonych było 92,9% mieszkań. Taką instalację w miastach posiadało 98,0%, natomiast na wsi 80,7% mieszkań. Inną bardzo istotną instalacją jest ustęp. Należy zauważyć, że jest on zdecydowanie bardziej powszechny w mieście, gdzie występuje w 95,8% mieszkań, zaś na wsi w 66,4% mieszkań. Podobne różnice występują także z innymi instalacjami: łazienka – 93,7% w mieście i 67,0% na wsi; bieżąca ciepła woda – 92,0% w mieście i 63,0% na wsi; centralne ogrzewanie – 89,9% w mieście i 92,3% w mieszkaniach na wsi. Istotne dysproporcje występują w posiadaniu w mieszkaniach na wsi



i w mieście gazu ziemnego – 78,7% mieszkań w mieście jest wyposażonych w tę instalację, a na wsi tylko 14,3% mieszkań posiada wymienioną wyżej instalację.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż w miastach stopień wyposażenia mieszkań zamieszkałych w instalacje jest znacznie wyższy niż na wsi. Należy zauważyć, iż nadal jeszcze 7,0% ogółu mieszkań nie ma wodociągu (w tym 2,0% ogółu mieszkań w miastach i 19,2% na wsi). W komplet instalacji w województwie mazowieckim wyposażonych jest 93,5% ogółu mieszkań w miastach i 65,3% mieszkań na wsi.

Przeciętna powierzchnia mieszkania w 2002 roku w województwie mazowieckim wynosiła 66,3 m² (przeciętna w kraju 68,6 m²). Dla porównania w województwie opolskim jest to 76,8 m², a w województwie łódzkim 64,2 m².

Mieszkania w miastach województwa mazowieckiego były mniejsze niż na wsi, (było to odpowiednio 59,3 m² i 83,4 m²). W porównaniu ze średnią krajową, powierzchnia mieszkań w mieście i na wsi była niższa od przeciętnej w kraju. Mieszkania znajdujące się na terenach wiejskich są średnio większe od znajdujących się w miastach o 24,1 m². Największe mieszkania pod względem przeciętnej powierzchni występują w podregionach: ostrołęcko-siedleckim (76,8 m²), warszawskim (75,8 m²) oraz ciechanowsko- płockim (70,7 m²), najmniejsze w podregionie miasto Warszawa (54,9 m²).

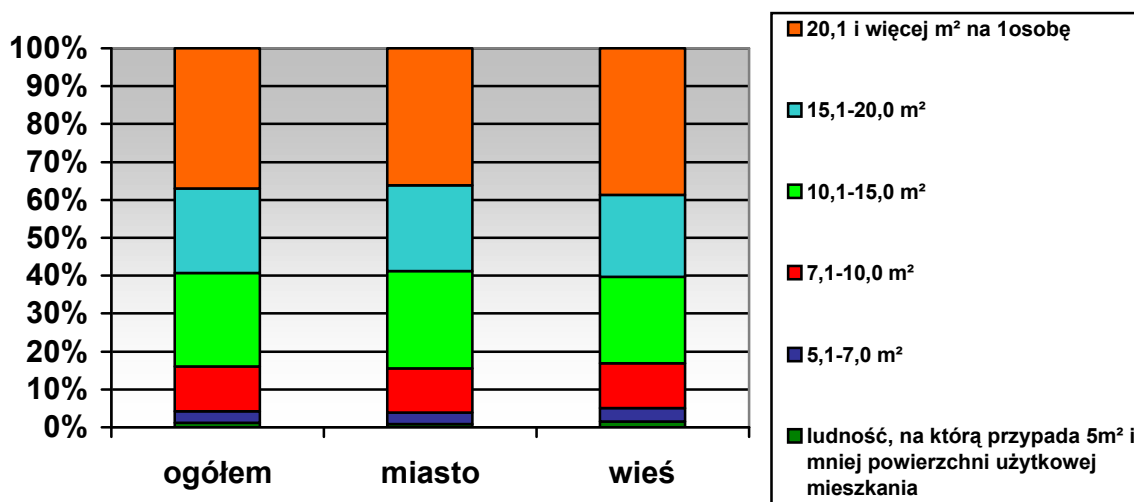
Zmienia się na lepsze struktura mieszkań pod względem wielkości powierzchni użytkowej. Mieszkania o powierzchni użytkowej do 40 m² stanowiły 23,3% ogółu mieszkań (w 1988 roku – 31,5%), o powierzchni ponad 80 m² – 25,4% (w 1988 roku – 15,0%).

W porównaniu z 1988 rokiem zaobserwowano również wyraźne zmiany na lepsze pod względem wielkości izb w mieszkaniach. Zmniejszył się udział mieszkań 1-2 izbowych (z 31,5% do 23,3%) ogółu mieszkań zamieszkałych. Zwiększył się natomiast udział mieszkań większych: 4 izbowych (z 26,3% do 27,6%) oraz 5 izbowych i większych (z 10,4% do 18,1%).

Przeciętna liczba osób na jedno mieszkanie wynosiła 3,08 osoby (w kraju – 3,25). Dla porównania w województwie łódzkim jest to 2,98 osoby, a w województwie podkarpackim 3,77 osoby na mieszkanie. Liczba osób mieszkających w mieszkaniach, które można uznać za przeludnione, czyli takich, w których na jedną izbę przypada 2 i więcej osób wynosi w województwie mazowieckim 625,9 tys., tj. 12,4% ogółu ludności województwa (w kraju 12,3%), w miastach 326,9 tys., tj. 10% (w kraju 10,2%), zaś na wsi 299,1 tys., tj. 16,7% (w kraju 18,9%), natomiast liczba osób zamieszkujących w warunkach niskiego zaludnienia, czyli poniżej 1 osoby na izbę wynosi 1850,8 tys., tj. 36,6% ogółu ludności (w kraju 36,3%).



Powierzchnia użytkowa mieszkań przypadająca na 1 osobę



Wskaźnik wielkości powierzchni użytkowej mieszkań przypadającej na 1 osobę w województwie mazowieckim wynosił 21,4 m², (odpowiednio: w miastach 21,0 m² – wzrost o 3,6 m²; na wsi 22,0 m² – wzrost o 5,7 m²). Prawie 37,0% mieszkańców województwa mazowieckiego (1 872,7 tys.) mieszka w lokalach, w których na 1 osobę przypada ponad 20 m², natomiast w lokalach, gdzie na 1 osobę przypada mniej niż 10 m², mieszka 16,1% (812,6 tys.) ogółu mieszkańców.

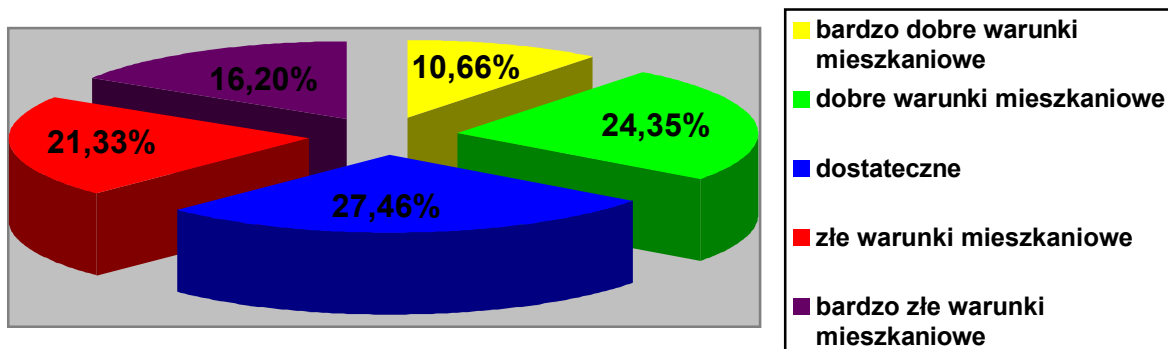
W mieszkaniach, w których na 1 pokój przypada 1 osoba lub mniej, zamieszkuje 38,0% ogółu ludności województwa mazowieckiego (dla porównania w kraju 26,2%). W mieszkaniach, w których na 1 pokój przypada 2 osoby i więcej mieszka 33,3% ogółu ludności (w kraju 22,2%).

W warunkach odpowiadających współczesnym standardom mieszkaniowym, określanych jako „bardzo dobre” mieszkało 537,7 tys. osób (10,6%), w „dobrych” mieszkało 1 235,4 tys. osób (24,4%). W warunkach określanych jako „dostateczne” mieszkało 1 382,0 tys. mieszkańców (27,3%). W warunkach nie odpowiadających współczesnym standardom mieszkaniowym (nadmierne przeludnienie i brak podstawowych mediów) określanych jako „złe” mieszkało 1 072,9 tys. osób (21,2%), w warunkach „bardzo złych” mieszkało 815,3 tys. osób (16,1%).

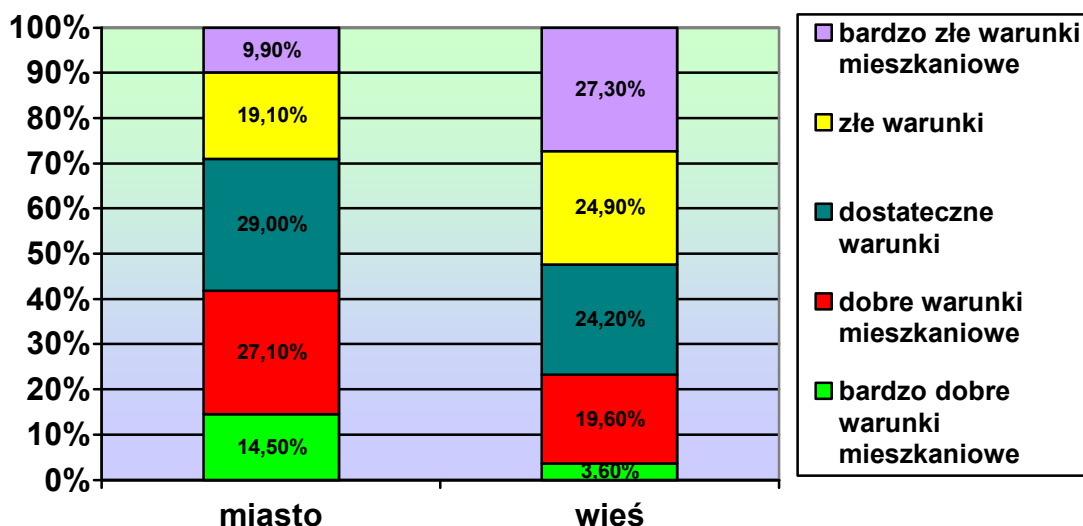
Zdecydowanie lepszymi warunkami mieszkaniowymi dysponują mieszkańcy miast niż wsi. Posiadają oni mniejsze mieszkania, ale są one lepiej wyposażone.



Ludność zamieszkująca w warunkach



Warunki zamieszkania ludności w miastach i na wsi



W 2002 roku wśród 1 918,5 tys. gospodarstw domowych samodzielnym mieszkaniem dysponowało 1 401,3 tys. gospodarstw, tj. 73,0% (dla porównania w kraju 76,1%); 517,2 tys., tj. 27,0% mieszkało niesamodzielnie, w tym 102,4 tys. (5,3%) zajmowało mieszkania, w których zamieszkiwało po 3 i więcej gospodarstw domowych. Województwo mazowieckie pod względem liczby gospodarstw zamieszkujących samodzielnie zajmuje przedostatnią lokatę w kraju, najgorzej pod tym względem jest w województwie opolskim (71,0%). Najwięcej gospodarstw domowych mieszkających samodzielnie było w województwach: podkarpackim (80,6%), lubuskim (78,8%) i kujawsko-pomorskim (78,3%).

Deficyt mieszkań (różnica między ogólną liczbą gospodarstw domowych a liczbą zamieszkiwanych mieszkań) w województwie wynosił 255,7 tys., z tego w miastach 166,9 tys., a na wsi 88,8 tys. Stanowiło to 16,3% deficytu krajowego.



1.6. Prognoza demograficzna do roku 2030

Zmiany zachodzące w ogólnej liczbie ludności są wynikiem kształtowania się takich procesów demograficznych jak: płodność, umieralność oraz migracje. Natomiast zmiany w strukturze wieku ludności są rezultatem zarówno procesów demograficznych, jak i przesuwania się wyżów i niżów demograficznych, tzw. falowania demograficznego, charakterystycznego dla naszego kraju. Zmianom tym towarzyszy proces określany przez demografów jako proces starzenia się ludności, polegający na wzroście liczby i odsetka ludności starszej, tj. w wieku 60 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności, a także wzroście odsetka osób „sędziwych” (umowną granicę stanowi ukończenie 75 lat lub 80 lat życia).

Jak wynika z prognoz demograficznych społeczeństwo polskie jest społeczeństwem starzejącym się. Liczba osób zatrudnionych zmniejsza się, natomiast wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym. Dla polityki społecznej istotna jest odpowiedź na pytanie o kierunki procesów demograficznych zachodzących w społeczeństwie w ciągu kilkunastu najbliższych lat.

Przewidywane zmiany w stanie i strukturze ludności Polski do 2030 roku wskazują na znaczące przeobrażenia w tym zakresie. Zgodnie z prognozą wieku ludności Polski, opracowaną przez Główny Urząd Statystyczny, liczba ludności w 2010 roku wyniesie 38,8 mln, w 2020 – 39,0 mln, a w 2030 – 38,8 mln.

W okresie objętym prognozą wystąpią przede wszystkim przeobrażenia w strukturze wieku, które będą wynikały zarówno z przebiegu przyszłych trendów demograficznych, jak też wahań dotychczasowej struktury ludności Polski według wieku.

W okresie do 2030 roku należy oczekiwać następujących zmian:

- znacznego udziału liczby dzieci i młodzieży w wieku nauczania w szkołach ponadpodstawowych (15-18 lat) oraz wyższych (19-24 lata),
- przyrostu populacji w wieku 20-29 lat, czyli w wieku o największej częstotliwości zawierania związków małżeńskich i zakładania rodziny,
- istotnego przyrostu liczby ludności w wieku produkcyjnym (18-59/64 lata), w tym starszej grupie wieku produkcyjnego (45-59/64 lata),
- starzenia się ludności w wieku produkcyjnym,
- znacznego przyrostu ludności w wieku poprodukcyjnym.

Na podstawie prognoz GUS można sformułować następujące wnioski co do kształtowania się liczby ludności w ciągu najbliższych 30 lat w województwie mazowieckim:

- ✓ Według prognoz można oczekiwać, że województwo mazowieckie będzie zamieszkiwać w 2030 roku 5 070,8 tys. osób, w tym 2 630,3 tys. kobiet, 2 440,3 tys. mężczyzn.



- ✓ Powiatem o najwyższym przyroście liczby mieszkańców będzie powiat piaseczyński, w którym liczba ta wzrośnie o 41,6 tys. osób (różnica między liczbą mieszkańców w 2005 roku a w 2030 roku). W roku 2005 powiat piaseczyński będzie zamieszkiwać 116,8 tys. osób a w 2030 – 158,4 tys. osób.
- ✓ Powiatem o największym spadku mieszkańców będzie powiat warszawski – w 2030 roku liczba mieszkańców zmniejszy się o 33,6 tys. osób w stosunku do 2005 roku.
- ✓ Charakterystyczną tendencją będzie znaczny wzrost liczby mieszkańców w powiatach okalających powiat warszawski: piaseczyńskim (o 41,6 tys. osób), wołomińskim (o 27,3 tys. osób), pruszkowskim (o 23,0 tys. osób), warszawskim zachodnim (o 21,5 tys. osób), mińskim (o 19,3 tys. osób), legionowskim (o 10,4 tys. osób), otwockim (o 6,8 tys. osób).
- ✓ Wzrost liczby mieszkańców nastąpi także w powiatach grodzkich: ostrołęckim (o 11,3 tys. osób), plockim (o 8,6 tys. osób) i siedleckim (o 8,7 tys. osób).
- ✓ Duży spadek liczby mieszkańców przewidywany jest również w powiatach usytuowanych na północ od Warszawy: plockim (o 9,9 tys. osób), węgrowskim (o 9,4 tys. osób) i płońskim (o 9,4 tys. osób).

Prognoza ludności w województwie mazowieckim według wieku

Rok	Wiek przedprodukcyjny	Wiek produkcyjny	Wiek poprodukcyjny	Ogółem
2005	1 000 963	3 216 250	849 946	5 067 159
2010	950 860	3 248 349	897 457	5 096 666
2015	970 012	3 151 721	1 014 850	5 136 583
2020	1 002 955	3 010 410	1 139 458	5 152 823
2025	987 254	2 933 852	1 207 731	5 128 837
2030	912 787	2 930 351	1 227 678	5 070 816

Źródło: Studia i Analizy Statystyczne, GUS.

Przemiany struktury rodziny, zanik więzi międzypokoleniowych sprawi, że osoby stare będą w coraz większym stopniu trafiać do placówek pomocy społecznej. Zadania związane z pielęgnacją osób starych i niepełnosprawnych, jakie spoczywają na rodzinie, są wypełniane przede wszystkim przez kobiety, które nie zajmują się już wychowaniem dzieci i zbliżają się do granicy wieku emerytalnego. Wskazuje to na ograniczenie możliwości sprawowania opieki nad starymi członkami rodziny i na potrzebę zwiększenia usług pielęgnacyjno-specjalistycznych świadczonych przez instytucje polityki społecznej.⁷

⁷ P. Błędowski, Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa, 2002.



1.7. Rynek pracy

Na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2002 roku wiadomo, że województwo mazowieckie było obszarem o największej liczbie pracujących w Polsce. Zbiorowość pracujących liczyła 1 970,3 tys. osób (w kraju 1 318,3 tys.), z tego 64,5% mieszkało w miastach (w kraju 61,6%). Większość osób pracujących – 52,8% (w kraju 54,1%) stanowili mężczyźni. Nieco większy udział mężczyzn odnotowano wśród pracujących mieszkańców wsi – 56,4% (w kraju 56,9%) niż miast – 50,8% (w kraju 52,3%).

Struktura zatrudnienia w województwie mazowieckim

Działy gospodarki	Województwo %	Kraj %
Rolnictwo/leśnictwo	16,7	17,0
Przemysł/Budownictwo	22,9	27,4
Usługi rynkowe i nierynkowe	60,4	55,6

Źródło: Rocznik Statystyczny, 2004.

Według wieku struktura mężczyzn i kobiet była zbliżona. Wśród mężczyzn najliczniejszą grupą były osoby w wieku 25-34 lata, a wśród kobiet w wieku 45-54 lata. Inaczej kształtuje się struktura wieku pracujących mieszkańców miast i wsi. Wśród pracujących zamieszkałych na wsi proces aktywizacji zawodowej rozpoczyna się wcześniej i trwa znacznie dłużej niż w miastach, co znajduje odzwierciedlenie w liczbie ludności pracującej w wieku do 24 lat i powyżej 65 lat.

Struktura ludności województwa pod względem udziału w rynku pracy

Wyszczególnienie	Województwo %	Województwo %		Kraj %
		Mężczyźni	Kobiety	
wiek przedprodukcyjny	20,8	Mężczyźni	10,8	19,2
		Kobiety	10,0	
wiek produkcyjny	62,6	Mężczyźni	31,9	62,9
		Kobiety	30,7	
wiek poprodukcyjny	16,6	Mężczyźni	5,4	17,9
		Kobiety	11,2	

Źródło: Rocznik Statystyczny, 2004.

Na stopień zaangażowania zawodowego i pozycję osoby na rynku pracy ma wpływ poziom wykształcenia. W liczbie osób pracujących najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim zawodowym – 27,2% (w kraju 27,0%) oraz zasadniczym zawodowym – 22,9% (w kraju 29,2%). Pracujące kobiety charakteryzowały się przeciętnie wyższym wykształceniem niż mężczyźni. Kobiety z wykształceniem wyższym i średnim



stanowiły 72,8% (w kraju 67,5%) ogółu pracujących kobiet. Z kolei mężczyźni z wykształceniem średnim i wyższym stanowili 56,8% (w kraju 49,3%).

Wskaźnik zatrudnienia dla województwa mazowieckiego wynosił 48,1% i był wyższy o 4,4% od wskaźnika krajowego. Jest on zróżnicowany terytorialnie. Najwyższy wskaźnik zatrudnienia wystąpił w podregionie warszawskim – 50,0%, zaś najniższy w podregionie radomskim – 44,3%.

Z kolei w układzie powiatowym najwyższy wskaźnik zatrudnienia odnotowano w powiatach: grójeckim – 54,8%, piaseczyńskim – 53,3% i garwolińskim – 52,9%.

Natomiast najniższy odnotowano w powiatach: szydłowieckim – 36,2%, radomskim grodzkim – 37,3% i mławskim – 41,3%.

Na terenie województwa mazowieckiego występuje **silna polaryzacja rynku pracy**. Najniższa stopa bezrobocia występuje w m.st. Warszawie (6,5%) oraz na obszarach otaczających miasto w kierunku zachodnim i południowym, tj. w powiatach: piaseczyńskim (9,8%), grójeckim (10,1%), warszawskim zachodnim (11,7%), pruszkowskim (11,8%), i grodziskim (13,2%)⁸.

Województwo mazowieckie wyróżnia się najwyższą w kraju liczbą zarejestrowanych bezrobotnych. Według danych statystycznych Wojewódzkiego Urzędu Pracy w 2001 roku w województwie zarejestrowanych było 346 118 osób bezrobotnych, w 2002 roku – 368 856 osób bezrobotnych, w 2003 roku – 363 554 osoby bezrobotne, a w 2004 roku – 352 946 osób bezrobotnych.

Prawie co 9 bezrobotny w Polsce jest mieszkańcem Mazowsza.

W województwie mazowieckim odnotowano najniższą w Polsce stopę bezrobocia 15,0% (przy średniej dla kraju 19,1%). Na Mazowszu występuje wyraźne terytorialne zróżnicowanie stopy bezrobocia między poszczególnymi obszarami i powiatami województwa.

Najwyższą stopą bezrobocia charakteryzowały się powiaty: szydłowiecki (40,1%), radomski (34,9%) i płocki (29,9).

Stopę bezrobocia niższą od średniej dla województwa odnotowano w 7 powiatach, natomiast stopę bezrobocia przewyższającą średnią dla Polski odnotowano w 28 powiatach.

Jest to uwarunkowanie o charakterze systemowym, które powinno znaleźć odzwierciedlenie w odpowiedniej dywersyfikacji zamierzeń strategicznych wojewódzkich władz samorządowych. Wiąże się z tym problem bezrobocia na wsi, gdzie dodatkowo występuje bezrobocie ukryte. Wg szacunków eksperckich ok. ¼ ludności wsi zaliczana jest do sfery ubóstwa.

⁸ Wojewódzki Urząd Pracy, Wydział Statystyki i Analiz.



Bezrobocie w różnych segmentach społecznych

Poważną kwestią na lokalnym rynku pracy jest bezrobocie wśród kobiet. Pozostają one często dłużej w rejestrze bezrobotnych niż mężczyźni, co świadczy o niechętnym zatrudnianiu kobiet przez potencjalnych pracodawców. Na koniec grudnia 2004 roku grupa ta liczyła 174 467 osób, a ich udział w ogólnej liczbie bezrobotnych wynosił 49,4%.

Najwyższym odsetkiem bezrobotnych kobiet charakteryzowały się: m. Płock (56,8%), m. Ostrołęka (55,4%) i m. Siedlce (53,4%).

W 30 powiatach kobiety stanowiły mniej niż połowę ogółu bezrobotnych, z czego najniższym udziałem wyróżniały się powiaty: garwoliński (41,4%) i lipski (43,1%).

Bezrobotne kobiety dominowały w następujących kategoriach: zwolnieni z przyczyn dotyczących zakładu pracy (56,0% ogółu bezrobotnych kobiet), długotrwale bezrobotni (53,7%) oraz dotychczas nie pracujący (52,0%).

Liczba bezrobotnych zamieszkałych na wsi wynosiła 149 492 osób, tj. 42,4% ogółu bezrobotnych w województwie, w tym 70 634 kobiety. W stosunku do grudnia 2003 roku nastąpił spadek liczby bezrobotnych zamieszkałych na wsi o 5 535 osób, tj. o 3,6%.

Udział osób bezrobotnych zamieszkałych na wsi jest zróżnicowany terytorialnie i kształtuje się jako najwyższy w powiatach: siedleckim (96,8%), ostrołęckim (94,4%) i płockim (89,1%) oraz najniższy w powiatach: pruskowskim (31,9%), żyrardowskim (35,8%), otwockim (36,6%), wołomińskim (39,5%) i legionowskim (39,8%).

W grudniu 2004 roku zarejestrowanych było 79 947 osób bezrobotnych w wieku 18-24 lata (w tym 39 666 kobiet), tj. 22,7% ogółu bezrobotnych. W stosunku do 2003 roku liczba bezrobotnej młodzieży zmniejszyła się o 8 708 osób (o 9,8%).

Prawo do zasiłku posiadało 45 101 osób, w tym 19 334 kobiety. Systematycznie spada udział bezrobotnych posiadających prawo do zasiłku w ogólnej liczbie bezrobotnych. W grudniu 1999 roku udział ten wynosił 23,2%, w grudniu 2000 roku – 19,3%, w grudniu 2001 roku – 18,7%, w grudniu 2002 roku – 15,3%, w grudniu 2003 roku – 13,8%, a w grudniu 2004 roku – 12,8% ogółu bezrobotnych.

Najniższym udziałem bezrobotnych posiadających prawo do zasiłku wyróżniały się głównie powiaty obszaru siedleckiego: łosicki (6,5%), m. Siedlce i siedlecki (po 8,4%) oraz sokołowski (8,6%), a z pozostałych obszarów powiaty: lipski (5,3%) i zwoleński (6,7%).

Najwyższy udział bezrobotnych z prawem do zasiłku odnotowano w powiatach: szydłowieckim (20,3%), wołomińskim (18,5%) i nowodworskim (18,2%).

Istnieje ponadto znaczna dysproporcja pomiędzy odsetkiem bezrobotnych kobiet i mężczyzn posiadających prawo do zasiłku. Prawo to przysługiwało 11,1% bezrobotnych kobiet oraz 14,4% ogółu bezrobotnych mężczyzn.



Na uwagę zasługuje również stosunkowo wysoki udział osób niepełnosprawnych w ogólnej liczbie bezrobotnych. Na koniec grudnia 2004 roku w powiatowych urzędach pracy zarejestrowanych było 6 312 osób. W stosunku do grudnia 2003 roku nastąpił wzrost liczby bezrobotnych niepełnosprawnych o 503 osoby (o 8,7%).

Poza ewidencją bezrobotnych 3 680 osób niepełnosprawnych i niepozostających w zatrudnieniu (w tym 1 411 kobiet), zarejestrowanych było jako osoby poszukujące pracy.

Najwyższy udział bezrobotnych niepełnosprawnych w ogólnej liczbie bezrobotnych, znacznie przekraczający średnią dla województwa zanotowano w: m. Radomiu (3,6%), powiatach: żyrardowskim (3,5%) i przasnyskim (3,1%) oraz m. Płocku (3,0%). Natomiast najniższy w powiatach: białobrzeskim i warszawskim zachodnim (po 0,6%), garwolińskim, łosickim, ostrołęckim, węgrowskim i żuromińskim (po 0,7%), siedlecki (0,8%) oraz mławskim i wołomińskim (po 0,9%). Prawo do zasiłku dla bezrobotnych posiadało tylko 11,6% osób bezrobotnych niepełnosprawnych.

Długotrwałe bezrobocie dotyczy osób pozostających bez pracy dłużej niż 12 miesięcy. Na koniec grudnia 2004 roku liczba długotrwałe bezrobotnych wynosiła 197 778 osób, (56,0% ogółu bezrobotnych), w tym przez ponad dwa lata nie mogło znaleźć pracy 134 929 bezrobotnych (68,2% ogółu długotrwałe bezrobotnych).

W 22 powiatach udział osób długotrwałe bezrobotnych przewyższał średnią wojewódzką. Najwyższy udział długotrwałe bezrobotnych odnotowano w powiatach: ostrołęckim (65,4%), płockim (64,3%), makowskim (63,6%), białobrzeskim, mławskim i żuromińskim (po 63,1%) oraz przysuskim (62,9%). Problem długotrwałego pozostawania bez zatrudnienia w największym stopniu dotyka powiaty leżące poza obszarem warszawskim.

Istotnym problemem na rynku pracy jest wzrastająca liczba długotrwałe bezrobotnych oraz systematycznie rosnący udział tej populacji w ogólnej liczbie bezrobotnych.

W grudniu 1999 roku długotrwałe bezrobotni stanowili – 40,0% (99 553 osoby), w grudniu 2000 roku – 46,8% (135 784 osoby), w grudniu 2001 roku – 50,3% (174 104 osoby), w grudniu 2002 roku – 54,8% (202 006 osób), w grudniu 2003 roku – 55,3% (201 139 osób), a na koniec grudnia 2004 roku – aż 56,0% (197 778 osób).

W województwie mazowieckim w 2004 roku spadek liczby długotrwałe bezrobotnych (spadek o 1,7%) był niższy od spadku ogólnej liczby bezrobotnych (spadek o 2,9%).

Cechy demograficzne bezrobotnych

Podstawowym problemem lokalnego rynku pracy jest niski poziom wykształcenia osób bezrobotnych i niedostosowanie kwalifikacji zawodowych do potrzeb pracodawcy.



Osoby bezrobotne według wykształcenia (stan na 31 grudnia 2004 roku)

Wyszczególnienie	Liczba osób bezrobotnych (w liczbach bezwzględnych)	% z ogółu bezrobotnych
Gimnazjalne i poniżej	113 028	32,0
Zasadnicze zawodowe	115 608	32,8
Średnie ogólnokształcące	24 686	7,0
Policealne i średnie zawodowe	79 783	22,6
Wyższe	19 841	5,6
Ogółem	352 946	100,0

Źródło: Wojewódzki Urząd Pracy, Wydział Statystyki i Analiz.

Najliczniejszą grupę wśród bezrobotnych stanowiły osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym – 115 608 osób (32,8% bezrobotnych) oraz osoby o wykształceniu gimnazjalnym i poniżej – 113 028 osób (32,0% ogółu bezrobotnych).

Osoby bezrobotne według wieku (stan na 31 grudnia 2004 roku)

Wyszczególnienie	Liczba osób bezrobotnych (w liczbach bezwzględnych)	% z ogółu bezrobotnych
do 24 lat	79 947	22,7
25-34 lata	98 216	27,8
35-44 lata	71 789	20,3
45-54 lata	84 824	24,0
55-59 lat	15 070	4,3
60 lat i więcej	3 100	0,9
Ogółem	352 946	100,0

Źródło: Wojewódzki Urząd Pracy, Wydział Statystyki i Analiz.

Od kilku lat w ogólnej liczbie bezrobotnych odnotowuje się stosunkowo wysoki udział osób młodych, tzn. w wieku do 34 lat. Osoby te stanowiły 50,5% ogółu bezrobotnych w województwie, zaś osoby bezrobotne w wieku do 24 lat stanowiły w tym okresie powyżej $\frac{1}{5}$ ogółu zarejestrowanych.

Rynek pracy – podsumowanie

- 1) Głównymi przyczynami systemowymi kryzysu rynku pracy w województwie są:
 - a) zdecydowany spadek dynamiki wzrostu PKB w latach 1999-2002,
 - b) nieudana restrukturyzacja niektórych dziedzin gospodarki,
 - c) pogłębiający się kryzys strukturalny w ochronie zdrowia i oświacie,
 - d) mała efektywność działań zorientowanych na aktywne przeciwdziałanie bezrobociu,
 - e) rosnący dystans w poziomie życia oraz w szansach zdobycia zatrudnienia pomiędzy metropolią warszawską a peryferiami województwa mazowieckiego,



- f) sztucznie zaniżany kurs złotego, co powoduje drenaż miejsc pracy w Polsce, między innymi poprzez niską konkurencyjność polskich wyrobów;
- 2) Nie należy spodziewać się, że oddziaływanie wymienionych przyczyn ustanie w najbliższym okresie, a wręcz przeciwnie, niektóre zjawiska kryzysowe mogą się nasilić. Brak pracy powoduje marazm, biedę, frustrację wielu rodzin. Taki stan rodzi złość i agresję, zaburza poczucie bezpieczeństwa, stabilności i spójności rodzin oraz negatywnie wpływa na postawy wychowawcze rodziców. Brak możliwości znalezienia pracy zmusza do poszukiwania różnorodnych sposobów zdobywania środków w celu zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, niejednokrotnie staje się czynnikiem kryminogennym. Z czynnikiem tym wiąże się również ucieczka do szarej strefy, a także masowe wyjazdy w poszukiwaniu pracy za granicę.
- 3) Charakterystycznym zjawiskiem na rynku pracy jest długotrwałe bezrobocie, które dotyczy w zasadzie wszystkich grup wiekowych. Grupa osób trwale bezrobotnych jest mało mobilna i słabo reaguje na zabiegi reintegracyjne. W konsekwencji przekształca się ona w grupę zagrożoną biedą i wykluczeniem społecznym.
- 4) Z punktu widzenia strategii polityki społecznej władz samorządowych istotne znaczenie ma jasne zdefiniowanie następujących typów przedsięwzięć, zwiększających szanse adaptacyjne osób zagrożonych bezrobociem i wykluczeniem społecznym:
- a) działań adresowanych do osób aktywnie poszukujących pracy oraz dysponujących potencjałem osobowym i zawodowym do radzenia sobie na rynku pracy,
 - b) działań adresowanych do osób zagrożonych wykluczeniem ze względu na sytuację trwałego bezrobocia lub inne czynniki sytuacji życiowej,
 - c) działań adresowanych do osób wykluczonych, żyjących w ubóstwie, wymagających stałej pomocy społecznej;
- 5) W województwie mazowieckim występuje zespół uwarunkowań sytuacji na rynku pracy, który można określić jako syndrom aglomeracji. Obejmuje on następujące elementy:
- a) dużą dynamikę rynku pracy związaną z dużą skalą popytu i podaży siły roboczej,
 - b) występowanie zjawiska szarej strefy, obejmującej wg różnych szacunków od 10 do 20% rynku pracy,
 - c) kształtowanie się znaczącego segmentu rynku, obejmującego absolwentów szkół wyższych i średnich, wymagającego stosowania stałych mechanizmów adaptacji zawodowej,
 - d) występowanie 2-3-krotnie wyższego poziomu bezrobocia w regionach województwa położonych daleko od aglomeracji,
 - e) migracja wysoko wykwalifikowanych kadr w poszukiwaniu lepszej pracy za granicą.



1.8. Ochrona zdrowia

Podstawowa opieka zdrowotna

Rozmieszczenie placówek podstawowej opieki zdrowotnej w województwie mazowieckim jest równomierne i zabezpiecza dostępność w sposób wystarczający. We wszystkich powiatach zachowane jest zabezpieczenie w placówkę podstawowej opieki zdrowotnej na poziomie gminy. W województwie mazowieckim zakontraktowało usługi 955 placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej⁹.

Nocna pomoc lekarska¹⁰

Od początku roku 2005, nocna i świąteczna pomoc lekarska i pielęgniarska, ambulatoryjna i wyjazdowa jest świadczona w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalach i tworzą odrębny zakres świadczeń opieki zdrowotnej. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w przypadku nagłego pogorszenia zdrowia korzystają z tej pomocy bezpłatnie i bez skierowań w przychodni lub gabinecie wskazanym przez lekarza pierwszego kontaktu, do którego są zapisani. Nocna opieka ambulatoryjna świadczona jest codziennie od godz. 18-tej, kiedy kończą pracę przychodnie i trwa do godziny 8-ej rano.

Na terenie województwa porad udziela 909 placówek Nocnej Pomocy Ambulatoryjnej. Zgodnie z normami MZ na terenie województwa mazowieckiego w gotowości do pracy powinno pozostawać 253 lekarzy. Utworzona została nocna wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska. Numery, pod które należy telefonować w sprawie przyjazdu lekarza czy pielęgniarki, można otrzymać u lekarza pierwszego kontaktu w rejestracji przychodni.

Stomatologia

W województwie mazowieckim większość świadczeniodawców to indywidualne/zespołowe praktyki lekarskie. Rozmieszczenie geograficzne i liczba świadczeniodawców na poziomie powiatów wskazuje, że jest ich wystarczająco dużo lub nawet powyżej minimalnych potrzeb. Problemy występują z zabezpieczeniem dostępu do stomatologa w godzinach wieczornych i nocnych oraz w dni wolne od pracy. Dyżury stomatologiczne nocne są zabezpieczone w miastach powiatowych. W 2003 roku¹¹ udzielono 3 318,4 tys. porad stomatologicznych.

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna zapewniana jest przez:

- 319 poradni w publicznych zakładach opieki zdrowotnej,
- 1 117 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- 35 indywidualnych świadczeniodawców mających kontrakty z NFZ na usługi medyczne.

⁹ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego.

¹⁰ Dane Narodowego Funduszu Zdrowia Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego.

¹¹ Rocznik Statystyczny 2004.



Liczba porad specjalistycznych¹² udzielanych mieszkańcom systematycznie rośnie. W 2000 roku wynosiła 8 864,0 tys., w 2002 roku wzrosła do 12 576,2 tys., a w 2003 roku do 12 896,8 tys. porad lekarskich.

Pełne zabezpieczenie świadczeń w 14 podstawowych dziedzinach specjalistycznej, ambulatoryjnej opieki zdrowotnej posiada jedynie 13 powiatów: ciechanowski, kozienicki, miński, otwocki, płoński, radomski, m. Radom, sochaczewski, m.st. Warszawa, wołomiński, m. Ostrołęka, m. Płock, m. Siedlce.

Pełne zabezpieczenie w zakresie poradnictwa specjalistycznego posiada Warszawa w placówkach lecznictwa ambulatoryjnego i przychodniach przyklinikach, a także w niektórych zakresach dawne miasta wojewódzkie: Ostrołęka, Radom, Płock i Ciechanów.

Ambulatoryjna, specjalistyczna opieka zdrowotna powinna zapewniać dostępność we wszystkich powiatach województwa w 14 podstawowych specjalnościach wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W tym celu należy zwiększyć liczbę zakontraktowanych usług z zakresu świadczeń ambulatoryjnych w chirurgii urazowej, alergologii, kardiologii, diabetologii i reumatologii oraz konieczne jest zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji.

Lecznictwo szpitalne¹³

Struktura przyczyn hospitalizacji różni się nieco od struktury przyczyn zgonów. Najczęstszymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia: 46,1 na 100 tys. ludności, w tym przede wszystkim choroba niedokrwienna serca – 171,9 na 100 tys. oraz choroby naczyń mózgowych – 121,8 na 100 tys. W następnej kolejności przyczyną zgonów w województwie są nowotwory – 251,5 na 100 tys. ludności, w tym nowotwory złośliwe – 248,1 na 100 tys.

Najczęściej leczonymi chorobami w szpitalach są także choroby układu krążenia. Wśród mężczyzn urazy i zatrucia, choroby układu oddechowego i trawiennego są częstszą przyczyną hospitalizacji niż nowotwory. Wśród kobiet najczęstsze przyczyny hospitalizacji, po chorobach układu krążenia, to choroby układu moczowo-płciowego, powikłania ciąży, porodu i porodu, choroby układu trawiennego i nowotwory.

Na terenie województwa w 2003 roku funkcjonowały 84 publiczne szpitale ogólne o łącznej liczbie 24 165 łóżek. Liczba ta w porównaniu z rokiem 2002 zwiększyła się o 122, natomiast w porównaniu z rokiem 2000 jest mniejsza o 66 łóżek. Na 10 tys. ludności województwa mazowieckiego przypada 47,1 łóżka szpitalnego. Ulega zmianie liczba łóżek w poszczególnych specjalnościach. Liczba łóżek wewnętrznych w 2003 roku w porównaniu z 2002 rokiem zwiększyła się z 5 141 do 5 225. W ramach tych łóżek najbardziej wzrosła

¹² Rocznik Statystyczny 2004.

¹³ Rocznik Statystyczny 2004.



liczba łóżek kardiologicznych z 1 220 w 2002 roku do 1 396 w 2003 roku. W województwie wzrosła także liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego z 71 do 74 oraz gruźlicy i chorób płuc z 836 do 940. Pozostałe rodzaje łóżek szpitalnych uległy zmniejszeniu. Wzrasta liczba hospitalizacji z 743,3 tys. w 2000 roku do 867,9 tys. w 2003 roku, przy jednoczesnym skracaniu się czasu pobytu pacjenta z 9,0 dni średnio w województwie w 2000 roku do 7,8 dni w 2003 roku. Niestety stały wzrost ilości zakontraktowanych świadczeń w ambulatoryjnej specjalistyce nie powoduje zmniejszenia się hospitalizacji.

Lecznictwo odwykowe uzależnienia od alkoholu i innych uzależnień¹⁴

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji lecznictwa odwykowego, placówka ambulatoryjna powinna być tworzona w miastach powyżej 25 tys. mieszkańców, a ponadto dla mieszkańców terenu, na którym czas dojazdu do poradni środkiem lokomocji przekracza 1 godzinę. Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Pruszkowie realizując swoje zadania statutowe gromadzi dane na temat lecznictwa odwykowego w województwie mazowieckim.

Na liście adresowej placówek odwykowych województwa w 2002 roku znalazły się:

- 52 ambulatoryjne placówki leczenia uzależnienia od alkoholu (w tym 2 placówki przyjmujące pacjentów należących do Branżowej Kasy Chorych),
- 6 całodobowych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu (w tym jeden dla osób uzależnionych należących tylko do BKCh), posiadających łącznie ok. 190 łóżek,
- 5 dziennych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu, pod koniec roku 2002 uruchomiony został dzienny oddział terapii uzależnienia w Płońsku, mających łącznie ok. 65 miejsc,
- 8 oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (w tym jeden dla osób uzależnionych, należących tylko do Branżowej Kasy Chorych), łącznie 166 miejsc, w tym dla osób uzależnionych od alkoholu – ok. 150.

Na rzecz mieszkańców Mazowsza pracowały ponadto w ramach kontraktów: przychodnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w Działdowie (województwo warmińsko-mazurskie) oraz całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu i oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w Łukowie (województwo lubelskie).

Obecnie 3 powiaty nie mają placówki leczenia uzależnienia od alkoholu: białobrzeski, łosicki i żuromiński. Samorząd Wojewódzki w ramach dotacji dla zakładów opieki zdrowotnej udziela systematycznie pomocy na działania służące poprawie dostępności do świadczeń dla uzależnionych. Oceniając dostępność pacjentów do odwykowego leczenia stacjonarnego, jedynie Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZY) w pełni

¹⁴ Wojewódzki Plan Zdrowotny na 2005 rok.



zaspokajały potrzeby pacjentów. Średnie wykorzystanie łóżek w funkcjonujących oddziałach wynosiło ok. 70%. Rośnie kolejka osób oczekujących na przyjęcie do całodobowych oddziałów, w 2002 roku czas oczekiwania na przyjęcie wynosił od 1 do 2 miesięcy. Czas oczekiwania osób sądowo zobowiązanych do leczenia wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy.

Opieka długoterminowa¹⁵

Na terenie województwa funkcjonuje 56 zakładów opieki długoterminowej, które dysponują łączną liczbą 3 129 łóżek opieki długoterminowej, w tym:

- 29 zakłady opiekuńczo-lecznicze o łącznej liczbie łóżek – 2 126.
- 21 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych o łącznej liczbie łóżek – 866.
- 6 hospicjów (opieka paliatywna) o łącznej liczbie łóżek – 137.

We wszystkich zakładach opieki długoterminowej w 2003 roku hospitalizowano 7 145 osób. Pobyt w zakładach opieki długoterminowej jest pobytem od kilku miesięcy do 2-3 lat.

Liczba łóżek opieki długoterminowej jest niewystarczająca. Konieczny jest dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej i tworzenie nowych miejsc dla oczekujących pacjentów, szczególnie w świetle prognoz demograficznych na najbliższe lata. Również rozmieszczenie placówek jest nierównomierne. W związku ze zgłaszanymi potrzebami należy zwiększyć liczbę łóżek opieki długoterminowej w regionie Płocka i Siedlec.

Pomoc doraźna

Dla sprawnego funkcjonowania pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego) opracowane zostały rejony operacyjne dla zespołów wyjazdowych i ich miejsc wyczekiwania w całym województwie. Przyjęto zasadę, że czas dojazdu od momentu powiadomienia przez wzywającego do przypadku zagrożenia zdrowia lub życia nie może być dłuższy niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 12-15 minut poza aglomeracją w co najmniej 80% przypadków.

W latach 1999-2002 wzrosła ilość zespołów „R” (reanimacyjne) i „RW” (wypadkowe) kosztem zespołów „O” (ogólnych). Ilość miejsc wyczekiwania zespołów wyjazdowych wzrosła z 55 w 1999 roku do 86 w 2002 roku.

Miejsca oczekiwania są rozmieszczone w sposób równomierny i organizacja pomocy doraźnej w województwie zabezpiecza potrzeby mieszkańców.

Medycyna szkolna i sportowa¹⁶

Zakres medycyny szkolnej jest realizowany przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej. Obejmuje on głównie badania profilaktyczne i szczepienia ochronne oraz zadania realizowane przez pielęgniarki wyspecjalizowane w opiece w środowisku wychowania i nauczania.

¹⁵ Rocznik Statystyczny 2004.

¹⁶ Rocznik Statystyczny 2004.



Medycyna szkolna świadcząca usługi konsultacyjne dla podstawowej opieki zdrowotnej istnieje jedynie w formie szczątkowej. Organizowanie i funkcjonowanie opieki zdrowotnej nad uczniami w poszczególnych powiatach wykazuje duże zróżnicowanie. Opiekę sprawują publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży powinny być przedmiotem szczególnej troski zarówno organizatorów ochrony zdrowia jak i płatnika usług medycznych w województwie.

Medycyna sportowa obejmuje zakres świadczeń profilaktycznych dotyczących badań okresowych i kontrolnych dla osób uprawiających sport amatorski i wyczynowy.

Badania te są bardzo ważne u dzieci i młodzieży rozpoczynających uprawianie sportu głównie w celu określenia warunków psychofizycznych kwalifikujących do poszczególnych dyscyplin sportowych. Od wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym świadczenia z zakresu medycyny sportowej nie były kontraktowane przez kasy chorych. Dopiero wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z 7 listopada 2002 roku w sprawie zasad kwalifikacji do poszczególnych rodzajów dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich i ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski umożliwiło rozpoczęcie organizowanie tego typu opieki. Konieczne jest zabezpieczenie finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie medycyny sportowej, które z uwagi na duże problemy zdrowotne dzieci i młodzieży oraz profilaktyczną rolę uprawiania sportu amatorskiego przez tę grupę wiekową musi być dostępne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Kadra medyczna w województwie mazowieckim¹⁷

Stan kadry medycznej w województwie mazowieckim przedstawia się następująco:

- Liczba lekarzy różnych specjalności w 2003 roku ogółem wynosiła 14 079 (na 10 tys. mieszkańców przypadało 27,4 lekarzy) i stopniowo liczba lekarzy wzrasta od 13 666 w 2000 roku, 13 689 w 2002 roku.
- Liczba lekarzy stomatologów wynosiła w 2003 roku 2 065 (wskaźnik 4,0) i stopniowo wzrasta od 1 712 lekarzy stomatologów w 2000 roku i 1 743 w 2002 roku.
- Liczba pielęgniarek wynosiła w 2003 roku 24 906 (wskaźnik 48,5), i w porównaniu z rokiem 2000 liczba pielęgniarek zwiększyła się – 24 819, natomiast zmniejszyła się w porównaniu do 2002 roku kiedy wynosiła 24 989.
- Liczba położnych w 2003 roku wynosiła 2 603 (wskaźnik 5,1) i tak jak liczba pielęgniarek w porównaniu do 2000 roku zwiększyła się – 2 559, a w porównaniu do 2002 roku zmniejszyła się – 2 676.

¹⁷ Rocznik Statystyczny 2004.



W zakresie stomatologii większość świadczeniodawców to indywidualne/zespołowe praktyki lekarskie. W 2003 roku w województwie mazowieckim udzielono 3 318,4 tys. porad stomatologicznych.

Zasoby kadrowe są wystarczające dla zabezpieczenia opieki medycznej mieszkańcom województwa. Zabezpieczenie świadczeń przez wykwalifikowany personel medyczny w poszczególnych zakresach zależy jednak od rozmieszczania zatrudnienia poszczególnych specjalistów. Największe zasoby kadrowe, specjalistyczne rozmieszczone są w dużych aglomeracjach, szczególnie w Warszawie z uwagi na dużą ilość jednostek III poziomu referencji, ośrodki akademickie, instytuty, zakłady opieki zdrowotnej MSWiA i MON.

Mazowiecki Program Zdrowia na lata 2002-2006 przyjęty przez Zarząd Województwa Mazowieckiego zdefiniował cele i priorytety działań samorządu na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców. Celem głównym jest poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.

Zadaniem stojącym przed samorządem województwa jest ograniczenie występowania chorób cywilizacyjnych, społecznych, niepełnosprawności, przedwczesnej umieralności, poprzez profilaktykę i leczenie oraz otoczenie pacjentów ciągłą i skuteczną opieką, a w szczególności:

1. Wczesne zapobieganie chorobom układu krążenia oraz objęcie czynną opieką osób z ryzykiem choroby niedokrwiennej serca, z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, z chorobą wieńcową.
2. Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom cukrzycy.
3. Wczesne wykrywanie i zapobieganie powikłaniom osteoporozy.
4. Zapobieganie, wczesne wykrywanie i leczenie chorób nowotworowych.
5. Zapobieganie urazom, wypadkom i zatruciom oraz ograniczenie ich skutków.
6. Wczesne wykrywanie i zapobieganie rozwojowi chorób przewlekłych: chorobom układu oddechowego i trawiennego, chorobom reumatycznym, chorobom neurologicznym.
7. Promocję i ochronę zdrowia psychicznego oraz rozwijanie systemu wsparcia społecznego.
8. Profilaktykę próchnicy zębów i poprawę stanu zdrowia jamy ustnej.
9. Poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych.
10. Poprawę opieki medycznej nad kobietami w ciąży, matką i dzieckiem.
11. Przywrócenie i utrzymanie opieki profilaktycznej w środowisku nauki i wychowania.
12. Zapobieganie chorobom zakaźnym (WZW typu B, typu C, gruźlica, AIDS).
13. Ograniczenie narkomanii, palenia tytoniu i spożywania alkoholu.
14. Poprawę dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej.



15. Wzmocnienie dostępności do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej.
16. Wprowadzenie kontroli jakości diagnostyki laboratoryjnej.
17. Promowanie aktywnego, zdrowego stylu życia.

Samorząd województwa dąży do uzyskania odczuwalnej społecznie jakości życia mieszkańców rozumianej jako bezpieczeństwo socjalne. Zakładany jest rozwój podstawowej opieki medycznej poprzez wzmocnienie instytucji lekarza rodzinnego, poprawę funkcjonowania ambulatoryjnej opieki medycznej. Powinno to zapewnić odpowiednią jakość świadczeń zdrowotnych, przy zwiększeniu ich dostępności, kompleksowości i ciągłości.

Restrukturyzacja w stacjonarnej opiece zdrowotnej ma doprowadzić do zastąpienia łóżek „ostrych” łózkami opieki długoterminowej, co wynika z procesu starzenia się społeczeństwa. Jednocześnie możliwość zmniejszenia liczby łóżek krótkoterminowych jest wynikiem tworzenia nowych form organizacyjnych udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak: hospitalizacja jednodniowa, hospitalizacja domowa, hotele, itp. W województwie występuje również problem zachwianej struktury płci – pomimo wskaźnika feminizacji wynoszącego na Mazowszu 108 na dużych obszarach – powiaty ostrołęcki, przasnyski, siedlecki i łosicki – liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn nie przekracza 100.

Obecnie głównym problemem jest trudna sytuacja zakładów opieki zdrowotnej województwa mazowieckiego, która świadczy o niedostatecznym finansowaniu usług zdrowotnych. Potrzeby zdrowotne w województwie nie są realizowane w wystarczający sposób, zarówno pod względem finansowym, jak i organizacyjnym.



1.9. Edukacja i wychowanie

W województwie mazowieckim w roku szkolnym 2003/2004 wychowaniem przedszkolnym objętych było 51 135 dzieci w wieku do 6 lat. W zakresie nauczania podstawowego funkcjonowały 1 973 szkoły podstawowe i 929 gimnazjów, do których uczęszczało odpowiednio 362,8 tys. i 207,9 tys. uczniów. Ponadto działały 333 szkoły ponadpodstawowe, do których uczęszczało 82 tys. uczniów i 1 065 szkół ponadgimnazjalnych, do których uczęszczało 140,6 tys. uczniów.

W województwie funkcjonowało 414 liceów ogólnokształcących, do których uczęszczało 111,7 tys. uczniów. W Warszawie działało 175 liceów, co stanowi 42,3% ogólnej liczby liceów w województwie. Uczęszczało do nich 49,4 tys. uczniów, co stanowi 44,2% uczniów liceów ogólnokształcących w województwie.

W ramach szkolnictwa zawodowego na terenie województwa mazowieckiego funkcjonowały 704 szkoły. W liczbie tej działało 164 szkół zasadniczych (11 ponadpodstawowych i 153 ponadgimnazjalnych), do których uczęszczało 17 495 uczniów (odpowiednio 1 465 i 16 030 uczniów) i 540 szkół zawodowych (259 ponadpodstawowych szkół średnich zawodowych oraz 281 szkół ponadgimnazjalnych), do których uczęszczało 71 978 uczniów (odpowiednio 42 943 i 29 035 uczniów).

Do 281 szkół policealnych na terenie województwa, które kształcą w systemie dziennym, wieczorowym lub zaocznym uczęszczało 27 041 słuchaczy.

Kształcenie osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi odbywa się w szkołach ogólnodostępnych (tworzone są oddziały specjalne lub klasy integracyjne) lub funkcjonujących samodzielnie szkołach specjalnych. W szkołach podstawowych uczyło się 10 216 uczniów (w tym w szkołach specjalnych – 4 696 uczniów), w gimnazjach – 8 145 uczniów (w tym w szkołach specjalnych – 4 696 uczniów), w szkołach ponadpodstawowych – 1 214 uczniów (w tym w szkołach specjalnych – 4 696 uczniów), w szkołach ponadgimnazjalnych – 3 399 uczniów (w tym w szkołach specjalnych – 2 455 uczniów), w szkołach policealnych – 42 uczniów (w tym w szkołach specjalnych – 39 uczniów).

W 71 specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych na terenie województwa przebywało 4 961 wychowanków, a w 6 ośrodkach rewalidacyjno-wychowawczych mieszkało 372 wychowanków.

Województwo mazowieckie dysponuje znacznym potencjałem w zakresie szkolnictwa wyższego. W roku akademickim 2003/2004 w województwie funkcjonowało 94 szkoły wyższe. Zaledwie 17% to uczelnie państwowe, w których studiuje 191 244 studentów (51,8% wszystkich studentów w województwie).



We wszystkich szkołach wyższych w roku akademickim 2003/2004 w województwie kształciło się 368 990 studentów.

Ważnym czynnikiem rozwoju regionu jest poziom wykształcenia społeczeństwa. W latach 1988-2002 nastąpiły duże zmiany w poziomie wykształcenia ludności.¹⁸ Pozytywną tendencją jest stały wzrost odsetka osób z wykształceniem ponadpodstawowym (z 51,1% w 1988 roku do 68,4% w 2002 roku).

W kraju odsetek ten zwiększył się z 55% w 1988 roku do prawie 67% w 2002 roku.

Najwyższy przyrost w województwie odnotowano dla osób z wykształceniem średnim i policealnym (o 6,7%) i wyższym (o 4,6%).

Na podstawie danych Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2002 roku wiadomo, że 13,8% populacji posiada wykształcenie wyższe (w tym 4,7% ze stopniem naukowym co najmniej doktora), w kraju odpowiednio 9,9% i 3,4%, policealne – 3,8% (w kraju 3,2%), średnie zawodowe – 20,5% (w kraju 19,7%), średnie ogólnokształcące – 10,2% (w kraju 8,6%), zasadnicze zawodowe – 18,0% (w kraju 23,2%), podstawowe ukończone – 26,9% (w kraju 29,8%).

Województwo mazowieckie wyróżnia się na tle kraju wysokim udziałem osób z wykształceniem wyższym, policealnym i średnim ogólnokształcącym.

¹⁸ Narodowy Spis Powszechny, GUS 2002.



2. Problemy osób niepełnosprawnych w województwie mazowieckim

Spisy powszechne ludności są jedynym badaniem pełnym, którego wyniki pozwalają ustalić liczbę osób niepełnosprawnych oraz umożliwiają charakterystykę tej grupy ludności.

W 2002 roku¹⁹ liczba osób niepełnosprawnych wynosiła 580,7 tys., co stanowi 11,3% ogółu ludności województwa. W kraju było 5 456,7 tys. osób niepełnosprawnych, tj. 14,3% ogółu ludności. Oznacza to, że co dziewiąty mieszkaniec był osobą niepełnosprawną (w kraju co siódmy).

Wśród osób niepełnosprawnych najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (27,4%) oraz osoby z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności (25,6%). Dla porównania w kraju udziały te wynosiły odpowiednio 28,8% i 26,1%.

W populacji osób niepełnosprawnych w miastach największą grupę stanowiły osoby o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (29,7%), natomiast na wsi – osoby o lekkim stopniu niepełnosprawności (26,6%).

Wśród niepełnosprawnych tylko biologicznie było 16,2 tys. osób z całkowicie ograniczoną zdolnością do wykonywania podstawowych czynności, natomiast poważne ograniczenie sprawności deklarowało 119,7 tys. osób.

W zbiorowości osób niepełnosprawnych przeważają kobiety – 52,8%, mężczyźni stanowią 47,2% tej populacji.

Liczba niepełnosprawnych na 1 000 mieszkańców województwa wynosiła 113 osób (w kraju – 143 osoby). Analizując zróżnicowanie terytorialne zauważa się, że większe natężenie zjawiska niepełnosprawności wystąpiło na wsi – 120 osób (118 mężczyźni i 122 kobiety), niższe w miastach – 110 osób (108 mężczyźni i 112 kobiety).

Natężenie zjawiska niepełnosprawności nasila się wraz z wiekiem. Ponad 46% spośród osób niepełnosprawnych stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym (w kraju 60%).

Osoby niepełnosprawne według płci i grup wieku w 2002 roku

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE	OGÓŁEM	w tym w wieku							
		0-15 lat	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 lat i więcej
w odsetkach danej grupy wieku									
OGÓŁEM	11,3	2,2	2,6	2,9	6,1	14,6	24,9	29,4	39,4
mężczyźni	11,1	2,5	3,0	3,4	6,8	15,4	29,2	30,5	39,2
kobiety	11,5	2,0	2,2	2,4	5,4	13,8	21,4	28,6	39,5

Źródło: GUS – Osoby niepełnosprawne 2002 – woj. mazowieckie.

¹⁹ Raport z wyników spisów powszechnych, Urząd Statystyczny w Warszawie.



Województwo mazowieckie należy do województw o najniższym natężeniu zjawiska niepełnosprawności, ponieważ na 1 000 ludności przypada 113 osób niepełnosprawnych. Wydaje się, że występowanie tak korzystnych wskaźników wynika przede wszystkim z mechanizmów typowych dla metropolii warszawskiej. Niższy wskaźnik posiadało jedynie województwo opolskie (100 osób), natomiast najwyższym wskaźnikiem charakteryzowały się województwa: lubelskie (185 osób), małopolskie (182), lubuskie (175) przy średniej krajowej wynoszącej 143 osoby niepełnosprawne.

Ze względu na stopień niepełnosprawności, wiek i stan zdrowia osoby niepełnosprawne mają ograniczone możliwości podejmowania działań zmierzających na rzecz poprawy swojej sytuacji materialnej.

Bardzo ważnym czynnikiem jest główne źródło utrzymania rodzin z osobami niepełnosprawnymi. W województwie mazowieckim w 2002 roku w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi główne źródło utrzymania we wszystkich typach rodzin stanowiły niezarobkowe źródła dochodowe (renty, emerytury, zasiłki i inne). Dotyczy to zarówno rodzin mieszkających na wsi jak i w miastach.

Ponad 80% małżeństw bez dzieci, matek z dziećmi i ojców z dziećmi, w których małżonek, rodzic lub dziecko było osobą niepełnosprawną, zadeklarowało dochody z niezarobkowych źródeł jako główne źródło utrzymania. Około 40% małżeństw z dziećmi za główne źródło dochodu podało dochody z pracy, jednak i w tym typie rodzin z osobą niepełnosprawną dominowały dochody pochodzące z niezarobkowych źródeł – około 55%.

Struktura rodzin z osobami niepełnosprawnymi w gospodarstwach domowych według głównego źródła utrzymania w 2002 roku

Typy rodziny biologicznej	Ogółem	Główne źródło utrzymania					
		praca		niezarobkowe źródło		nieustalone	
	w %						
		miasto	wieś	miasto	wieś	miasto	wieś
<i>Ogółem</i>	100,0	23,1	24,5	72,7	72,6	0,2	0,1
małżeństwa bez dzieci	100,0	11,5	9,8	86,4	88,7	0,2	0,1
małżeństwa z dziećmi	100,0	38,5	40,7	55,5	55,0	0,2	0,1
partnerzy bez dzieci	100,0	21,6	20,4	67,0	68,8	0,9	0,2
partnerzy z dziećmi	100,0	36,3	37,7	48,0	45,8	0,6	0,5
matki z dziećmi	100,0	14,0	8,5	83,0	89,9	0,2	0,0
ojcowie z dziećmi	100,0	12,7	11,0	83,8	87,2	0,5	0,0

Źródło: GUS – Osoby niepełnosprawne 2002 – woj. mazowieckie.



Osoby niepełnosprawne wymagają niekiedy znacznie szerszego wsparcia. Szczególnie dotyczy to osób ze znaczną i trwałą niepełnosprawnością. W pokonywaniu trudności wiążących się z niepełnosprawnością organizmu, wpływających na możliwość i jakość pełnienia ról społecznych, dostępnych innym ludziom w normalnym życiu społecznym, potrzebne jest wsparcie polegające na:

- umożliwieniu zdobycia ról społecznych oraz sprawności funkcjonalnych, niezbędnych do uczestnictwa w życiu społecznym, w zależności od rodzaju i stopnia niepełnosprawności (rehabilitacja, kursy, szkolenia, sprzęt),
- uzyskaniu indywidualnej pomocy dla osób całkowicie lub częściowo niezdolnych do samodzielnej egzystencji, w czynnościach i sytuacjach, które z powodu specyficznych deficytów były niedostępne.

Rozpoznanie potrzeb rehabilitacyjnych i wsparcie osób niepełnosprawnych w ich życiu, jest niejednokrotnie warunkiem progowym nawet minimalnej integracji społecznej.²⁰

Bezrobocie wśród osób niepełnosprawnych

W końcu grudnia 2004 roku²¹ w rejestrach powiatowych urzędów pracy województwa osoby niepełnosprawne stanowiły 1,8% ogółu osób bezrobotnych (6 312 osób, w tym 2 879 kobiet). W odniesieniu do grudnia ubiegłego roku liczba bezrobotnych niepełnosprawnych zwiększyła się o 503 osoby (o 8,7%).

Ponadto poza ewidencją bezrobotnych 3 680 niepełnosprawnych i niepozostających w zatrudnieniu (w tym 1 441 kobiet) zarejestrowanych było jako osoby poszukujące pracy.

Największe udziały bezrobotnych niepełnosprawnych w ogólnej liczbie bezrobotnych, znacznie przekraczające średnią dla województwa (1,8%) wystąpiły w: m. Radomiu – 3,6%, powiecie żyrardowskim – 3,5%, przasnyskim – 3,1% i m. Płocku – 3,0%.

Najmniejszym udziałem wyróżniały się powiaty: białobrzeski i warszawski zachodni – po 0,6%, garwoliński, łosicki, ostrołęcki, węgrowski i żuromiński – po 0,7%, siedlecki – 0,8% oraz mławski i wołomiński – po 0,9%.

Prawo do zasiłku posiadało tylko 11,6% bezrobotnych osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy.

²⁰ Narodowa Strategia Integracji Społecznej dla Polski.

²¹ Wojewódzki Urząd Pracy w Warszawie, Wydział Statystyki i Analiz.



3. Problem uzależnień w województwie mazowieckim

3.1. Narkotyki

Województwo mazowieckie należy do jednego z pięciu o najwyższych wskaźnikach rozpowszechnienia narkomanii. Wysoka dynamika problemu, wyższa niż w skali kraju stanowi poważne wyzwanie. Można oczekiwać, że istniejąca oferta w zakresie profilaktyki i leczenia okaże się w krótkim czasie dalece niewystarczająca.

Problem narkomanii w województwie lokuje się przede wszystkim wśród młodzieży w wieku 16-19 lat, w większym stopniu niż ma to miejsce w innych częściach kraju. Wymaga to rozwijania oferty terapeutycznej i pomocowej dla młodego odbiorcy.

Wyniki badań wśród młodzieży, jak również dane z leczenia sugerują, że jedną z najważniejszych kwestii jest zablokowanie mechanizmu przechodzenia od środków mniej (marihuana) do bardziej niebezpiecznych (narkotyki syntetyczne, heroina) w przypadku tych, którzy nie chcą zrezygnować z okazjonalnego używania tych pierwszych. Służyć temu może klarowny przekaz edukacyjny o tym, że narkotyki są zróżnicowane pod względem ryzyka, jakie wiąże się z ich używaniem.

Badana młodzież jest dość dobrze zorientowana w skali zagrożeń wynikających z używania różnych substancji psychoaktywnych. Powoli przestaje być aktualny stereotyp, wedle którego nawet pojedyncze próby z substancjami nielegalnymi są bardziej groźne niż regularne używanie w znacznych ilościach substancji legalnych takich jako alkohol lub tytoń. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na nawrót mody palenia papierosów wśród młodocianych.

3.2. Alkohol

W porównaniu do całego kraju na Mazowszu odnotować trzeba trochę wyższe średnie spożycie napojów alkoholowych. Nieznacznie wyższa jest też grupa nadużywających alkoholu, odsetki abstynentów zaś są trochę niższe.

Problem alkoholowy znajduje się wśród problemów społecznych uznawanych za najważniejsze. W stosunku do całego kraju problemy alkoholowe na Mazowszu mają trochę niższą widoczność.

Takie przejawy patologii związanej z alkoholem jak przemoc w rodzinie, zaniedbywanie rodziny, picie przez niepełnoletnich, sprzedaż niepełnoletnim napojów alkoholowych i nielegalny rynek alkoholu są dostrzegane przez badanych. Jednak gotowość badanych do podjęcia interwencji w takich sytuacjach jest znacznie niższa.

Trzeba odnotować znaczne rozpowszechnienie picia w warunkach szczególnego ryzyka, zwłaszcza wśród młodocianych. Co jedenasty zatrudniony pił chociaż raz w przeciągu ostatnich 12 miesięcy w czasie i miejscu pracy. Spośród osób, które prowadziły w tym



okresie samochód lub inny pojazd mechaniczny, co trzynasty chociaż raz zasiadł za kierownicą znajdując się pod wpływem alkoholu. Dzieje się tak, pomimo że prowadzenie w stanie nietrzeźwym pojazdu traktowane jest jak przestępstwo. Trzeba dodać, że zjawisko nietrzeźwości za kierownicą jest na Mazowszu niemal dwukrotnie bardziej rozpowszechnione niż średnio w kraju.

Osoby nietrzeźwe są poważnym źródłem zagrożenia bezpieczeństwa publicznego i w życiu prywatnym. Co piąty badany padał ofiarą agresji słownej ze strony nietrzeźwych, a co piętnasty – agresji fizycznej.

Picie alkoholu przez młodzież zostało wskazane jako trzeci najważniejszy problem społeczny (widziany z perspektywy społeczności lokalnej) zaś szeroko rozumiany alkoholizm znalazł się na czwartej pozycji.

Osób niepełnoletnich niemal nie spotyka się w lecznictwie, co może wynikać z faktu braku odpowiednich placówek. Kwestia rozpowszechnienia picia problemowego i uzależnienia od alkoholu wśród młodzieży powinna stać się przedmiotem odrębnych, pogłębionych badań. Zidentyfikowanie skali potrzeb w tym zakresie wydaje się kwestią priorytetową.

Zróznicowania wewnątrz wojewódzkie są znaczne i wyznaczają obszary, gdzie potrzebne jest zintensyfikowanie działań profilaktycznych. Istotnym czynnikiem tego zróżnicowania wydaje się być poziom urbanizacji. Największą uwagę należy zwrócić tu na takie miasta, jak Radom, Siedlce, Płock i Ostrołęka. Warszawa na tle województwa to obszar zwiększonego zagrożenia, szczególnie dotyczy to dzielnic – Praga Południe i Żoliborz.

Przeciwdziałanie uzależnieniom – stan lecznictwa odwykowego

Od początku 1999 roku (wdrażanie reformy ubezpieczeń społecznych) proces modernizacji lecznictwa odwykowego w województwie mazowieckim został poważnie zahamowany. Najważniejsze przyczyny to:

- Brak kontraktów na leczenie uzależnień, zbyt małe ilości zakupionych świadczeń, zbyt niskie ceny, złe proporcje zakontraktowanych świadczeń (między poradami indywidualnymi, a sesjami psychoterapii grupowej, między świadczeniami dla osób uzależnionych, a ich rodzin).
- Stosunkowo najstabilniej wyglądała i wygląda sytuacja całodobowych oddziałów terapii uzależnienia i oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych.
- Mimo podjętych pod koniec 1999 roku prób przygotowania przedstawicieli Kasy Chorych do rozumienia specyfiki lecznictwa odwykowego, sposób kontraktowania usług odwykowych w roku 2000 i 2001 nie odbiegał znacząco od wzoru ubiegłych lat.
- W sytuacji kurczących się środków na lecznictwo odwykowe dyrektorzy ZOZ zaczęli podejmować decyzję o zwalnianiu pracowników placówek odwykowych. Najbardziej



ucierpiała na tym grupa wykwalifikowanych terapeutów uzależnień, a więc osób, które realizują właściwą ofertę leczenia osób uzależnionych. W zwolnieniach osłaniano grupę pracowników medycznych: lekarzy i pielęgniarek. Zresztą wymogiem stawiania do konkursu ofert było zapewnienie w placówce świadczeń lekarza psychiatry. Tym samym część placówek wróciła do poziomu oferty leczenia uzależnień z poziomu lat 70-tych.

Istnieje poważna obawa, że efekty procesu modernizacji lecznictwa odwykowego, realizowanego od początku lat 90-tych dużym wysiłkiem instytucjonalnym i osobistym zaangażowaniem pracowników zostaną zaprzepaszczone, jeśli placówki leczenia uzależnień nie uzyskają szybko realnej pomocy ze strony organów założycielskich (zarządów powiatów, zarządu województwa) oraz samorządów terytorialnych wszystkich szczebli. Chodzi o pomoc finansową oraz wsparcie w kształtowaniu warunków dla zabezpieczenia świadczeń terapeutycznych i medycznych realizowanych przez placówki leczenia uzależnień na poziomie określonym przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku.

Zgodnie z tym rozporządzeniem placówka ambulatoryjna powinna być tworzona w miastach powyżej 25 tys. mieszkańców, a ponadto dla mieszkańców terenu, na którym czas dojazdu do poradni środkiem lokomocji przekracza 1 godzinę. Obecnie aż 4 powiaty nie mają placówki leczenia uzależnienia od alkoholu: białobrzeski, łosicki, wyszkowski, żuromiński, a w ponad połowie powiatów istniejące placówki nie realizują zadań leczniczych z racji ograniczonych kontraktów z NFZ. Liczba łóżek detoksykacji alkoholowej wynosi 235, a liczba łóżek kontraktowanych przez NFZ wynosi 188. Dziennych oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu w województwie jest 6 na 26 miejsc leczniczych. Oddziałów leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych jest 9. Samorząd Wojewódzki w ramach dotacji dla zakładów opieki zdrowotnej udziela systematycznie pomocy na działania służące poprawie dostępności do świadczeń dla uzależnionych.

Czas oczekiwania na przyjęcie do zakładu wynosi od kilku do kilkunastu miesięcy, a w przypadku zakładów o profilu psychiatrycznym przekracza 1 rok. Pobyt w zakładach opieki długoterminowej jest pobytem od kilku miesięcy do 2-3 lat. Liczba łóżek opieki długoterminowej jest niewystarczająca. Konieczny jest dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej i tworzenie nowych miejsc dla oczekujących pacjentów, szczególnie w świetle prognoz demograficznych na najbliższe lata. Również rozmieszczenie placówek jest nierównomierne. W związku ze zgłaszanymi potrzebami należy zwiększyć liczbę łóżek opieki długoterminowej w regionie Płocka i Siedlec. Mazowiecki Program Zdrowia na lata 2002-2006 przyjęty przez Zarząd Województwa Mazowieckiego zdefiniował cele i priorytety działań samorządu na rzecz poprawy stanu zdrowia mieszkańców. Celem głównym jest poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.



4. Pomoc społeczna i jej zasoby w województwie mazowieckim

4.1. Informacje ogólne

System zabezpieczenia społecznego po roku 1989 był przedmiotem wielu reform. Zasięg przeprowadzanych zmian różni się w poszczególnych segmentach zabezpieczenia społecznego, tj. pomocy społecznej, ubezpieczeń społecznych i ochrony zdrowia.

Ustawa o pomocy społecznej nałożyła na gminę odpowiedzialność za rozwiązywanie wielu problemów społecznych pojawiających się na jej terenie. Dzieląc zadania pomocy społecznej na zadania własne gminy i zadanie zlecone finansowane z budżetu państwa oraz organizując równoległe sieć regionalnych ośrodków polityki społecznej, stworzono silne, instytucjonalne podstawy współpracy administracji państwowej i samorządowej. Polityce społecznej przypisano funkcję przeciwdziałania społecznie negatywnym skutkom reform gospodarczych. Rolę tę miały odgrywać ośrodki pomocy społecznej.

Po 1993 roku pomoc społeczną coraz wyraźniej traktowano nie jako uzupełniający wobec ubezpieczenia społecznego element systemu zabezpieczenia społecznego, ale jako podstawową instytucję przeciwdziałania ubóstwu. Podnoszono też kwestę rozdzielania programów redystrybucyjnych, przy czym funkcję redystrybucyjną przypisywano przede wszystkim programom selektywnym pomocy społecznej. Taka polityka sprzyjała równocześnie propozycji przekształcania powszechnych programów ubezpieczeniowych w instytucje rynkowe, o znacznie zmniejszonych funkcjach rynkowych. W latach 1993-96 zmienił się zakres zadań pomocy społecznej, a także kryteria uprawniające do otrzymania świadczeń, nie ingerowano natomiast w organizację całego systemu. Istotne zmiany nastąpiły z reformą administracyjną kraju.²²

Wprowadzona od 1 stycznia 1999 roku reforma administracyjna kraju wywarła istotny wpływ na wszystkie dziedziny życia społecznego, objęte szeroko rozumianą polityką społeczną. Decentralizacja zarządzania i związane z nią przekazanie zadań, wykonywanych dotychczas przez administrację rządową, samorządom województw i powiatów, zdecydowały o kompetencjach i charakterze pracy, poszczególnych służb, w tym działających w obszarze pomocy społecznej.

Procesowi transformacji ustrojowej towarzyszą także zjawiska negatywne, szczególnie odczuwalny gwałtowny wzrost bezrobocia, które zdecydowanie obniża poziom życia ludności. Ubóstwo wielu rodzin stało się faktem, wzrasta liczba bezdomnych, nasiliły się zjawiska patologii społecznych, takie jak alkoholizm, narkomania, przemoc itp.

²² M. Rymśa - Urynkowanie państwa czy uspołecznienie rynku?, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytet Warszawski, Warszawa 1998, s. 90-91.



Formalno-prawny kształt świadczenia pomocy i usług z zakresu pomocy społecznej na każdym szczeblu samorządu terytorialnego określa ustawa o pomocy społecznej.

Pomoc społeczna jest instytucją wspierania osób ubogich i zagrożonych ubóstwem oraz wykluczeniem społecznym. Ustawa o pomocy społecznej wskazuje na okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy udzielaniu świadczeń. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

- ✓ ubóstwa;
- ✓ sieroctwa;
- ✓ bezdomności;
- ✓ bezrobocia;
- ✓ niepełnosprawności;
- ✓ długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- ✓ przemocy w rodzinie;
- ✓ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- ✓ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- ✓ braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- ✓ trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy;
- ✓ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- ✓ alkoholizmu lub narkomanii;
- ✓ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- ✓ klęski żywiołowej lub ekologicznej.

4.2. Struktura organizacyjna pomocy społecznej

Zadania pomocy społecznej w województwie mazowieckim realizowane są przez jednostki wszystkich szczebli samorządu terytorialnego, a także administrację rządową.

Zadania te realizują:

- na poziomie gminy – **331** ośrodków pomocy społecznej;
- na poziomie powiatu – **42** centra pomocy rodzinie;
- na poziomie województwa:
 - administracja samorządowa – Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej;
 - administracja rządowa – Wydział Polityki Społecznej Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.



4.3. Instytucje pomocy społecznej

Zadaniem pomocy społecznej jest, między innymi, tworzenie warunków organizacyjnych funkcjonowania pomocy społecznej, w tym infrastruktury socjalnej.

W systemie pomocy społecznej powinny funkcjonować instytucje i placówki, umożliwiające pełną realizację zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej.

W województwie mazowieckim prowadzą działalność instytucje pomocy społecznej o zasięgu lokalnym finansowane z budżetu gmin oraz instytucje pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym finansowane z budżetu powiatów na pomoc społeczną.

Na terenie województwa mazowieckiego na koniec grudnia 2004 roku²³ prowadziły działalność następujące instytucje pomocy społecznej o zasięgu lokalnym:

- 1) **3** domy pomocy społecznej na 31 miejsc;
- 2) **102** ośrodki wsparcia na 4 029 miejsc, w tym:
 - **28** środowiskowych domów samopomocy na 815 miejsc,
 - **20** dziennych domów pomocy na 1 020 miejsc,
 - **8** noclegowni na 218 miejsc,
 - **7** jadłodajni na 618 miejsc,
 - **2** kluby samopomocy na 55 miejsc,
 - **37** innych ośrodków wsparcia na 1 303 miejsca;
- 3) **3** mieszkania chronione na 10 miejsc, w tym:
 - **3** mieszkania dla osób opuszczających schroniska, zakłady poprawcze na 10 miejsc;
- 4) **1** ośrodek interwencji kryzysowej (405 osób korzystających);
- 5) **5** dziennych placówek opiekuńczo- wychowawczych na 195 miejsc;
- 6) **3** jednostek specjalistycznego poradnictwa (2 220 osób korzystających), w tym:
 - **3** dla rodzin naturalnych (1 215 osób korzystających),
 - **3** dla rodzin zastępczych i adopcyjnych (55 osób korzystających),
 - **3** terapii rodzinnej (960 osób korzystających).

Z kolei na terenie województwa mazowieckiego na koniec grudnia 2004 roku funkcjonowały następujące instytucje pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym:

- 1) **92** domy pomocy społecznej na 9 711 miejsc;
- 2) **17** ośrodków wsparcia na 715 miejsc, w tym:
 - **16** środowiskowych domów samopomocy na 459 miejsc,
 - **1** inny ośrodek wsparcia na 256 miejsc;
- 3) **22** mieszkania chronione na 59 miejsc, w tym:
 - **19** mieszkań dla osób opuszczających schroniska, zakłady poprawcze na 52 miejsca,

²³ Sprawozdanie MPiPS-03 I-VI/I-XII 2004.



- **3** mieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi na 7 miejsc;
- 4) **10** ośrodków interwencji kryzysowej (9 834 osoby korzystające);
- 5) **11** ośrodków adopcyjno- opiekuńczych (3 566 osób korzystających), w tym:
 - **9** prowadzących pracę z rodziną naturalną (722 osoby korzystające),
 - **8** prowadzących pracę z rodziną zastępczą (1 799 osób korzystających),
 - **8** prowadzących pracę z rodziną adopcyjną (1 045 osób korzystających);
- 6) **226** placówek opiekuńczo- wychowawczych na 10 066 miejsc, w tym:
 - **156** placówek wsparcia dziennego na 7 273 miejsca,
 - **10** placówek interwencyjnych na 386 miejsc,
 - **21** placówek rodzinnych na 226 miejsc,
 - **39** placówek socjalizacyjnych na 2 181 miejsc;
- 7) **7** jednostek specjalistycznego poradnictwa (2 822 osoby korzystające), w tym:
 - **5** dla rodzin naturalnych (753 osoby korzystające),
 - **4** dla rodzin zastępczych i adopcyjnych (192 osoby korzystające),
 - **8** terapii rodzinnej (1 137 osób korzystających).

4.4. Kadra pomocy społecznej

W jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej w województwie mazowieckim wg stanu na koniec grudnia 2004 roku zatrudnionych było **12 783 osoby**, w tym:

- na poziomie gminy: w gminnych, miejsko-gminnych i miejskich ośrodkach pomocy społecznej zatrudnionych było 4 753 osoby, w tym 1830 pracowników socjalnych, z tego 1 312 pracowników pracujących w rejonach opiekuńczych;
- na poziomie powiatu: w powiatowych centrach pomocy rodzinie zatrudnionych było 421 osób, w tym 44 pracowników socjalnych i 24 starszych pracowników socjalnych;
- na poziomie województwa:
 - w Mazowieckim Centrum Polityki Społecznej zatrudnionych było 24 osoby;
 - w Wydziale Polityki Społecznej zatrudnionych było 50 osób;
- w pozostałych jednostkach pomocy społecznej zatrudnionych było 7 535 osób, w tym w:

- domach pomocy społecznej	5 393 osoby
- placówkach specjalistycznego poradnictwa	35 osób
- placówkach opiekuńczo- wychowawczych	1 600 osób
- ośrodkach adopcyjno- opiekuńczych	63 osoby
- mieszkaniach chronionych	45 osób
- ośrodkach wsparcia	399 osób



4.5. Problemy społeczne w ujęciu pomocy społecznej

Głównym celem pomocy społecznej jest zaspokajanie niezbędnych, podstawowych potrzeb życiowych osób i rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka.

Obowiązkiem klienta przy udzielaniu pomocy jest jego współdziałanie w rozwiązywaniu swojej trudnej sytuacji życiowej. Zmusza to osoby wymagające wsparcia do zmiany postawy, na ogół biernej i roszczeniowej, na postawę aktywną w rozwiązywaniu własnych problemów.

Krąg osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej jest bardzo szeroki i wynika najczęściej z dysfunkcji polityk szczegółowych, takich jak: polityki zatrudnienia, płac, mieszkaniowej, zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych.

Liczba rodzin i osób objętych pomocą społeczną

Wyszczególnienie	Liczba osób, którym przyznano decyzją świadczenie	Liczba rodzin		Liczba osób w rodzinach
		Ogółem	w tym: na wsi	
1	2	3	4	5
Świadczenia przyznane w ramach zadań zleconych i zadań własnych (bez względu na ich rodzaj, formę, liczbę oraz źródło finansowania)	279 170	194 563	81 395	612 418
Świadczenia przyznane w ramach zadań zleconych bez względu na ich rodzaj, formę i liczbę	37 617	36 808	13 834	99 088
Świadczenia przyznane w ramach zadań własnych bez względu na ich rodzaj, formę i liczbę	264 920	180 736	73 908	582 317
Pomoc udzielana w postaci pracy socjalnej – ogółem	x	155 097	42 436	417 263
w tym: wyłącznie w postaci pracy socjalnej	x	47 574	14 208	126 206

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03 I-VI/I-XII 2004.

W województwie mazowieckim, zgodnie z danymi z ośrodków pomocy społecznej świadczeniami z pomocy społecznej w 2004 roku bez względu na rodzaj, formę oraz źródło finansowania objęto 194 563 rodziny, w tych rodzinach 612 418 osób.

W porównaniu z 2003 rokiem, kiedy pomocą objęto ponad 226 108 rodzin, a w nich 715 021 osób, liczba świadczeniobiorców pomocy społecznej w województwie spadła o 14%. Przyczyn tej zmiany należy upatrywać przede wszystkim w niewystarczającym zabezpieczeniu środków finansowych na realizację zadań pomocy społecznej, nie zaś w zmniejszeniu się zapotrzebowania na świadczenia socjalne.

Wśród rodzin korzystających z pomocy społecznej wzrasta liczba rodzin, których jedynym źródłem utrzymania są świadczenia z pomocy społecznej. W 2004 roku, według informacji nadesłanych z gmin rodzin takich było 34 503, co stanowiło 17,7% ogółu rodzin korzystających z pomocy. Niepokojący jest również fakt, że 20 611 rodzin, tj. 10,6% ogółu korzystających ze świadczeń, to nowi klienci pomocy społecznej.



Na środowiskową pomoc społeczną w 2004 roku wydatkowano 259 899 711 zł, w tym:

- 87 731 727 zł na zadania zlecone
- 172 167 984 zł na zadania własne.

Dla porównania w 2003 roku wydatkowano 367 401 485 zł, w tym:

- 205 582 850 zł na zadania zlecone
- 161 818 635 zł na zadania własne.

Z przedstawionych powyższych informacji wynika, że w województwie mazowieckim nastąpił spadek środków na zadania zlecone w ramach środowiskowej pomocy społecznej o 57,3%, a na zadania własne nastąpił wzrost o 6,0% środków.

Wśród zadań zleconych największe środki wydatkowano na zasiłki stałe na łączną kwotę 64 490 462 zł, tj. 73,5% budżetu, które wypłacono dla 20 278 osób uprawnionych do tej formy pomocy społecznej. Następnie na macierzyńskie zasiłki okresowe na łączną kwotę 5 616 970 zł, tj. 6,4% budżetu, które wypłacono dla 5 967 osób uprawnionych do tej formy pomocy.

Wśród zadań własnych największe środki wydatkowano na zasiłki celowe i w naturze na kwotę 75 635 258 zł, tj. 43,9% budżetu, które wypłacono dla 123 742 osób. W dalszej kolejności najwięcej środków w zakresie zadań własnych przeznaczono na opłacenie posiłków. Pomocą w postaci posiłków objęto 119 291 osób, na którą wydatkowano łącznie 36 668 321 zł, tj. 21,3% budżetu, w tym pomocą tą objęto 108 985 dzieci na łączną kwotę 28 174 000 zł, tj. 16,4% budżetu. Pomocy w formie usług opiekuńczych udzielono 12 874 osobom, na pomoc tę wydatkowano 36 080 530 zł, tj. 20,9% budżetu.

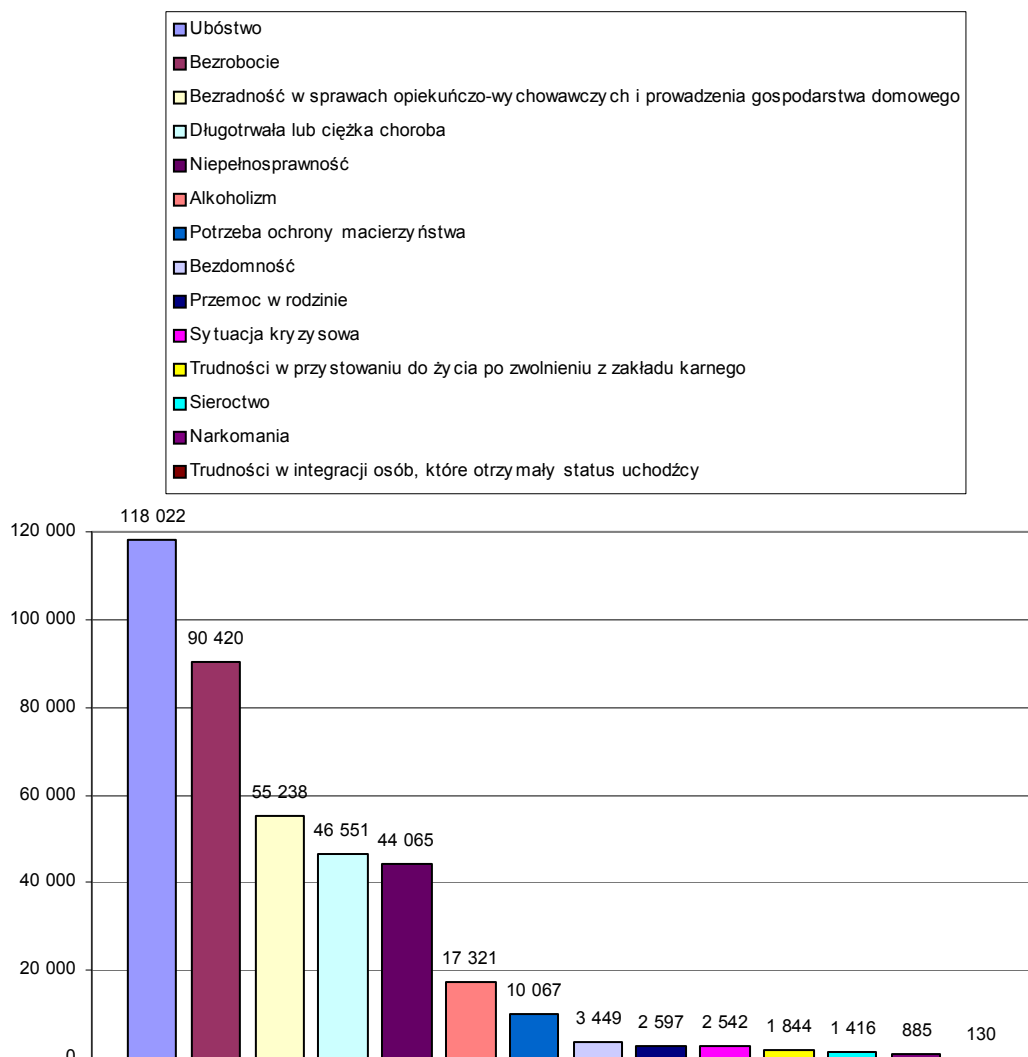
W województwie mazowieckim z pomocy w formie usług opiekuńczych skorzystało 12 874 osób (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców – 25,1 osób), natomiast ze specjalistycznych usług opiekuńczych skorzystało 881 osób (wskaźnik na 10 tys. mieszkańców – 1,7 osób).

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (art. 3) „Zadaniem pomocy społecznej jest podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem”. Pracownikom socjalnym bardzo trudno jest ocenić, czy ich działania i praca socjalna doprowadziły do trwałego i skutecznego usamodzielnienia. Szacunkowo w 2004 roku w wyniku pracy socjalnej usamodzielniono 5 910 rodzin spośród dotychczas korzystających z pomocy. Stanowi to zaledwie 3,0% ogółu rodzin korzystających w tym okresie z pomocy społecznej, a 12,4% rodzin objętych wyłącznie pracą socjalną.

Od 2000 roku Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej obserwuje dynamikę powodów przyznawania pomocy społecznej w województwie. Dzięki posiadanym danym można monitorować tendencje wzrostowe lub spadkowe w liczbie udzielanych świadczeń.



Powody przyznawania pomocy w województwie mazowieckim



Źródło: Sprawozdanie MPIPS-03 I-VI/I-XII 2004.

Liczba rodzin korzystających z pomocy społecznej według powodów wymienionych w ustawie o pomocy społecznej przedstawia się następująco:

- z powodu **ubóstwa** – 118 022 rodziny, tj. 60,7% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **sieroctwa** – 1 416 rodzin, tj. 0,7% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **bezdomności** – 3 449 rodzin, tj. 1,8% rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **potrzeby ochrony macierzyństwa** – 10 067 rodzin, tj. 5,2% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **bezrobocia** – 90 420 rodzin, tj. 46,5% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,



- z powodu **niepełnosprawności** – 44 065 rodzin, tj. 22,6% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **długotrwałej lub ciężkiej choroby** – 46 551 rodzin, tj. 23,9% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych** – 55 238 rodzin, tj. 28,4% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **przemocy w rodzinie** – 2 597 rodzin, tj. 1,3% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **alkoholizmu** – 17 321 rodzin, tj. 8,9% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **narkomanii** – 885 rodzin, tj. 0,5% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego** – 1 844 rodzin, tj. 0,9% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze** – 467 rodzin, tj. 0,2% rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy** – 130 rodzin, tj. 0,1% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **zdarzenia losowego** – 720 rodzin, tj. 0,4% rodzin korzystających z pomocy społecznej,
- z powodu **sytuacji kryzysowej** – 2 542 rodzin, tj. 1,3% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej.

Reagowanie na wymienione wyżej powody musi uwzględniać odpowiednio grupy społeczne i specyficzne dla ich potrzeby. Na szczególną uwagę zasługują osoby i rodziny ubogie, bezrobotne oraz mające problemy opiekuńczo-wychowawcze. Opis przyczyn i możliwości korzystania z pomocy społecznej stanowi punkt wyjścia do analizy strategicznej, która przyniesie określenie konkretnych działań programowych wpływających na rozwój pomocy społecznej.

Ubóstwo

Definiując problem ubóstwa należy pamiętać o obowiązującym w Polsce rozróżnieniu minimum egzystencji i minimum socjalnego. Zdaniem badaczy zajmujących się problematyką biedy minimum egzystencji wyznacza dolną granicę ubóstwa, poniżej której zagrożona jest



egzystencja człowieka, a linia minimum socjalnego górną granicę ubóstwa, poniżej której następuje deprivacja potrzeb społecznych człowieka i narasta zagrożenie ubóstwem.²⁴

W 2003 roku ubóstwo było powodem przyznania pomocy dla 99 686 rodzin, a w tych rodzinach 326 400 osób, co stanowiło 44,1% ogółu rodzin korzystających z pomocy.

W 2004 roku z powodu ubóstwa objęto pomocą 118 022 rodziny, a w nich 375 342 osoby tj. 60,7% ogółu rodzin korzystających z pomocy. Z powyższych danych wynika, że po spadku świadczeniobiorców nastąpił ich znaczny wzrost. Należy tutaj dodać, że jednym z warunków otrzymania świadczeń z pomocy społecznej jest spełnianie tak zwanego „kryterium dochodowego” uprawniającego daną osobę lub rodzinę do korzystania z pomocy społecznej. Można domniemywać, że prawie wszystkie osoby korzystające z pomocy społecznej to osoby żyjące poniżej minimum socjalnego. Ponadto z informacji ośrodków pomocy społecznej wynika, że liczba świadczeniobiorców w 2004 roku korzystających powyżej trzech lat z pomocy społecznej do wszystkich świadczeniobiorców wyniosła 51,5%. Skrajne i trwałe ubóstwo grozi jego dziedziczeniu.

Z badań przeprowadzonych przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej²⁵ wynika, iż badani respondenci, za podstawowe działania, jakie należałoby podjąć, aby poprawić sytuację osób ubogich, wskazywali przede wszystkim na:

- walkę z bezrobociem,
- zwiększenie nakładów finansowych na opiekę i pomoc społeczną,
- umożliwienie uzyskania kwalifikacji zawodowych lub zmianę kwalifikacji,
- pomoc najuboższym, najbardziej potrzebującym,
- podniesienie wynagrodzeń oraz emerytur i rent,
- działania programowe,
- pomoc dla młodzieży (większe możliwości kształcenia, oferty spędzania wolnego czasu),
- konkretne zadania (założenie jadłodajni, miejsca noclegowe dla bezdomnych),
- zmiana polityki rolnej, poprawa sytuacji w rolnictwie,
- promowanie gmin i przyciąganie kapitału,
- działania organizacji rządowych i pozarządowych,
- pomoc prawna, psychologiczna, poradnictwo specjalistyczne,
- walka z patologiami społecznymi (rozbudowa lecznictwa odwykowego, uzależnień, profilaktyka uzależnień).

Uwagę zwraca fakt, że główne działania wskazywane przez respondentów skupione są w dwóch obszarach:

²⁴ Stanisława Golinowska – Polska bieda, IPiSS Warszawa 1997 s. 21.

²⁵ Diagnoza Społeczna Mazowsza. MCPS, tom II.



- gospodarczym (bezrobocie, rolnictwo, promocja gmin),
- dochodowym (podniesienie nakładów na pomoc społeczną, wzrost emerytur i rent).

Zaskakujące jest natomiast, że elementy wskazane jako istotne przyczyny ubóstwa (alkoholizm, kwestia rodzinna – rodziny niepełne i wielodzietne), nie są postrzegane jako obszary, w których należałoby podjąć działania. Można przypuszczać, że respondenci kwestię rodzinną czy alkoholizm łączą z elementami gospodarczymi czy ekonomicznymi, a więc ogólną sytuacją biedy w rodzinach, nie zaś jako swoistą kwestię społeczną, w której należałoby podjąć zasadnicze działania.

Bezrobocie

Bezrobocie jest problemem społecznym, który oprócz wymiaru ekonomicznego ma duże znaczenie społeczne i psychologiczne. Brak możliwości znalezienia zatrudnienia powoduje powstawanie negatywnych skutków, jakimi są między innymi: dezaktualizacja zdobytej wiedzy i doświadczeń zawodowych, spadek poczucia własnej wartości, zaburzenia pełnienia ważnych ról społecznych. W miarę przedłużania się okresu pozostawania bez pracy problemy te nasilają się i rodzą takie kwestie jak: ubóstwo, izolację, frustrację, wycofywanie się z życia społecznego oraz pogorszenie ogólnego stanu zdrowia.

Bezrobocie jest przyczyną zjawisk patologii społecznej, wzrostu poczucia zagrożenia bezpieczeństwa socjalnego. Ma wpływ na poziom i jakość życia osób i rodzin. Szczególnie utrata prawa do zasiłku dla bezrobotnych powoduje, że osoby bezrobotne najczęściej szukają wsparcia w instytucjach pomocy społecznej.

Z powodu bezrobocia pomocą społeczną w 2003 roku objęto 95 020 rodzin, a w tych rodzinach 317 299 osób, co stanowiło 42,0% rodzin korzystających z pomocy.

W 2004 roku świadczeniami pomocy społecznej objęto 90 420 rodzin dotkniętych bezrobociem, a w nich 311 006 osób, co stanowiło 46,5% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej.

Pozostawanie bez pracy, szczególnie bezrobocie długotrwałe, jest bardzo ważnym czynnikiem wykluczenia społecznego. Choć zła sytuacja finansowa nie jest równoznaczna z wykluczeniem społecznym, to jednak osoby pozostające w ubóstwie tracą możliwość uczestnictwa w życiu zawodowym, społecznym, a nawet rodzinnym. Z tej sytuacji trudno jest wyjść o własnych siłach.

W 2004 roku Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej wspólnie ze Stowarzyszeniem Biuro Ruchu Inicjatyw Społecznych przystąpiło do tworzenia Klubów Integracji Społecznej i Samopomocy KISS na Mazowszu.

Celem programu jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz marginalizacji osób nieradzących sobie samodzielnie oraz wykreowanie postaw aktywnych życiowo u tych



osób. W 2004 roku w przedsięwzięciu wzięło udział 10 instytucji: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Legionowie, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zabrodziu, Dzielnicowy Ośrodek Pomocy Społecznej w dzielnicy Warszawa Bielany, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brochowie, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Dębem Wielkim, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Pułtusk, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zakrzewie, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Ostrowi Mazowieckiej, Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żurominie, Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Starych Babicach.

Celem Klubu Integracji Społecznej i Samopomocy jest:

- przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu – pomoc w wychodzeniu z izolacji i osamotnienia, wsparcie osób z różnorodnymi problemami;
- minimalizowanie skutków bezrobocia oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia;
- promowanie aktywności i przedsiębiorczości społecznej;
- wzmocnienie poczucia wiary i akceptacji w sobie.

Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych

Rodzina jest bardzo ważną instytucją, która ma do spełnienia wiele istotnych funkcji. Niestety, nie każda rodzina spełnia pokład w niej nadzieje. Istnieją także rodziny niezdolne do samodzielnego funkcjonowania i stworzenia dzieciom warunków bytowych i opiekuńczo-wychowawczych. Poważne problemy wiążą się z sytuacją dzieci w rodzinach dysfunkcyjnych, czyli takich, które nie zaspokajają w wystarczającym zakresie potrzeb materialnych, psychicznych i społecznych swoich członków. Więzy między jej członkami najczęściej są bardzo osłabione, a dzieci boleśnie odczuwają wyobcowanie i odrzucenie. Środowiska te stwarzają duże zagrożenie dla dobra dzieci. Często z nich wywodzą się młodociani przestępcy, dzieci alkoholizujące się, narkotyzujące, nie uczące się, a później nie pracujące.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej nie posiada danych statystycznych, aby określić skalę tego problemu w województwie. Jednakże wskaźnikiem powagi sytuacji może być zapotrzebowanie na różne formy opieki zastępczej, wzrost przestępczości wśród młodocianych, problemy uzależnień. Działania mające na celu zmniejszenie i niwelowanie problemu bezradności powinny obejmować poradnictwo i kompleksową terapię całej rodziny, pomoc materialną i rzeczową dla rodzin potrzebujących wsparcia. Z kolei działania, którymi powinny być objęte dzieci i młodzież, to programy profilaktyczno-socjoterapeutyczne realizowane w szkołach i placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Mimo braku danych o skali zjawiska pewną orientację może dać analiza danych statystycznych z ośrodków pomocy społecznej województwa, według których w 2003 roku z powodu bezradności pomocy udzielono 61 097 rodzinom, a w nich 244 665 osobom, co stanowiło 27,0% rodzin korzystających z pomocy.



W 2004 roku z tego powodu pomocy udzielono 55 238 rodzinom, a w nich 211 583 osobom, co stanowiło 28,4% ogółu rodzin korzystających z pomocy społecznej. Jak wynika z powyższych danych nastąpił wzrost świadczeniobiorców.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej w 2004 roku wspólnie z organizacjami pozarządowymi realizowało programy opiekuńczo-wychowawcze i socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży z rodzin ubogich, zagrożonych problemem alkoholowym na terenie powiatów: białobrzeskim, ciechanowskim, gostyńskim, makowskim, ostrołęckim, płockim, przasnyskim, przysuskim, siedleckim, sierpeckim, szydłowieckim, wyszkowskim, wołomińskim, zwoleńskim i żyrardowskim.

Organizacjami pozarządowymi, które zrealizowały programy były: Stowarzyszenie Abstynentów Klubu „OPOKA” w Przysusze; Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Zarząd Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego w Warszawie i oddziały TPD w Ostrołęce, Białobrzegach, Ciechanowie i Przasnyszu; Stowarzyszenie na Rzecz Pomocy Rodzinie i Poszkodowanym w Wypadkach Komunikacyjnych w Zwoleniu; Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Polskiej Wsi „Razem Lepiej” w Miszewie Murowanym; Stowarzyszenie Pomocy Potrzebującym ETIS w Siedlcach; Zakład Doskonalenia Zawodowego Centrum Kształcenia w Wyszkowie; Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie; Stowarzyszenie Wolontariuszy na Rzecz Pomocy Dzieciom i Młodzieży „SERCE SERCU” w Ligowie; Mazowiecki Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej w Warszawie.

Celem realizowanych programów było tworzenie warunków sprzyjających spełnieniu potrzeb młodych ludzi poprzez działania pomocowe (w tym dożywianie) i alternatywne dla używania środków odurzających. Ich uczestnicy mieli możliwość nauczenia się, jak sobie radzić z zagrożeniami ze strony rówieśników i dorosłych. Sposób spędzania czasu wolnego przez dzieci i młodzież często staje się powodem niepokojących zachowań takich jak: picie alkoholu, używanie narkotyków, wzrost przestępczości i agresji, bądź kreowanie systemu wartości według wzorów lansowanych przez media. Problemy stąd wpływające szczególnie dotyczą ludzi młodych, którzy nie mają wyboru spędzania czasu wolnego. Dlatego należy tworzyć warunki do zdrowego stylu życia poprzez organizowanie czasu wolnego, wypoczynku, uprawianie sportu, pokonywanie trudności szkolnych, rozwoju zainteresowań.

Efektem zrealizowanych programów było przeprowadzenie działań promujących zdrowy styl życia, zbudowanie poczucia własnej wartości u ich uczestników oraz zapewnienie odpowiednich warunków bytowych dzieciom i młodzieży, a także wzrost ich bezpieczeństwa w miejscach przebywania. W wyniku działań wzmocnieniu uległy również lokalne systemy współdziałania, wpływając na tworzenie warunków zdrowego stylu życia.



4.6. Organizacje pozarządowe

Do zasobów pomocy społecznej możemy zaliczyć również organizacje pozarządowe, głównie fundacje, stowarzyszenia i organizacje kościelne. Województwo mazowieckie, biorąc pod uwagę liczbę organizacji, znajduje się na pierwszym miejscu w kraju. Jednak zdecydowana większość tych organizacji (ok. 70%) działa na terenie Warszawy. Podobna zależność zauważa się w powiatach: niewielka liczba organizacji działa poza miastami powiatowymi, na terenach wiejskich i w małych miasteczkach. Jeżeli nawet działają tam organizacje pozarządowe, to wiedza o tym rzadko wypływa poza to środowisko. W przypadku przedstawicielstwa jakiejś organizacji, siedziba jej znajduje się raczej w mieście. Przeprowadzane akcje lub organizowane imprezy można potraktować jako wyjątek od zasady ogólnej bierności charakteryzującej środowisko wiejskie i małomiasteczkowe. Z kolei w organizacjach już utworzonych najczęściej brakuje informacji, materiałów i osób mających wiedzę z zakresu zarządzania organizacją, zdobywania funduszy, pisania projektów, współpracy z podmiotami lokalnymi. Jest to niejednokrotnie efekt bardzo ograniczonego dostępu do szkoleń w zakresie księgowości, prawa, zarządzania itp. Nie mając możliwości korzystania z takich narzędzi jak komputer, internet, poczta e-mail organizacje mają utrudniony dostęp do informacji o aktualnych dotacjach i możliwościach rozwoju.

Organizacje pozarządowe odgrywają ważną rolę nie tylko w konsolidowaniu lokalnej społeczności, organizacyjnym wzmocnieniu władz lokalnych, ale też zdecydowanie zwiększają szanse rozwoju małych i średnich miejscowości. Dobrze zorganizowane środowisko może sprzyjać aktywizowaniu nie tylko pojedynczych osób i marginalizowanych grup społecznych, ale ich lokalnego otoczenia, sprzyja budowaniu samowystarczalności społeczności lokalnych poprzez uruchomienie i wykorzystanie jej zasobów.

Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej od 2002 roku realizuje program aktywizacji społeczności lokalnych na rzecz pomocy i samopomocy społecznej na terenie wybranych powiatów województwa. Współpraca w tym obszarze ma na celu: poszerzenie wiedzy wśród organizacji pozarządowych, pracowników samorządowych, pracowników ośrodków pomocy społecznej, domów kultury, szkół itp. na temat możliwości rozwiązywania lokalnych problemów; nauczenie liderów umiejętności planowania, działania i pracy projektami; zdobywania środków na prowadzenie działalności; tworzenie koalicji na rzecz rozwiązywania lokalnych problemów społecznych.

Współpraca samorządów z podmiotami nie zaliczanymi do sektora finansów publicznych nie tylko pozwala skuteczniej i efektywniej działać na rzecz rozwoju oraz poprawy warunków życia i jakości mieszkańców regionu, ale również uzupełnia się, co pozwala na istotne odciążenie sektora publicznego w realizacji zadań.



5. Misja, cele strategiczne i operacyjne strategii polityki społecznej

Misją samorządu województwa mazowieckiego, realizowaną w ramach strategii wojewódzkiej polityki społecznej Mazowsza na lata 2005-2013 jest osiągnięcie odczuwalnych społecznie, pozytywnych efektów w zakresie priorytetowych obszarów polityki społecznej, jakie stanowią: ubóstwo, uzależnienia, starość, bezrobocie, niepełnosprawność.

Wypełnienie misji wymaga uwzględnienia w odniesieniu do każdego z obszarów następujących dylematów decyzyjnych:

- 1) zwalczanie skutków lub zapobieganie przyczynom;
- 2) preferowanie działań na rzecz ludzi starych lub ludzi młodych;
- 3) koncentracja aktywności w obszarze aglomeracji warszawskiej lub jej szerszego otoczenia.

Cele strategiczne:

1. Podejmowanie selektywnych działań na rzecz osób i rodzin znajdujących się w stanie ubóstwa, ze szczególnym uwzględnieniem przedsięwzięć ograniczających skutki życia w biedzie.
2. Tworzenie mechanizmów wychodzenia z bezdomności i zapobiegających przechodzeniu osób ubogich w stan bezdomności.
3. Zahamowanie wzrostu spożycia alkoholu, promocja zdrowego stylu życia, rozwijanie postaw sprzyjających temu zachowaniu.
4. Ograniczanie używania i dostępności do narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów.
5. Podniesienie jakości życia osób starych, zaspokajanie ich potrzeb poprzez spójne i skoordynowane działania podmiotów mających wpływ na realizację regionalnej polityki społecznej.
6. Rozwijanie aktywnej polityki rynku pracy w zakresie działań objętych pomocą społeczną, wspieranej przez realizację sektorowych i regionalnych programów.
7. Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu.

Realizacja tak sformułowanych celów będzie polegała z jednej strony na tworzeniu warunków zewnętrznych sprzyjających budowaniu sieci bezpieczeństwa socjalnego, przeciwdziałanie ubóstwu i wykluczeniu społecznemu, z drugiej zaś strony działania będą ukierunkowane na poprawę dostępu do praw społecznych i zwiększenie ich realizacji.



Sukces strategii polityki społecznej dla województwa mazowieckiego zależy będzie od ofensywności i skuteczności działań samorządów na polu polityki społecznej, uczestnictwa partnerów społecznych, jak również od aktywności i zaangażowania osób zagrożonych wykluczeniem na rzecz zmiany swojej sytuacji.

Partnerstwo i współpraca podmiotów działających w obszarze polityki społecznej powinny umożliwić wzajemną akceptację i zrozumienie oraz przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów umożliwiających poprawę warunków życia mieszkańców Mazowsza. Tak prowadzone działania pozwolą uniknąć pojawiania się ludzi wykluczonych, niezdolnych do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie.

A. Ubóstwo

Cel strategiczny:

Podejmowanie selektywnych działań na rzecz osób i rodzin znajdujących się w stanie ubóstwa, ze szczególnym uwzględnieniem przedsięwzięć ograniczających skutki życia w biedzie.

Cele operacyjne:

1. Rozwijanie działań na rzecz poprawy sytuacji bytowej osób i rodzin żyjących w biedzie.
2. Podnoszenie aktywności społeczno-zawodowej osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w celu zahamowania zjawiska marginalizacji.
3. Aktywizowanie środowiska lokalnego w zakresie inicjowania i promowania wspólnotowych i samopomocowych form wspierania rodziny.
4. Podejmowanie działań na rzecz wspierania rodzin z dziećmi oraz zapobieganie patologiom w rodzinie.
5. Rozwój kadry pomocy społecznej i jakości pracy socjalnej.

Cel 1. Rozwijanie działań na rzecz poprawy sytuacji bytowej osób i rodzin żyjących w biedzie.

Jednym z podstawowych warunków zapewniających zaspokojenie potrzeb osób i rodzin jest odpowiednia sytuacja materialna rodziny. Podstawowym źródłem dochodu powinna być praca, natomiast tylko w uzasadnionych sytuacjach należy wspierać osoby i rodziny środkami publicznymi.

Realizacja tak określonego celu operacyjnego w dużym stopniu zależy będzie od:

1. Identyfikacja i badanie natężenia problemów społecznych.



2. Rozszerzenie środowiskowych form wspierania rodziny.
3. Podejmowanie przedsięwzięć sprzyjających i wspierających inwestycje i modernizację w pomocy społecznej.
4. Opracowywanie i realizacja programów wyrównywania szans edukacyjnych dzieci i młodzieży z rodzin najuboższych.
5. Rozwijanie opieki nad dziećmi i innymi osobami zależnymi jako wsparcie aktywności ekonomicznej kobiet.
6. Tworzenie instytucjonalnego oparcia dla lokalnych inicjatyw społecznych.

Cel 2. Podnoszenie aktywności społeczno-zawodowej osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w celu zahamowania zjawiska marginalizacji.

Dla realizacji tego celu zasadnicze znaczenie ma aktywizowanie osób i grup społecznych zagrożonych marginalizacją.

Do realizacji tego celu operacyjnego konieczne będzie:

1. Pobudzanie społecznej i zawodowej aktywności w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób i rodzin ubogich.
2. Motywowanie do rozwijania i podejmowania odpowiednich szkoleń umożliwiających podejmowanie pracy przez grupy najbardziej narażone na ubóstwo i społeczne wykluczenie.
3. Rozpowszechnienie istniejących form integracji społecznej przez pracę – także w sektorze pozarynkowym, poprzez realizację różnych rodzajów aktywności społecznej.
4. Wspieranie działań na rzecz zapobiegania i zwalczania marginalizacji grup społecznych oraz rozwiązywania konkretnych problemów społecznych.
5. Stworzenie warunków do adaptacji cudzoziemcom posiadającym status uchodźcy.

Cel 3. Aktywizowanie środowiska lokalnego w zakresie inicjowania i promowania wspólnotowych i samopomocowych form wspierania rodziny.

Na aktywność osób i rodzin duży wpływ ma środowisko lokalne. Dlatego niezbędnym jest podejmowanie działań na rzecz rozwoju inicjatyw lokalnych i grup samopomocowych.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zależeć będzie od:

1. Stworzenia korzystnych warunków dla organizacji pozarządowych do podnoszenia wiedzy merytorycznej i metodycznej w zakresie działań pomocowych.



2. Współpracy z organizacjami pozarządowymi w projektowaniu i monitorowaniu działań na rzecz wyrównywania poziomu życia mieszkańców województwa.
3. Wspierania programów i inicjatyw z zakresu poprawy warunków bytowych osób i rodzin ubogich.
4. Stworzenia sieci współpracy podmiotów lokalnych, działających na rzecz rodziny, w tym spędzania czasu wolnego dzieci i młodzieży.
5. Inicjowania działań na rzecz pomocy rodzinom, znajdującym się w kryzysie.
6. Rozwijania solidarności rodzinnej i samopomocy w środowisku lokalnym.
7. Wspieranie działań na rzecz integracji i aktywizacji społeczności lokalnych w rozwiązywanie lokalnych problemów społecznych.

Cel 4. Podejmowanie działań na rzecz wspierania rodzin z dziećmi oraz zapobieganie patologiom w rodzinie.

Poszerzający się zakres patologii społecznych wymaga podejmowania zdecydowanych działań środowiskowych. Szczególną rolę w tych działaniach powinny pełnić pracownicy jednostek pomocy społecznej.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zależy będzie od:

1. Pomocy rodzicom w pełnieniu funkcji opiekuńczych i wychowawczych.
2. Rozwoju profilaktyki rodzin zagrożonych patologią.
3. Rozwoju sieci placówek wsparcia dziennego.
4. Popularyzowania i promowania modelu zdrowego stylu życia.
5. Rozwoju nowych form rodzinnej opieki zastępczej i promowanie ich w społecznościach na poziomie województwa, powiatu i gminy.
6. Rozwoju systemu wsparcia środowiskowego dla osób i grup młodzieży zagrożonych społeczną marginalizacją i doprowadzenie do życiowej aktywności i integracji ze środowiskiem.
7. Przeciwdziałania niedostosowaniu społecznemu, przestępczości i uzależnieniom wśród młodzieży.

Cel 5. Rozwój kadry pomocy społecznej i jakości pracy socjalnej.

Pomoc społeczna jako instytucja polityki społecznej ma na celu wspomaganie osób i rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej poprzez prowadzenie działań, które zapobiegają dysfunkcjom osób i rodzin oraz doprowadzą je do osiągnięcia aktywności społecznej. Zakres zadań kadry pomocy społecznej jest ściśle związany z profesjonalnym wspomaganiem rodzin,



zapobieganiem procesowi marginalizacji i przeciwdziałaniem negatywnym zjawiskom w środowisku lokalnym. Postawione zadania wymagają od pracowników pomocy społecznej doskonalenia warsztatu zawodowego.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga:

1. Inicjowania i organizowania cyklicznych szkoleń instruktazowych.
2. Inicjowania i organizowania cyklicznych szkoleń doskonalących warsztat pracy socjalnej.
3. Organizowania kursów podnoszących kwalifikacje kadry pomocy społecznej.
4. Organizowanie konferencji, seminariów z udziałem partnerów społecznych.
5. Wydawanie publikacji dotyczących stanu pomocy społecznej w województwie.

Cel strategiczny:

Tworzenie mechanizmów wychodzenia z bezdomności i zapobiegających przechodzeniu osób ubogich w stan bezdomności.

Cele operacyjne:

1. Zapewnienie osobom bezdomnym zaspokajanie elementarnych potrzeb egzystencjalnych, umożliwiających im pełnienie użytecznych społecznie ról i funkcji zawodowych.
2. Wspieranie i promocja modelowych, innowacyjnych rozwiązań w zakresie zapobiegania bezdomności, przeciwdziałania jego skutkom, tworzenia szans i warunków wyjścia z bezdomności.

Cel 1. Zapewnienie osobom bezdomnym zaspokajanie elementarnych potrzeb egzystencjalnych, umożliwiających im pełnienie użytecznych społecznie ról i funkcji zawodowych.

Bezdomność to problem społeczny sprzyjający powstawaniu marginalizacji osób i grup społecznych. Uniemożliwia zaspokajanie podstawowych potrzeb oraz sprzyja pojawianiu się i rozszerzaniu niekorzystnych zjawisk społecznych: uzależnień, przestępczości, bezrobociu, niepełnosprawności, zachorowalności na groźne choroby. Przygotowanie do pełnienia przez osoby bezdomne właściwych ról społeczno-zawodowych wymaga poszerzenia pracy socjalnej, w tym profesjonalnego podejścia kształtowania funkcji rodziny, profilaktyki społecznej i resocjalizacji, preorientacji i reorientacji zawodowej oraz innych obszarów życia mających najistotniejsze znaczenie dla rozwoju jednostki lub grupy społecznej.



Realizacja tego celu wymagać będzie:

1. Upowszechniania informacji o działalności placówek dla bezdomnych jako miejsc życiowego oparcia i pomocy w rozwiązywaniu trudnych problemów.
2. Inspirowania organizacji pozarządowych do prowadzenia systematycznej pracy z osobami poprzez włączanie ich w realizację zadań społecznie użytecznych.
3. Rozwijania ruchu pomocy i samopomocy na rzecz osób bezdomnych, niezdolnych do samodzielności życiowej.
4. Prowadzenia pracy socjalnej z rodzinami i osobami, szczególnie z obszaru ubóstwa i bezdomności.

Cel 2. Wspieranie i promocja modelowych, innowacyjnych rozwiązań w zakresie zapobiegania bezdomności, przeciwdziałania jego skutkom, tworzenia szans i warunków wyjścia z bezdomności.

Modelowe rozwiązania w zakresie bezdomności powinny stanowić inspirację do tworzenia własnych rozwiązań w zakresie działań na rzecz osób bezdomnych. W każdym przypadku należy zdefiniować zjawisko bezdomności w określonym środowisku lokalnym, określić własne zasoby, możliwości, standardy oraz metody działania, z wykorzystaniem innych doświadczeń w tworzeniu i realizacji programów.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Tworzenie zintegrowanego systemu usług socjalnych świadczonych przez podmioty publiczne i organizacje pozarządowe na rzecz zaspokajania potrzeb osób bezdomnych.
2. Wspieranie programów na rzecz wychodzenia z bezdomności.
3. Wspieranie, koordynację i promocję nowatorskich rozwiązań problemu bezdomności w określonym środowisku lokalnym.

B. Uzależnienia

Cel strategiczny:

Zahamowanie wzrostu spożycia alkoholu, promocja zdrowego stylu życia, rozwijanie postaw sprzyjających temu zachowaniu.

Cele operacyjne:

1. Zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu.
2. Edukacja społeczeństwa w zakresie konsekwencji nadużywania alkoholu i metod zapobiegania oraz ograniczania negatywnych skutków takich zachowań.



3. Zmniejszenie udziału osób nietrzeźwych w naruszaniu prawa i porządku publicznego.
4. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i agresji rówieśniczej.
5. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i lokalnych w obszarach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Cel 1. Zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu.

Alkoholizm nie tylko sam w sobie jest chorobą, ale też jest przyczyną wielu chorób wynikających ze szkodliwości działania alkoholu na organizm ludzki. Uzależnienie bądź nadużywanie alkoholu prowadzi często do wielu zachowań patologicznych, w tym do przemocy i innych zachowań zagrażających życiu i bezpieczeństwu.

Realizacja tak określonego celu operacyjnego wymaga:

1. Opracowywania i rozpowszechniania oferty pomocy dla całej rodziny osoby uzależnionej, a przede wszystkim dla dzieci wychowujących się w tych rodzinach.
2. Tworzenia zintegrowanego systemu działań profilaktycznych dla dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania poprzez zwiększenie dostępności do placówek obejmujących zróżnicowane formy organizacji czasu wolnego.
3. Opracowywania i wdrażania szkolnych programów profilaktyki, uwzględniających potrzeby tworzenia jednorodnego, rodzinno-szkolnego środowiska wychowawczego, zapobiegającego i rozwiązującego problemy alkoholowe dzieci i młodzieży.
4. Promowania zdrowego stylu życia i postaw prozdrowotnych oraz alternatywnych form spędzania czasu wolnego przez dzieci i młodzież.
5. Kształtowania świadomości w zakresie szkodliwości alkoholu wśród osób zajmujących się produkcją i sprzedażą alkoholu.
6. Profesjonalnego przygotowanie kadr pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie profilaktyki uzależnień oraz pomocy w utrzymaniu abstynencji.

Cel 2. Edukacja społeczeństwa w zakresie konsekwencji nadużywania alkoholu oraz ograniczania negatywnych skutków takich zachowań.

Spożywanie napojów alkoholowych było i jest częścią obyczaju wielu kultur. Ukształtowane od wieków wzory spożycia alkoholu wpływają w sposób znaczny na deformację stosunków międzyludzkich i rozpad więzi społecznych. Nadużywanie alkoholu ma głęboki wpływ na powstawanie wielu chorób. Problemów tych nie można rozpatrywać w oderwaniu od innych zjawisk patologicznych. Bywają one nie tylko przyczyną ale i skutkiem. Usuwanie przyczyn



nadużywania alkoholu jest możliwe z równoległym uzdrawianiem całego życia społecznego. Istotnym elementem podejmowanych działań jest szeroka edukacja całego społeczeństwa, podejmowana przez różne podmioty życia społecznego w zakresie nadużywania alkoholu i ograniczania negatywnych skutków takich zachowań.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga podjęcia działań w zakresie:

1. Dostarczania wiedzy na temat zdrowotnych i społecznych skutków działania alkoholu.
2. Opracowywania oraz upowszechniania materiałów edukacyjno-informacyjnych z zakresu profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia.
3. Edukacji społeczeństwa w zakresie czynników chroniących i czynników ryzyka w przypadku spożywania napojów alkoholowych.
4. Wdrażania i inicjowania programów medialnych, kampanii społeczno-edukacyjnych dotyczących promowania zdrowego stylu życia i ukazujących problemy towarzyszące spożywaniu napojów alkoholowych.
5. Promowania inicjatyw i postaw społecznych istotnych dla profilaktyki uzależnień, podejmowania działań na rzecz aktywnego uczestnictwa mediów w ukazywaniu szeroko rozumianych problemów alkoholowych.
6. Opracowywania i upowszechniania wyników programów diagnostyczno-badawczych, prowadzonych na terenie województwa.

Cel 3. Zmniejszenie udziału osób nietrzeźwych w naruszaniu prawa i porządku publicznego. Alkoholizm jako choroba rozwija się zazwyczaj przez dłuższy czas. Sam jej przebieg ma bardzo zróżnicowany i indywidualny wymiar i nie musi mieć charakteru narastającego. Możliwy jest powrót do abstynencji. Ta wielowymiarowość w dużej mierze wynika nie tylko z osobistych cech i predyspozycji każdej osoby, ale też zależy od otoczenia społecznego, w którym ona przebywa. Ważną częścią otoczenia jest system społecznej edukacji, realizowany przez różne podmioty życia społecznej w zakresie programów profilaktycznych.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga działań w zakresie:

1. Edukacji przyszłych kandydatów na kierowców z zakresu skutków prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu.
2. Opracowywania i realizacji programów edukacyjno-rehabilitacyjnych dla kierowców, którzy stracili prawo jazdy z powodu nietrzeźwości.



3. Zwiększenia dostępności do terapii i programów wsparcia psychicznego prowadzonych w zakładach karnych, skierowanych do osób osadzonych jako sprawców przemocy i uzależnionych od alkoholu.
4. Wspierania programów reintegracji zawodowej i społecznej poprzez tworzenie warunków dla realizacji ustawy o zatrudnieniu socjalnym, skierowanych do osób zagrożonych marginalizacją, w tym skazanych, korzystających z alternatywnych form odbywania kary ograniczenia wolności oraz współpracy z przedstawicielami resortu więziennictwa.
5. Rozwijania działań wspierających procedurę „Niebieskiej Karty”, służących interwencji w przypadkach przemocy rodzinnej, świadczonych przez przedstawicieli policji i służby społeczne.
6. Opracowywania i realizacji programów resocjalizacyjnych i readapacyjnych dla młodzieży uzależnionej, zagrożonej demoralizacją, dokonującej aktów przemocy, umieszczonej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych.

Cel 4. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i agresji rówieśniczej.

Jednym ze skutków nadużywania alkoholu jest stłumienie istniejących w człowieku hamulców, zakazów wewnętrznych krępujących jego postępowanie. W wyniku tego mogą wystąpić różne formy przemocy i agresji. Koszty indywidualne i społeczne zachowań agresywnych lub stosowanie przemocy są bardzo duże. Ważne jest niwelowanie u podstaw powstawania objawów przymusu, który z czasem przeradza się w przemoc. Dlatego problem agresji i przemocy powinien być traktowany priorytetowo nie tylko ze strony instytucji publicznych, ale również organizacji pomocowych działających na rzecz dziecka i rodziny. Stowarzyszenia i środowiskowe grupy samopomocowe w zakresie podejmowanych działań powinny otrzymywać wsparcie finansowe i merytoryczne ze strony instytucji publicznych.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Zwiększenie dostępności i skuteczności programów dotyczących profilaktyki problemów agresji i przemocy rówieśniczej w środowisku dzieci i młodzieży.
2. Realizację procedury „Niebieskiej Karty” w środowisku lokalnym.
3. Realizację programu „Pomarańczowa Linia” ze szczególnym uwzględnieniem problemów młodzieży uzależnionej od alkoholu.
4. Organizację szkoleń interdyscyplinarnych przygotowujących do realizacji programów ochrony dzieci przed wykorzystaniem seksualnym.
5. Wdrażanie programów terapeutycznych dla ofiar przemocy i sprawców przemocy domowej, realizowanych w Ośrodkach Interwencji Kryzysowej i innych placówkach.



6. Wspieranie stowarzyszeń i środowiskowych grup samopomocowych, skierowanych na przeciwdziałanie i wspieranie członków rodzin, doświadczonych przemocą rodzinną.

Cel 5. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i lokalnych w obszarach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Organizacje pozarządowe odgrywają ważną rolę w konsolidowaniu lokalnej społeczności i organizacyjnym wzmocnieniu władz lokalnych na rzecz rozwiązywania wielu problemów społecznych. Dobrze zorganizowane środowisko organizacji pozarządowych sprzyja nie tylko aktywizowaniu osób i grup społecznych, ale także ich lokalnego otoczenia, sprzyja budowaniu samowystarczalności społeczności lokalnej poprzez wykorzystanie jej zasobów. Pogłębienie współpracy jednostek samorządowych z organizacjami pozarządowymi umożliwi realizację programów profilaktycznych dostosowanych do potrzeb i możliwości danego środowiska.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Wspieranie inicjatyw środowisk lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz promocji zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb dzieci i młodzieży jako grup ryzyka, wymagających działań na rzecz tworzenia form bezpieczeństwa i wartościowego spędzania czasu wolnego.
2. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów edukacyjnych o tematyce profilaktyki uzależnień, do wykorzystania przez animatorów działań podejmowanych w środowiskach lokalnych.
3. Tworzenie systemu profesjonalnych programów profilaktycznych i redukcji szkód w procesie rozwijania merytorycznej współpracy z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami, działającymi w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych.

Cel strategiczny:

Ograniczanie używania i dostępności do narkotyków i innych środków psychoaktywnych oraz związanych z tym problemów.

Cele operacyjne:

1. Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używania i ograniczania dostępności do środków psychoaktywnych.



2. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat zagrożeń i problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych, mechanizmów powstawania uzależnienia i możliwości zapobiegania zjawisku.
3. Zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów programów profilaktycznych.
4. Rozwój specjalistycznych placówek i programów w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych.

Cel 1. Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używania i ograniczania dostępności do środków psychoaktywnych.

Oczekuje się, że zapobieganiem używania środków psychoaktywnych powinny zajmować się wyspecjalizowane instytucje publiczne. Dlatego też obserwujemy niewielkie zainteresowanie społeczności lokalnych działaniami zapobiegawczymi i profilaktycznymi. Jednak bardziej powszechna i głębsza znajomość problemów związanych z uzależnieniami daje szansę zrozumienia, że bez zaangażowania samorządów lokalnych trudno spodziewać się efektów podejmowanych działań. Działania zmierzające do podniesienia poziomu zaangażowania społeczności lokalnych powinny owocować stałym uwzględnieniem w polityce społecznej gmin zadań zmierzających do ograniczania popytu na środki psychoaktywne, w tym narkotyki. W realizacji tych zadań aktywnie powinny uczestniczyć organizacje pozarządowe.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga:

1. Inicjowania i koordynowania programów szkoleniowych w zakresie wiedzy o narkotykach, narkomanii i mechanizmach uzależnień.
2. Inicjowania i koordynowania programów szkoleniowych w zakresie diagnozowania problemu i budowania lokalnych strategii przeciwdziałania narkomanii.
3. Inicjowania i wspierania lokalnych programów przeciwdziałania narkomanii.
4. Wspierania szkół w rozwijaniu działań profilaktycznych, w szczególności obejmujących diagnozę problemu używania narkotyków na terenie szkoły i realizację programów profilaktycznych.
5. Wspierania programów profilaktycznych w zakresie organizacji czasu wolnego dzieci i młodzieży, stanowiących alternatywę wobec używania narkotyków.
6. Organizowania szkoleń uwzględniających nowoczesne podejście do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz promujących ideę lokalnych strategii profilaktycznych.
7. Uściślenia współpracy z różnymi podmiotami życia społecznego na rzecz ograniczenia dostępności do środków psychoaktywnych.



Cel 2. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat zagrożeń i problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych, mechanizmów powstawania uzależnienia i możliwości zapobiegania narkomanii.

Informacje na temat używania narkotyków społeczeństwo czerpie głównie z mediów. Dlatego ważne jest, aby przekazy informacyjne były rzetelne i obiektywne. W celu informowania społeczeństwa o zagrożeniach i metodach zapobiegania używaniu środków psychoaktywnych, w tym narkotyków, należy prowadzić wspólne działania specjalistycznych agend, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych oraz środków masowego przekazu, realizowanych w ramach regionalnych i ogólnopolskich kampanii profilaktycznych.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Opracowywanie oraz upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki narkomanii.
2. Upowszechnianie danych na temat rekomendowanych programów profilaktycznych oraz placówek prowadzących działalność profilaktyczną obejmującą problematykę narkomanii.
3. Prowadzenie kampanii edukacyjnych uwzględniających problematykę narkomanii, adresowanych do określonych grup docelowych.
4. Stworzenie sieci wymiany informacji między instytucjami zaangażowanymi w rozwiązywanie problemu narkomanii na poziomie województwa.

Cel 3. Zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów programów profilaktycznych.

W zapobieganiu narkomanii zaangażowanych jest wiele grup zawodowych. W zadaniach tych uczestniczą m.in. pracownicy szkół i placówek oświatowych, pracownicy pomocy społecznej, kuratorzy, pracownicy służby zdrowia, więziennictwa. Systematyczne podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników prowadzących działania profilaktyczne powinno stanowić integralny element strategii przeciwdziałania narkomanii.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga:

1. Prowadzenia szkoleń podnoszących kwalifikacje zawodowe osób realizujących zadania profilaktyczne obejmujące problematykę narkomanii, w szczególności dla pracowników szkół i placówek oświatowych, placówek opiekuńczo-wychowawczych, pracowników pomocy społecznej, kuratorów, pracowników zakładów dla nieletnich, placówek leczniczo-rehabilitacyjnych, funkcjonariuszy więziennictwa i pracowników wojska.



2. Udzielania wsparcia i konsultacji merytorycznych podmiotom prowadzącym szkolenia określonych grup zawodowych oraz realizacja programów szkoleniowych z zakresu profilaktyki narkomanii.

Cel 4. Rozwój specjalistycznych placówek i programów w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych.

Od kilku lat utrzymuje się wzrost rozpowszechniania używania narkotyków oraz zwiększenie liczby osób uzależnionych, jednak sieć placówek leczniczych i rehabilitacyjnych jest niewystarczająca. W tym zakresie należy podjąć współpracę pomiędzy samorządem terytorialnym, instytucjami odpowiedzialnymi za finansowanie świadczeń zdrowotnych i wyspecjalizowanymi instytucjami.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Pełne zewidencjonowanie na poziomie województwa istniejących placówek leczniczych i rehabilitacyjnych, w tym prowadzących programy ograniczania szkód, uaktualnianie danych oraz upowszechnianie informacji na ten temat.
2. Wprowadzanie docelowej sieci zakładów prowadzących leczenie i rehabilitację uzależnienia od narkotyków.
3. Rozwój sieci placówek i programów leczenia substytucyjnego oraz ograniczania szkód zdrowotnych.
4. Rozwój programów postrehabilitacyjnych i placówek readaptacji społecznej: hosteli i mieszkań chronionych.
5. Rozwój specjalistycznych programów i oddziałów rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych od narkotyków w placówkach penitencjarnych i zakładach dla nieletnich.

C. Starość

Cel strategiczny:

Podniesienie jakości życia osób starych, zaspokajanie ich potrzeb poprzez spójne i skoordynowane działania podmiotów mających wpływ na realizację regionalnej polityki społecznej.

Cel operacyjne:

1. Podniesienie poziomu i rozwój usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starych świadczonych w miejscu zamieszkania.



2. Podniesienie jakości życia osób starych poprzez zwiększenie dostępności do oferty pomocowej i możliwych form aktywności.
3. Ograniczenie procesu marginalizacji problemów ludzi starych, zmniejszenie rozmiarów zjawiska społecznego wykluczenia.
4. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych, środowisk lokalnych w zakresie tworzenia perspektywicznego programu zaspokajania potrzeb ludzi starych.

Cel 1. Podniesienie poziomu i rozwój usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starych świadczonych w miejscu zamieszkania.

Zmiany zachodzące w strukturze i funkcjach rodziny przynoszą osłabienie zdolności do udzielania pomocy starszym jej członkom. Zmiany te dotyczą przede wszystkim rozpadu rodziny wielopokoleniowej. Coraz mniej liczne rodziny, często słabe ekonomicznie i obciążone licznymi obowiązkami, głównie zawodowymi, w mniejszym stopniu niż dawniej potrafią samodzielnie sprawować opiekę nad ich starszymi członkami. Niedostatek odpowiedniej infrastruktury społecznej oraz słabo rozwinięty system usług w środowiskowej pomocy społecznej sprawiają, że potrzeby seniorów nie są dostatecznie zaspokajane. Jednocześnie wydłużający się czas życia człowieka oznacza, że coraz częściej potrzebna jest pomoc, także w formie usług pielęgnacyjnych.

Do realizacji tak określonego celu operacyjnego konieczne będzie podjęcie następujących działań:

1. Osiągnięcie standardu świadczonych usług w domach pomocy społecznej.
2. Rozwój lokalnych form wsparcia i pomocy środowiskowej, w tym klubów seniorów, dziennych domów pomocy społecznej.
3. Opracowanie i wdrożenie programów pomocowych mających na celu wypracowanie nowych i utrzymanie dotychczasowych standardów usług dla ludzi starych.
4. Rozwój usług opiekuńczych, rehabilitacyjnych, specjalistycznych oraz udzielanie wsparcia w miejscu zamieszkania.
5. Inspirowanie rozwoju rodzinnych form opieki w stosunku do osób tego wymagających.

Cel 2. Podniesienie jakości życia osób starych poprzez zwiększenie dostępności do oferty pomocowej i możliwych form aktywności.

Rodzina pełniąc funkcje opiekuńcze wobec ludzi starych wymaga wsparcia ze strony instytucji polityki społecznej. Powinna być przewidziana pomoc dla rodzin opiekujących się



osobami sędziwymi w zakresie: pomocy rzeczowej i finansowej, poradnictwa oraz wsparcia psychologicznego. Należy jednak zauważyć, że instytucje pomocowe nie powinny zastępować rodzin jako opiekunów, ale powinny wykonywać głównie usługi fachowe, wymagające umiejętności, doświadczenia i wiedzy zawodowej. Udział rodziny w zaspokajaniu potrzeb seniorów oraz sprawowanie opieki nad nimi odgrywa dużą rolę zarówno z emocjonalnego, jak i ekonomicznego punktu widzenia. Z kolei podmioty polityki społecznej na szczeblu lokalnym mają największe możliwości wspierania i stymulowania rodziny w realizacji zadań na rzecz starszego pokolenia.

Osoby stare powinny cieszyć się pełnią zdrowia, poczuciem bezpieczeństwa i aktywnym uczestnictwem w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym. Starzenie się jest jednym z wyzwań współczesnego świata, powoduje wzrost socjalnych i ekonomicznych oczekiwań w stosunku do służb publicznych. Realizacja polityki aktywnego starzenia wzmacnia zdrowie, uczestnictwo i poczucie bezpieczeństwa starszych obywateli.

Realizacja określonego celu operacyjnego wymagać będzie:

1. Działania na rzecz podnoszenia poziomu usług zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób starych w ramach tworzenia systemu interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej.
2. Rozszerzenia usług pomocowych w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego przez ludzi starych oraz dla zachowania ich mobilności.
3. Wspierania inicjatyw promujących kształcenie i edukację mających na celu poprawę sprawności intelektualnej oraz życiowej ludzi starych.
4. Tworzenia warunków dla zapewnienia ochrony, bezpieczeństwa i poszanowania godności osób starych.

Cel 3. Ograniczenie procesu marginalizacji problemów ludzi starych, zmniejszenie rozmiarów zjawiska społecznego wykluczenia.

Naturalnym środowiskiem człowieka starego jest rodzina. W Polsce mamy do czynienia ze stosunkowo silnymi więzami rodzinnymi. Jednak również u nas następuje odwrócenie od tradycyjnych wartości, coraz częściej obserwujemy koncentrację na pracy i awansie zawodowym, kosztem kontaktów rodzinnych. Tendencja do izolacji i alienacji starych ludzi polega na spychaniu ich na margines życia społecznego, na ograniczaniu kontaktów między starszym a młodszym pokoleniem, na braku zainteresowania ich sytuacją, potrzebami, obojętnością wobec tej zbiorowości. Społeczne wyobcowanie najstarszego pokolenia wyraża się przede wszystkim w braku integracji z resztą społeczeństwa.



W celu ograniczenia tego zjawiska należy:

1. Inicjować i wspierać działania w zakresie poprawy sprawności fizycznej i intelektualnej oraz aktywności życiowej ludzi starych.
2. Wspierać zróżnicowane działania na rzecz integracji międzypokoleniowej, partycypacji społecznej, opieki i wsparcia najstarszego pokolenia.
3. Podejmować działania na rzecz zmiany obrazu starości i starzenia się w świadomości społecznej.

Cel 4. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych, środowisk lokalnych w zakresie tworzenia perspektywicznego programu zaspokajania potrzeb ludzi starych.

Zwiększający się odsetek ludzi starych wymaga szczególnej uwagi ze strony publicznych podmiotów polityki społecznej oraz organizacji pozarządowych. Problemy ludzi starych są często marginalizowane, a możliwości pełnego korzystania z przysługujących im praw ograniczone. Brakuje konsekwentnego działania zarówno społeczeństwa jako całości, ale i poszczególnych społeczności lokalnych na rzecz tworzenia warunków do aktywnego i równoprawnego udziału ludzi starych w życiu społecznym. Ważnym zadaniem stojącym przed lokalnymi podmiotami polityki społecznej wobec ludzi starych jest koordynacja działań, które w znacznym stopniu mogą być realizowane przez niepubliczne podmioty polityki społecznej. Zaspokajanie potrzeb może być po części możliwe dzięki aktywności samych seniorów i ich środowiska, grup samopomocowych oraz organizacji pozarządowych. Samorząd lokalny powinien przede wszystkim stworzyć warunki do realizacji potrzeb, zorganizować rynek usług społecznych oraz regulować ten rynek.

Będzie to możliwe dzięki:

1. Opracowywaniu i wdrażaniu programów mających na celu aktywizowanie społeczności lokalnych do działań na rzecz niesienia pomocy ludziom starym.
2. Aktywizacji i zagospodarowaniu potencjału starszego pokolenia.
3. Koordynacji działań zróżnicowanych podmiotów polityki społecznej (władz publicznych, instytucji społecznych i organizacji pozarządowych).
4. Zapobieganiu stanom pauperyzacji, degradacji społecznej i utraty samodzielności życiowej osób starych poprzez zbudowanie sieci wsparcia, zwłaszcza dla osób niesprawnych.



D. Bezrobocie

Cel strategiczny:

Rozwijanie aktywnej polityki rynku pracy w zakresie działań objętych pomocą społeczną, wspieranej przez realizację sektorowych i regionalnych programów.

Cele operacyjne:

1. Podniesienie wiedzy i świadomości dotyczącej rynku pracy poprzez wzmocnienie dialogu społecznego i partnerstwa na rynku pracy.
2. Łagodzenie społecznych skutków długotrwałego bezrobocia i przeciwdziałanie dyskryminacji na rynku pracy.
3. Podniesienie poziomu aktywizacji społeczno-zawodowej osób bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej.

Cel 1. Podniesienie wiedzy i świadomości dotyczącej rynku pracy poprzez wzmocnienie dialogu społecznego i partnerstwa na rynku pracy.

Dużą grupą osób szukającą wsparcia w systemie pomocy społecznej są osoby bezrobotne. Jednocześnie obserwuje się niską skuteczność programów rynku pracy na rzecz długotrwale bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej, a także pogłębiające się zjawisko dziedziczenia bezrobocia w tych rodzinach, narastającą degradację społeczno-zawodową oraz rozszerzający się obszar ubóstwa osób i rodzin.

Realizacja tego celu operacyjnego zależeć będzie w dużym stopniu od:

1. Doskonalenia współpracy między jednostkami pomocy społecznej a publicznymi służbami zatrudnienia, prywatnymi agencjami zatrudnienia i instytucjami szkoleniowymi.
2. Diagnozowania i monitorowania niekorzystnych zjawisk społecznych będących efektem bezrobocia.
3. Opracowywania i realizacji lokalnych programów aktywizujących świadczeniobiorców pomocy społecznej.

Cel 2. Łagodzenie społecznych skutków długotrwałego bezrobocia i przeciwdziałanie dyskryminacji na rynku pracy.

Instytucje pomocy społecznej powinny być jednym z instrumentów skutecznej walki z długotrwałym bezrobociem oraz przeciwdziałające pogłębianiu się tego problemu. Powinny uczestniczyć w opracowywaniu i wdrażaniu lokalnych programów aktywizacji osób



bezrobotnych, w tym przede wszystkim długotrwale bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej.

Realizacja tego celu operacyjnego wymagać będzie:

1. Podniesienia skuteczności programów na rzecz zatrudnienia osób długotrwale bezrobotnych poprzez rozwijanie działań mających na celu doskonalenie kształcenia i dokształcania do potrzeb lokalnego rynku pracy.
2. Przygotowania pracowników jednostek pomocy społecznej, prywatnych agencji zatrudnienia, instytucji szkoleniowych i publicznych służb zatrudnienia współpracujących z jednostkami pomocy społecznej w zakresie umiejętności aktywizowania zawodowego osób bezrobotnych.
3. Zintensyfikowania działań ograniczających dyskryminację na rynku pracy osób będących w niekorzystnej sytuacji.
4. Udzielania pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie w formie zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze.

Cel 3. Podniesienie poziomu aktywizacji społeczno-zawodowej osób bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej.

Instytucje pomocy społecznej powinni uczestniczyć w opracowywaniu i realizacji lokalnych programów aktywizacji osób bezrobotnych, przede wszystkim długotrwale bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej. Służby społeczne posiadające diagnozę sytuacji socjalno-bytowej rodzin oraz zainteresowanie osób bezrobotnych zmianą swojej sytuacji życiowej powinny w pierwszej kolejności obejmować te osoby programami celowymi.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego wymaga:

1. Opracowywania i realizacji planów działania na rzecz zatrudnienia osób społecznie wykluczonych, bądź zagrożonych wykluczeniem w ramach partnerstwa społecznego przy udziale podmiotów działających na rynku pracy oraz w obszarze pomocy społecznej.
2. Opracowywania i realizacji lokalnych programów aktywizujących świadczeniobiorców pomocy społecznej.
3. Opracowywania i realizacji programów specjalnych na rzecz długotrwale bezrobotnych i osób o niskich kwalifikacjach zawodowych.
4. Opracowywania i realizacji programów na rzecz pomocy oraz integracji społecznej osób bezrobotnych i ich rodzin ze środowiskiem lokalnym.



E. Niepełnosprawność

Cel strategiczny:

Wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych i przeciwdziałanie ich wykluczeniu społecznemu.

Cele operacyjne:

1. Wspieranie przemian świadomości społecznej odnośnie problematyki osób niepełnosprawnych.
2. Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki i rehabilitacji medycznej.
3. Zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających rehabilitację społeczną, pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym, rekreacji i turystyce.
4. Zwiększenie aktywności podmiotów i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.
5. Wyrównywanie różnic w podregionach społeczno-gospodarczych województwa mazowieckiego.

Cel 1. Wspieranie przemian świadomości społecznej odnośnie problematyki osób niepełnosprawnych.

Osoby niepełnosprawne postrzegane są jako osoby mające trudności w interakcjach społecznych, słabsze psychicznie i wyizolowane społecznie, stanowiące ciężar dla rodziny. Ten sposób postrzegania wpływa na stereotyp osoby niepełnosprawnej. Społeczny wizerunek osoby niepełnosprawnej oraz stan wiedzy społeczeństwa na temat problemów i możliwości osób niepełnosprawnych ujawniają istnienie poważnych, z punktu widzenia integracji społecznej barier świadomościowych.

Realizacja tak sformułowanego celu operacyjnego wymagać będzie:

1. Współpracy w zakresie opracowywania i realizacji programów edukacyjnych.
2. Promowania i prezentacji twórczości artystycznej, kulturalnej i zawodowej osób niepełnosprawnych.
3. Współpracy społeczności lokalnych ze środowiskiem osób niepełnosprawnych.
4. Wspierania aktywności i samoorganizacji osób niepełnosprawnych.
5. Wspierania działań organizacji pozarządowych i samorządów lokalnych na rzecz osób niepełnosprawnych.



Cel 2. Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki i rehabilitacji medycznej.

W województwie mazowieckim istnieje duże zróżnicowanie w zakresie dostępu osób niepełnosprawnych do rehabilitacji leczniczej. Pilnych działań wymaga profilaktyka lecznicza kierowana do dzieci oraz modernizacja placówek służących osobom niepełnosprawnym.

Realizacja tak określonego celu operacyjnego zależy będzie od:

1. Wspierania i promowania działań na rzecz wczesnej rehabilitacji, jej kompleksowości i ciągłości.
2. Wspierania rozwoju poradnictwa w zakresie rehabilitacji leczniczej.
3. Podejmowania inicjatyw tworzenia i rozwijania działalności grup samopomocowych osób niepełnosprawnych i ich rodzin.
4. Rozszerzenia ofert usług rehabilitacyjnych na rzecz osób niepełnosprawnych oraz podnoszenia ich jakości.
5. Wspierania budowy, rozbudowy i modernizacji placówek służących osobom niepełnosprawnym.
6. Doskonalenia zawodowego kadr świadczących usługi rehabilitacyjne na rzecz osób niepełnosprawnych.
7. Dofinansowywania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i inne środki pomocnicze.
8. Rozwoju profilaktyki leczniczej dzieci w wieku 0-7 lat.
9. Zwiększenia dostępu do orzecznictwa o stopniu niepełnosprawności.
10. Promowania i wspierania rozwiązań zwiększających udział organizacji pozarządowych i wolontariatu w systemie pomocy osobom niepełnosprawnym i ich rodzinom.

Cel 3. Zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających rehabilitację społeczną, pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym, rekreacji i turystyce.

Osiągnięcie tak sformułowanego celu operacyjnego zakłada:

1. Wspieranie działań związanych z tworzeniem warsztatów terapii zajęciowej.
2. Zwiększenie udziału osób niepełnosprawnych aktywnych zawodowo oraz dzieci i młodzieży w turnusach rehabilitacyjnych.
3. Wspieranie działań zmierzających do usuwania barier architektonicznych, transportowych i w komunikowaniu się.
4. Wspieranie rozbudowy i modernizacji placówek służących osobom niepełnosprawnym.



5. Inicjowanie i wspieranie lokalnych programów zmierzających do aktywnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.
6. Wspomaganie stowarzyszeń i klubów sportowych grupujących dzieci i młodzież niepełnosprawną w ich działalności na rzecz terapii i rehabilitacji poprzez sport, aktywną rekreację i turystykę.
7. Wspieranie inicjatyw umożliwiających udział osób niepełnosprawnych w życiu kulturalnym i artystycznym.

Cel 4. Zwiększenie aktywności podmiotów i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

Podstawową zasadą współpracy administracji publicznej i organizacji pozarządowych powinno być partnerstwo. Przyczyni się to do efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów na rzecz poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych.

Realizacja tak określonego celu operacyjnego zależy będzie od:

1. Zintegrowania i wzmocnienia podmiotów gospodarczych i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.
2. Wspierania działań związanych z tworzeniem i działaniem lokalnych organizacji przedstawicielskich środowisk osób niepełnosprawnych.
3. Wspierania inicjatyw tworzenia i rozwijania działalności grup samopomocowych dla osób niepełnosprawnych i ich rodzin.

Cel 5. Wyrównywanie różnic w podregionach społeczno-gospodarczych województwa mazowieckiego.

Osoby niepełnosprawne na obszarach województwa słabiej rozwiniętych mają ograniczony dostęp do rehabilitacji leczniczej, zawodowej i społecznej.

Do realizacji tak sformułowanego celu operacyjnego konieczne będzie:

1. Wspieranie programów ukierunkowanych na wyrównywanie różnic pomiędzy podregionami województwa.
2. Podnoszenie poziomu wiedzy pracowników samorządowych w zakresie problematyki osób niepełnosprawnych.
3. Tworzenie platformy współpracy i porozumienia z instytucjami i organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych.



6. Analiza strategiczna SWOT

Jedną z najbardziej popularnych technik służących do konstruowania strategii jest analiza SWOT. Analiza SWOT: mocne strony (Strengths), słabe strony (Weaknesses), szanse (Opportunities), zagrożenia (Threats) ma na celu zbadanie i przeprowadzenie kompleksowej oceny zdolności do działania w konkretnym otoczeniu.

Najogólniej rzecz ujmując, analiza SWOT polega na zbadaniu silnych i słabych stron instytucji, a następnie ich konfrontacji z szansami i zagrożeniami tkwiącymi w jej bliższym i dalszym otoczeniu. Pozwoliła oszacować potencjał, jakim dysponujemy oraz odpowiedzieć na pytanie w jakim stopniu nasze zasoby odpowiadają potrzebom i wymogom środowiska, w którym działamy.

Badane grupy czynników są definiowane w następujący sposób:

- **Silne strony** (wewnętrzne czynniki pozytywne) to przede wszystkim to, co wyróżnia nas na tle innych. Są to te dziedziny działalności, które tworzą pozytywne wizerunek instytucji.
- **Słabe strony** (wewnętrzne czynniki negatywne) to te aspekty funkcjonowania, które ograniczają sprawność i mogą blokować rozwój instytucji.
- **Szanse** (zewnętrzne czynniki pozytywne) to wszystkie wydarzenia i procesy w otoczeniu, które tworzą sprzyjającą dla instytucji sytuację. Są to takie kierunki działalności, które mogą przynieść w przyszłości pozytywne społecznie efekty.
- **Zagrożenia** (zewnętrzne czynniki negatywne) to zbiór wydarzeń i procesów, które tworzą niekorzystną dla instytucji sytuację w otoczeniu. Zagrożenia są postrzegane jako bariery, utrudnienia i możliwości niebezpieczeństwa.

Jako podmiot analizy SWOT uznany został samorząd województwa.

Za przedział czasowy analizy dotychczasowych działań uznano okres do dwóch lat wstecz.

Analizie podlegało 5 wybranych wcześniej obszarów problemowych: ubóstwo, uzależnienia, starość, bezrobocie i niepełnosprawność.

6.1. Wyniki analizy SWOT obszarów planowania strategicznego

A. Ubóstwo

- Mocne strony
 - Pozyskanie do współpracy organizacji pozarządowych.
 - Prowadzenie systematycznych, planowych działań doraźnych.
 - Aktywizacja społeczności lokalnych.



- Słabe strony
 - Stały brak środków finansowych w stosunku do potrzeb.
 - Szacunkowy wzrost ilości osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej (3-4%).
 - Marginalizowanie problemów ubóstwa.
 - Brak strategii (działanie na przysłowiowe łatanie dziur).
- Szanse
 - Istnienie systemowych programów.
 - Wymóg Unii Europejskiej dotyczący ujednoczenia standardów prowadzenia polityki społecznej.
 - Aktywność społeczeństwa w działalności w NGO's.
 - Wzrastająca ranga polityczna tego obszaru (polityczna nośność).
- Zagrożenia
 - Rozwarstwienie społeczeństwa.
 - Narastanie problemu.
 - Negatywne trendy demograficzne i ekonomiczne.
 - Nierównomierny rozwój.
 - Brak systemowych programów.
 - Brak strategii polityki społecznej państwa.

B. Uzależnienia

- Mocne strony
 - Utworzenie sieci współpracy z organizacjami społecznymi i innymi instytucjami.
 - Zaczęto realizować legislację.
 - Zaplanowano i zrealizowano dwa wojewódzkie programy.
 - Wypracowano lepszą metodologię badań (trafniejsza diagnoza).
- Słabe strony
 - Nierówność pokrycia net workiem.
 - Białe plamy.
 - Brak strategii.
 - Jeszcze większa dotkliwość problemów ogólnych.
- Szanse
 - Import środków i metod z krajów Unii Europejskiej.
 - Pokażne zasoby antyuzależnieniowe.
- Zagrożenia
 - Niekorzystna tendencja w klimacie społecznym.



- Powszechna akceptacja narkotyków miękkich.
- Przyzwolenie kulturowe („jesteśmy obcy” z tematem).
- Niedostatki infrastruktury zewnętrznej (niezależnej od samorządu).
- Liberalizacja ustawodawcza.
- Dwukrotnie wyższy wskaźnik uzyskania i uzależnienia od narkotyków.
- Przepływ narkotyków przez granicę.

C. Starość

- Mocne strony
 - Istniejący potencjał profesjonalny w zakresie opieki.
 - Projekt rozwiązań systemowych.
 - Wzrost wagi politycznej grupy ludzi starych.
 - Możliwość wykorzystania zasobu ludzkiego.
- Słabe strony
 - Brak odpowiedniej infrastruktury oraz słabe jej zróżnicowanie.
 - Mała aktywność społeczna.
 - Brak świadomości problemu.
 - Słabo rozwinięty rynek usług.
- Szanse
 - Pozytywne wzory społeczne wyniesione z tradycją.
 - Procesy demograficzne: wzrost długości życia.
 - Możliwości planowania procesu: ubezpieczenia, fundusze emerytalne etc.
- Zagrożenia
 - Procesy demograficzne.
 - Brak infrastruktury.
 - Wzrost zagrożenia na terenach wiejskich.

D. Bezrobocie

- Mocne strony
 - Budowa sieci infrastruktury rynku pracy.
 - Ustabilizowane struktury sieci urzędów pracy.
 - Pozostanie części kadry (wykwalifikowanej).
- Słabe strony
 - Brak samorządowego programu w zakresie rynku pracy.
 - Utrata części kadry.



- Brak kreatywności w tworzeniu lokalnych programów aktywizacji zawodowej.
- Brak strategii i koncepcji tworzenia miejsc pracy.
- Szanse
 - Środki z Unii Europejskiej.
 - Powrót specjalistów z zagranicy.
 - Wysoka ranga polityczna problemu.
 - Zmiana świadomości społecznej (u młodzieży).
 - Tworzenie zróżnicowanych programów i alternatywnych form zatrudnienia.
- Zagrożenia
 - Brak spójności między strukturą zatrudnienia a systemem kształcenia zawodowego.
 - Brak szkoleń zawodowych.
 - Emigracja zarobkowa ludzi młodych i wydukowanych za granicę.

E. Niepełnosprawność

- Mocne strony
 - Stworzenie infrastruktury instytucjonalnej.
 - Wzrost liczby przystosowanych obiektów.
 - Współpraca z organizacjami pozarządowymi.
 - Realizacja wojewódzkiego programu.
- Słabe strony
 - Małe środki na realizację programów.
 - Niska aktywność samorządów w zakresie zatrudniania i aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych.
- Szanse
 - Środki pomocowe z Unii Europejskiej.
 - Rada d/s osób niepełnosprawnych na różnych szczeblach.
 - Świadomość społeczna.
- Zagrożenia
 - Niestabilność ustawodawstwa.
 - Świadomość społeczna.
 - Omijanie ustawodawstwa przy rozwiązaniach architektonicznych.



6.2. Zbiorcze zestawienie wyników badania wzajemnych uwarunkowań czynników analizy SWOT

Obszar strategiczny	Wyniki badania
Ubóstwo	<ol style="list-style-type: none">1. Wszystkie mocne strony pozwalają na wykorzystanie szans pojawiających się w otoczeniu.2. Słabe strony mogą zostać w 50% pól krzyżowych wzmocnione przez szanse w otoczeniu.3. Mocne strony nie niwelują części zagrożeń.4. Słabości wzmacniają zagrożenia.
Uzależnienia	<ol style="list-style-type: none">1. Umiarkowane wsparcie szans przez mocne strony.2. Słabe strony częściowo są przewyżczone przez szanse, częściowo jednak utrzymują swoje znaczenie.3. Na ogólną liczbę 28 pól krzyżowych w przypadku 14 (50%) można mówić o neutralizacji zagrożeń przez silne strony. W przypadku 6 pól zagrożenia przeważają, w odniesieniu do 8 pól można mówić o przewyżczeniu zagrożeń.4. We wszystkich obszarach występuje wzmocnienie się zagrożeń i słabych stron.
Starość	<ol style="list-style-type: none">1. Mocne strony zdecydowanie wzmocniają szanse.2. Słabe strony są częściowo neutralizowane przez szanse, ale w $\frac{1}{3}$ obszarów słabości dominują.3. Podobnie jest z zagrożeniami, które w przypadku 50% pól krzyżowych są neutralizowane przez mocne strony. W przypadku dalszych 25% atuty pozwalają przewyżczyć zagrożenia.4. We wszystkich obszarach występuje wzmocnienie się zagrożeń i słabych stron.
Bezrobocie	<ol style="list-style-type: none">1. W przypadku 11 pól krzyżowych mocne strony wzmocniają szanse, w pozostałych czterech wpływy się neutralizują.2. W około 30% obszarów szanse pozwalają na przewyżczenie słabych stron. W pozostałych 70% pól mamy do czynienia z neutralizacją słabych stron.3. W $\frac{2}{3}$ przypadków mocne strony neutralizują zagrożenia.4. We wszystkich obszarach słabości zwiększają zagrożenia.
Niepełnosprawność	<ol style="list-style-type: none">1. Występuje zdecydowane wzmocnienie się szans i mocnych stron. Dotyczy to wszystkich pól krzyżowych.2. Szanse neutralizują niemal wszystkie słabe strony.3. Podobnie mocne strony neutralizują zagrożenia w 12 polach krzyżowych (100%).4. W połowie pól krzyżowych następuje neutralizacja oddziaływań słabych stron i zagrożeń.



6.3. Rekomendacje w zakresie wyboru strategii

Obszar strategiczny	Rekomendowany wariant strategii	Uwagi
Ubóstwo	Agresywna: Oparta na mocnych stronach oraz wykorzystania szans pojawiających się w otoczeniu.	<ol style="list-style-type: none">1. Utrzymujący się wysoki poziom bezrobocia będzie powodował wzrost liczby osób i rodzin korzystających z pomocy społecznej.2. Aktywność społeczeństwa obywatelskiego wykazuje tendencję zniżkową.3. Rozwój wydarzeń na scenie politycznej powoduje niewielkie prawdopodobieństwo realizowania przez państwo wyrazistej strategii polityki społecznej.
Uzależnienia	Defensywna: Nastawienie się na redukcję słabych stron oraz unikanie zagrożeń ze strony otoczenia.	<ol style="list-style-type: none">1. Liczba zagrożeń wyraźnie dominuje nad liczbą szans.2. Silne strony stanowią właściwie inwentaryzację potencjału, który może być w pełni uruchomiony w dalszej przyszłości.
Starość	Konserwatywna: Wykorzystanie mocnych stron celem ograniczenia zagrożeń zewnętrznych.	<ol style="list-style-type: none">1. Słabości instytucjonalne i infrastrukturalne są trudne do przezwyciężenia w perspektywie krótko i średniokresowej.2. Procesy demograficzne (starzenie się społeczeństwa) mają charakter uwarunkowań obiektywnych.
Bezrobocie	Konkurencyjna: Przezwyciężenie słabych stron przez wykorzystanie szans jakie stwarza otoczenie.	<ol style="list-style-type: none">1. Kluczowe znaczenie dla osiągnięcia wymiernych efektów mają dwa czynniki: otwarcie się europejskiego rynku pracy oraz dostęp do znaczących środków finansowych z europejskich funduszy strukturalnych.2. Emigracja zarobkowa stanowi jednak zarazem poważne zagrożenie.
Niepełnosprawność	Agresywna: Wykorzystanie szans jakie pojawiają się w otoczeniu przez odwołanie się do mocnych stron.	<ol style="list-style-type: none">1. Neutralizacja zagrożeń i słabych stron wynikająca z analizy SWOT pozwala na podjęcie bardziej ekspansywnych działań.2. Wyzwaniem jest zmiana podejścia władz samorządowych do tej kwestii.



7. Uwarunkowania wdrożenia. Monitoring. Ewaluacja

1. Pierwszy typ uwarunkowań, to czynniki obiektywne, leżące poza wpływem i zasięgiem oddziaływania władz samorządowych województwa mazowieckiego. Do tego typu czynników zaliczamy m. in.:
 - koniunkturę gospodarczą;
 - wyniki wyborów parlamentarnych i związane z tym zmiany polityki państwa;
 - zdarzenia losowe (np. powódź);
 - społeczne działania masowe;
 - zasady finansowania działalności struktur samorządowych.
2. Drugi typ uwarunkowań to czynniki subiektywne, czyli pozostające w zakresie wpływów oraz w obszarze oddziaływania wojewódzkich władz samorządowych. Do tego typu czynników zaliczamy m. in.:
 - wybór celów strategicznych (priorytetów);
 - podjęcie decyzji wykonawczych (podział zadań i odpowiedzialności);
 - monitoring sposobu wykonywania decyzji;
 - kontrola efektów podjętych decyzji.
3. Z powyższego rozróżnienia wynika niezbicie, że działania o charakterze monitorującym i ewaluacyjnym odnoszą się wyłącznie do zadań przyjętych do realizacji przez wojewódzkie władze samorządowe oraz przez instytucje współdziałające.
4. Zasadniczo plan operacyjny każdego zadania objętego strategią powinien określać, czy celowe jest prowadzenie monitoringu wykonania zadania, czyli prac polegających na obserwacji, pomiarze i analizie procesu realizacji zadania. Generalnie można powiedzieć, że stosowanie monitoringu jest typowe dla zadań innowacyjnych oraz obarczonych z innych względów dużym ryzykiem. Stosowanie monitoringu ogranicza ryzyko, gdyż zwykle umożliwia modyfikację założeń lub/oraz warunków realizacji zadania.
5. Ewaluacja jest tu rozumiana jako wystandaryzowana procedura kontrolna, pozwalająca na określenie wymiernych rezultatów prowadzonych działań. Procedura ewaluacyjna powinna odpowiadać na trzy główne pytania:
 - a) jakie konkretne, wymierne efekty zostały osiągnięte w wyniku podjęcia określonych działań?
 - b) w jakim stopniu efekty te są zgodne z przyjętym planem realizacyjnym?
 - c) jakie czynniki spowodowały, że zaplanowane efekty zostały/nie zostały osiągnięte?
6. Przyjęcie powyższych ustaleń oznacza w praktyce, że dla każdego zadania, w ramach szczegółowego planu realizacyjnego, zostały określone liczbowe wskaźniki i parametry pozwalające na dokonanie oceny skutków przeprowadzonych działań.



7. Ważnym aspektem działań ewaluacyjnych jest kontrola dokumentacji realizowanych zadań. Z tego względu dokumentacja projektowa powinna być odpowiednio wystandaryzowana.
8. Często stosowanym narzędziem badawczym są sondaże opinii beneficjentów danego programu oraz badania opinii publicznej.
9. W przypadku zadań o dużej złożoności, trudności lub zadań wymagających szczególnych kompetencji procedura ewaluacyjna odwołuje się zwykle do opinii ekspertów.
10. Ogólną zasadą o charakterze etycznym, którą stosuje się w pracach ewaluacyjnych jest wymóg niezależności oceniających od wpływów instytucji i osób podlegających ocenie.

Ustala się podstawowe wskaźniki do monitorowania i ewaluacji wojewódzkiej strategii polityki społecznej w zakresie:

A. Ubóstwo

1. Rozwijanie działań na rzecz poprawy sytuacji bytowej osób i rodzin żyjących w biedzie.

1. Liczba gminnych strategii rozwiązywania problemów społecznych.
2. Liczba programów w zakresie wyrównywania szans edukacyjnych dzieci i młodzieży z rodzin ubogich.
3. Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w tych programach.
4. Liczba organizacji pozarządowych działających w sferze pomocy społecznej.
5. Liczba kobiet aktywnych zawodowo.
6. Udział ludności ubogiej wśród ogółu ludności na poziomie gminy/powiatu/województwa.
7. Liczba osób i rodzin korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu ubóstwa.
8. Ilość środków finansowych przeznaczonych na pomoc osobom i rodzinom ubogim przez samorządy.

2. Podnoszenie aktywności społeczno-zawodowej osób i grup zagrożonych wykluczeniem społecznym w celu zahamowania zjawiska marginalizacji.

1. Liczba szkoleń dla kadry instytucji pomocy społecznej w zakresie aktywizacji osób zagrożonych marginalizacją.
2. Liczba organizacji pozarządowych i wolontariuszy działających na rzecz osób i grup wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem społecznym.
3. Liczba Klubów Integracji Społecznej.
4. Liczba uchodźców objętych pomocą.



3. Aktywizowanie środowiska lokalnego w zakresie inicjowania i promowania wspólnotowych i samopomocowych form wspierania rodziny.

1. Liczba uchwalonych programów współpracy jednostek samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi.
2. Liczba stanowisk ds. współpracy z organizacjami pozarządowymi w jednostkach samorządu terytorialnego.
3. Liczba zorganizowanych wspólnych spotkań organizacji pozarządowych i przedstawicieli samorządu terytorialnego na rzecz rozwiązywania lokalnych problemów społecznych.
4. Liczba jednostek samorządu terytorialnego zlecających zadania pomocy społecznej organizacjom pozarządowym.
5. Udział organizacji pozarządowych w rozwiązywaniu problemów społecznych.
6. Liczba dzieci i młodzieży korzystających z pomocy w środowisku zamieszkania.

4. Podejmowanie działań na rzecz wspierania rodzin z dziećmi oraz zapobieganie patologiom w rodzinie.

1. Liczba działań o charakterze pomocowym.
2. Liczba poradni specjalistycznych, w tym rodzinnych w województwie.
3. Liczba dzieci, młodzieży i rodzin, którym udzielono pomocy.
4. Liczba placówek wsparcia dziennego.
5. Liczba rodzin zastępczych.
6. Liczba dzieci kierowanych do rodzinnych form opieki zastępczej i domów dziecka.
7. Skala przestępczości i niedostosowania społecznego dzieci i młodzieży.
8. Liczba osób objętych programem wsparcia środowiskowego.

5. Rozwój kadry pomocy społecznej i jakości pracy socjalnej.

1. Liczba szkoleń instruktażowych dla pracowników jednostek pomocy społecznej.
2. Liczba cyklicznych szkoleń doskonalących warsztat pracy socjalnej.
3. Liczba zorganizowanych kursów podnoszących kwalifikacje kadry pomocy społecznej.
4. Liczba zorganizowanych konferencji, seminariów z udziałem partnerów społecznych.
5. Liczba wydanych publikacji dotyczących stanu pomocy społecznej.

6. Zapewnienie osobom bezdomnym zaspokajanie elementarnych potrzeb egzystencjalnych, umożliwiającym im pełnienie użytecznych społecznie ról i funkcji zawodowych.

1. Liczba osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej z powodu bezdomności.



2. Liczba placówek dla osób bezdomnych jako miejsc wsparcia i pomocy.
3. Liczba organizacji pozarządowych działających na rzecz osób bezdomnych.
4. Liczba osób bezdomnych objętych wsparciem organizacji pozarządowych.
5. Liczba utworzonych lokalnych banków informacji o formach wsparcia dla osób bezdomnych.
6. Ilość środków finansowych przeznaczonych na pomoc osobom bezdomnym przez samorządy.

7. Wspieranie i promocja modelowych, innowacyjnych rozwiązań w zakresie zapobiegania bezdomności, przeciwdziałania jego skutkom, tworzenia szans i warunków wyjścia z bezdomności.

1. Liczba zintegrowanych systemów usług socjalnych na rzecz osób bezdomnych.
2. Liczba programów realizowanych na rzecz wychodzenia z bezdomności.
3. Liczba osób biorących udział w realizacji zadań programu.
4. Udział organizacji pozarządowych działających na danym terenie i aktywnie włączających się w programy oferowane i realizowane przez ośrodki pomocy społecznej.

B. Uzależnienia

1. Zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu.

1. Liczba dzieci, młodzieży i osób dorosłych uczestniczących w programach profilaktyczno-edukacyjnych.
2. Liczba szkół, świetlic, w których wdrażane są programy profilaktyczne i edukacyjne.
3. Liczba osób dorosłych profesjonalnie przygotowanych do prowadzenia zajęć profilaktyki uzależnień.
4. Liczba przeszkolonych liderów i wolontariuszy działających w środowisku dzieci i młodzieży – promujących zdrowy styl życia na Mazowszu.
5. Liczba abstynentów wśród dzieci i młodzieży do 18 lat.

2. Edukacja społeczeństwa w zakresie konsekwencji nadużywania alkoholu oraz ograniczania negatywnych skutków takich zachowań.

1. Dane z badania postaw i zachowań mieszkańców województwa mazowieckiego wobec problemów alkoholowych.
2. Zasięg terytorialny i zainteresowanie środowisk lokalnych dla kampanii edukacyjnych dostarczających wiedzę na temat strat spowodowanych nadużywaniem alkoholu.



3. Zainteresowanie mediów, wyrażane poprzez udział w konferencjach prasowych, publikacjach, audycjach radiowych i telewizyjnych, promujących zdrowy styl życia oraz dostarczających wiedzę na temat uzależnień.
4. Dane o działaniach służących upowszechnianiu wiedzy i informacji o programach profilaktycznych i instytucjach, świadczących usługi w tym zakresie oraz pomocy w przypadku występowania problemów alkoholowych.

3. Zmniejszenie udziału osób nietrzeźwych w naruszaniu prawa i porządku publicznego.

1. Liczba uczestników programów dla kierowców, obejmujących zagadnienia skutków prowadzenia pojazdów po spożyciu alkoholu, prowadzonych w ramach kursów związanych z uzyskaniem prawa jazdy.
2. Liczba zatrzymanych praw jazdy w związku z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.
3. Liczba wypadków komunikacyjnych związanych z używaniem alkoholu i osób poszkodowanych oraz ofiar.
4. Ilość przeprowadzonych interwencji policji w przypadkach przemocy w rodzinie z wykorzystaniem „Niebieskich Kart”.
5. Liczba osób skazanych uzależnionych od alkoholu – sprawców przemocy biorących udział w zajęciach terapeutycznych organizowanych w zakładach karnych.
6. Liczba przedstawicieli resortu więziennictwa i innych służb, przeszkolonych w celu prowadzenia programów terapeutycznych z osobami skazanymi uzależnionymi od alkoholu (sprawców przemocy).
7. Liczba dzieci i młodzieży, z grup zagrożonych uzależnieniem od alkoholu i przestępczością, która została objęta programami resocjalizacyjnymi i readaptacyjnymi w różnych placówkach opiekunczo-wychowawczych.

4. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i agresji rówieśniczej.

1. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w programach profilaktyki problemów agresji i przemocy rówieśniczej.
2. Liczba osób przygotowanych do realizacji procedury „Niebieskiej Karty”.
3. Liczba punktów konsultacyjno-informujących w zakresie problemów przemocy w rodzinie i możliwości uzyskiwania pomocy w placówkach i miejscach pobytowych.
4. Liczba osób przeszkolonych w zakresie profesjonalnej pomocy ofiarom przemocy w rodzinie.



5. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych oraz przedstawicieli różnych środowisk zawodowych i lokalnych w obszarach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

1. Stworzenie spójnego systemu informacji i działań, podejmowanych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom wśród mieszkańców województwa ze szczególnym uwzględnieniem problemów alkoholowych.
2. Integracja społeczności lokalnych wokół problemów związanych z uzależnieniami ze szczególnym uwzględnieniem problemów alkoholowych.
3. Zwiększenie roli i zadań organizacji pozarządowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.
4. Zwiększenie zaangażowania środowisk lokalnych w realizację medialnych kampanii społeczno-edukacyjnych.
5. Programy szkoleniowe przygotowujące do pracy w interdyscyplinarnych zespołach realizujących na terenie powiatu czy gminy zadania w zakresie przeciwdziałania i rozwiązywania problemów alkoholowych.
6. Ilość środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych przez samorzady gminne, powiatowe oraz samorząd województwa.

6. Zwiększenie zaangażowania społeczności lokalnych w zapobieganie używaniu i ograniczania dostępności do środków psychoaktywnych.

1. Monitorowanie poziomu wiedzy o narkomanii i narkotykach (na podstawie badań ankietowych w różnych grupach wiekowych).
2. Monitorowanie postaw wobec substancji psychoaktywnych, mapa widoczności problemu na tle innych zjawisk społecznych (na podstawie badań ankietowych w różnych grupach wiekowych).
3. Liczba programów profilaktycznych, realizowanych w danym środowisku lokalnym.
4. Liczba szkół, w których realizowane są programy profilaktyczne, adresowane do dzieci i młodzieży.
5. Liczba szkół, placówek, które podjęły profilaktykę, skierowaną do młodzieży eksperymentującej z narkotykami.
6. Ilość środków finansowych przeznaczonych na profilaktykę narkomanii przez samorzady gminne, powiatowe oraz samorząd województwa.



7. Podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat zagrożeń i problemów związanych z używaniem środków psychoaktywnych, mechanizmów powstawania uzależnienia i możliwości zapobiegania narkomanii.

1. Liczba lokalnych strategii rozwiązywania problemów społecznych uwzględniających problematykę narkotyków i narkomanii.
2. Liczba szkoleń dla przedstawicieli samorządów lokalnych.
3. Liczba samorządów realizujących programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży, realizowane w środowisku zamieszkania.
4. Liczba programów ukierunkowanych na przygotowanie liderów młodzieżowych do pracy środowiskowej.

8. Zwiększenie liczby kompetentnych realizatorów programów profilaktycznych.

1. Liczba szkoleń dla osób realizujących zadania profilaktyczne w szkołach i placówkach oświatowych.
2. Liczba szkoleń z zakresu profilaktyki narkomanii skierowanych do osób działających w pozaszkolnych placówkach i instytucjach, obejmujących dzieci i młodzież.
3. Liczba podmiotów, którym udzielono wsparcia i konsultacji w prowadzeniu szkoleń.
4. Liczba osób przeszkolonych z zakresu profilaktyki narkomanii działających w szkołach i placówkach oświatowych.
5. Liczba osób przeszkolonych z zakresu profilaktyki narkomanii działających w placówkach i instytucjach pozaszkolnych.

9. Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie leczenia, rehabilitacji i ograniczania szkód zdrowotnych poprzez rozwój specjalistycznych placówek i programów.

1. Liczba zakładów opieki zdrowotnej prowadzących na terenie województwa leczenie, rehabilitację i programy ograniczania szkód zdrowotnych.
2. Utworzenie bazy danych o placówkach z uwzględnieniem specyfiki świadczonych usług.
3. Liczba szkoleń zrealizowanych w skali województwa.
4. Liczba osób objętych leczeniem substytucyjnym.
5. Liczba osób korzystających z programów postrehabilitacyjnych.
6. Liczba osób korzystających z placówek readaptacji społecznej.
7. Liczba osób uzależnionych od narkotyków, objętych specjalistycznymi programami w placówkach penitencjarnych i zakładach dla nieletnich.



C. Starość

1. Podniesienie poziomu i rozwój usług instytucji opieki całodobowej i usług dla osób starych świadczonych w miejscu zamieszkania.

1. Liczba placówek opieki całodobowej dla osób starych.
2. Czas oczekiwania na miejsce w domu pomocy społecznej.
3. Liczba dziennych placówek wsparcia dla osób starych.
4. Czas oczekiwania na miejsce w domu dziennego pobytu.
5. Liczba osób w wieku 60 lat i więcej na 1 miejsce w domach dziennego pobytu.
6. Zaspokojenie zapotrzebowania na usługi opiekuńcze.
7. Liczba osób objętych usługami rehabilitacyjnymi.
8. Liczba gmin, w których realizowane są programy pomocowe dla osób starych.

2. Podniesienie jakości życia osób starych poprzez zwiększenie dostępności do oferty pomocowej i możliwych form aktywności.

1. Liczba gmin, w których został stworzony system interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej.
2. Liczba szkoleń, seminariów i konferencji dla pracowników zatrudnionych w ośrodkach pomocy społecznej.
3. Liczba szkoleń, seminariów i konferencji dla pracowników zatrudnionych w domach pomocy społecznej dla osób starych.
4. Udział organizacji pozarządowych i wolontariuszy w systemie pomocy osobom starym.

3. Ograniczenie procesu marginalizacji problemów ludzi starych, zmniejszenie rozmiarów zjawiska społecznego wykluczenia.

1. Udział organizacji pozarządowych działających na rzecz osób starszych.
2. Liczba osób objętych wsparciem organizacji pozarządowych.
3. Liczba utworzonych lokalnych banków informacji o alternatywnych formach wsparcia.
4. Liczba akcji medialnych, konferencji, seminariów, konkursów, wystaw, widowisk artystycznych, imprez integracyjnych promujących i popularyzujących warunki życia, problemy i potrzeby ludzi starszych.
5. Udział osób starszych w powyższych akcjach.
6. Opis działań jakie wykonano i zmian, jakie nastąpiły w świadomości społecznej wobec starości i starzenia się społeczeństwa.



4. Koordynacja i wspieranie działań administracji publicznej, organizacji pozarządowych, środowisk lokalnych w zakresie tworzenia perspektywicznego programu zaspokajania potrzeb ludzi starych.

1. Liczba osób starych, w tym niesprawnych objętych wsparciem w gminach województwa.
2. Liczba realizowanych programów mających na celu aktywizowanie społeczności lokalnych na rzecz pomocy osobom starym.
3. Liczba wspólnych inicjatyw podmiotów polityki społecznej na rzecz pomocy ludziom starym.
4. Ilość środków finansowych przeznaczonych na pomoc osobom starszym przez samorządy gminne, powiatowe oraz samorząd województwa.
5. Zainteresowanie mediów wyrażane poprzez udział w konferencjach, seminariach, publikacjach, audycjach radiowych i telewizyjnych w zakresie problematyki starszego pokolenia.
6. Badanie warunków i poziomu życia osób w wieku poprodukcyjnym w województwie.

D. Bezrobocie

1. Podniesienie wiedzy i świadomości dotyczącej rynku pracy poprzez wzmocnienie dialogu społecznego i partnerstwa na rynku pracy.

1. Liczba osób długotrwale bezrobotnych zarejestrowanych w powiatowych urzędach pracy.
2. Liczba osób długotrwale bezrobotnych korzystających ze świadczeń pomocy społecznej.
3. Liczba realizowanych lokalnych programów na rzecz aktywizacji świadczeniobiorców pomocy społecznej.
4. Liczba osób biorących udział w realizacji zadań programu.
5. Opracowywanie raportów i analiz dotyczących różnorodnych form pomocy rodzinom, w których występuje problem bezrobocia.

2. Łagodzenie społecznych skutków długotrwałego bezrobocia i przeciwdziałanie dyskryminacji na rynku pracy.

1. Liczba osób długotrwale bezrobotnych, które w wyniku uczestnictwa w programie/ szkoleniu podjęło zatrudnienie.
2. Liczba szkoleń dla pracowników służb publicznych i organizacji pozarządowych pracujących z osobami długotrwale bezrobotnymi.
3. Liczba zasiłków, pożyczek oraz pomocy w naturze przyznana przez samorządy na ekonomiczne usamodzielnienie się osobom długotrwale bezrobotnym.



4. Ilość środków finansowych przeznaczonych na pomoc osobom długotrwale bezrobotnych przez samorządy.

3. Podniesienie poziomu aktywizacji społeczno-zawodowej osób bezrobotnych świadczeniobiorców pomocy społecznej.

1. Liczba opracowanych planów działań na rzecz zatrudnienia osób społecznie wykluczonych w ramach partnerstwa społecznego przy udziale podmiotów działających na rynku pracy oraz w obszarze pomocy społecznej.
2. Liczba lokalnych programów na rzecz aktywizacji świadczeniobiorców pomocy społecznej.
3. Liczba osób biorących udział w realizacji zadań programu.
4. Liczba osób długotrwale bezrobotnych, którzy w wyniku udziału w programie podjęli zatrudnienie.

E. Niepełnosprawność

1. Wspieranie przemian świadomości społecznej odnośnie problematyki osób niepełnosprawnych.

1. Liczba osób niepełnosprawnych ogółem oraz według miejsca zamieszkania, wykształcenia, wieku, stanu cywilnego i płci.
2. Liczba osób niepełnosprawnych według głównych źródeł utrzymania.
3. Liczba domów pomocy społecznej oraz domów środowiskowego wsparcia.
4. Liczba organizacji pozarządowych działających na rzecz osób niepełnosprawnych.
5. Liczba akcji medialnych, konferencji, seminariów, konkursów, wystaw, ekspozycji, widowisk artystycznych, imprez integracyjnych, promujących i popularyzujących warunki życia, problemy i potrzeby osób niepełnosprawnych, ich osiągnięcia zawodowe, społeczne i artystyczne.
6. Opis działań jakie wykonano i zmian jakie nastąpiły w świadomości społeczności lokalnej wobec osób niepełnosprawnych, ich potrzeb i praw.

2. Zwiększenie dostępu do leczenia, opieki i rehabilitacji medycznej.

1. Liczba placówek służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych położonych na terenie powiatu.
2. Liczba osób niepełnosprawnych zamieszkujących na terenie powiatu, poddanych leczeniu w obiektach służących rehabilitacji położonych na terenie powiatu ogółem, w tym dzieci w wieku od 0-7 lat.



3. Liczba świadczeń w zakresie rehabilitacji wykonywanych w obiektach służących rehabilitacji osób niepełnosprawnych położonych na terenie powiatu/województwa.
4. Liczba złożonych wniosków w sprawie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
5. Kwota wypłaconego dofinansowania odnośnie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
6. Liczba wypłaconych dofinansowań na rzecz dzieci i młodzieży odnośnie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
7. Kwota wypłaconego dofinansowania na rzecz dzieci i młodzieży odnośnie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
8. Liczba wypłaconych dofinansowań na rzecz mieszkańców wsi odnośnie dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
9. Kwota wypłaconego dofinansowania na rzecz mieszkańców wsi odnośnie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
10. Liczba wypłaconych dofinansowań odnośnie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej.
11. Kwota wypłaconego dofinansowania odnośnie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób prawnych i jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej.

3. Zwiększenie dostępu do dóbr i usług umożliwiających rehabilitację społeczną, pełne uczestnictwo w życiu społecznym, kulturalnym, artystycznym, sportowym, rekreacji i turystyce.

1. Liczba złożonych wniosków o utworzenie nowych warsztatów terapii zajęciowej w roku sprawozdawczym.
2. Liczba zawartych umów na utworzenie nowych warsztatów terapii zajęciowej w roku sprawozdawczym (jedna umowa = jeden WTZ).
3. Ogólne koszty poniesione na tworzenie WTZ z uwzględnieniem wszystkich źródeł finansowania w roku sprawozdawczym.
4. Kwota dofinansowania wypłacona ze środków PFRON na tworzenie WTZ w roku sprawozdawczym.
5. Dofinansowanie ogółem kosztów działania WTZ powstałych w roku sprawozdawczym.
6. Kwota dofinansowania wypłacona ze środków PFRON na działanie WTZ powstałych w roku sprawozdawczym.
7. Dofinansowanie ogółem działania WTZ powstałych w latach poprzednich oraz w roku sprawozdawczym.



8. Kwota dofinansowania wypłacona ze środków PFRON na działanie WTZ powstałych w latach poprzednich oraz w roku sprawozdawczym.
9. Ogólna liczba działających WTZ w powiecie według stanu na koniec okresu sprawozdawczego.
10. Ogólna liczba uczestników WTZ w powiecie według stanu na koniec okresu sprawozdawczego.
11. Liczba młodzieży niepełnosprawnej uczestniczącej w WTZ w powiecie według stanu na koniec okresu sprawozdawczego.

12.	$\text{Udział młodzieży w WTZ} = \frac{\text{Liczba młodzieży w WTZ}}{\text{Ogólna liczba uczestników WTZ}} \times 100$
13.	$\text{Średni koszt działania WTZ} = \frac{\text{Ogólna kwota dofinansowania działania WTZ}}{\text{Ogólna liczba działających WTZ}}$
14.	$\text{Średni koszt utrzymania uczestnika WTZ} = \frac{\text{Ogólna kwota dofinansowania działania WTZ}}{\text{Ogólna liczba uczestników WTZ}}$

15. Rozmieszczenie WTZ – przedstawić w formie graficznej na mapie województwa z zaznaczeniem liczby warsztatów w każdym powiecie.
16. Liczba osób niepełnosprawnych ubiegających się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych wraz z opiekunami w okresie sprawozdawczym, w tym liczba opiekunów.
17. Liczba osób niepełnosprawnych mieszkańców wsi ubiegających się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych wraz z opiekunami, w tym liczba opiekunów.
18. Liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych wraz z opiekunami, w tym liczba opiekunów.
19. Liczba aktywnych zawodowo dorosłych niepełnosprawnych ubiegających się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych wraz z opiekunami, w tym liczba opiekunów.
20. Ilość przyznanych dofinansowań (łącznie z dofinansowaniem opiekunów) – ogółem.
21. Ilość przyznanych dofinansowań (łącznie z dofinansowaniem opiekunów) na rzecz mieszkańców wsi.



22. Ilość przyznanych dofinansowań (łącznie z dofinansowaniem opiekunów) na rzecz dzieci i młodzieży.
23. Ilość przyznanych dofinansowań (łącznie z dofinansowaniem opiekunów) na rzecz aktywnych zawodowo dorosłych osób niepełnosprawnych.
24. Kwota wypłaconego dofinansowania (łącznie z dofinansowaniem opiekunów), w tym na rzecz opiekunów.
25. Kwota wypłaconego dofinansowania na rzecz dzieci i młodzieży, w tym na rzecz opiekunów dzieci i młodzieży.
26. Kwota wypłaconego dofinansowania na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców wsi, w tym na rzecz opiekunów niepełnosprawnych mieszkańców wsi.
27. Kwota wypłaconego dofinansowania na rzecz aktywnych zawodowo dorosłych niepełnosprawnych, w tym na rzecz opiekunów aktywnych zawodowo dorosłych niepełnosprawnych.

28.

$$\text{Stopień zaspokojenia potrzeb} = \frac{\text{Ilość przyznanych dofinansowań}}{\text{Liczba osób ubiegających się o dofinansowanie w zakresie turnusów rehabilitacyjnych}} \times 100$$

29. Stopień zaspokojenia potrzeb powinien być liczony według powyższego wzoru dla ogółu osób niepełnosprawnych, dzieci i młodzieży, mieszkańców wsi oraz aktywnych zawodowo niepełnosprawnych.

30.

$$\text{Średnie dofinansowanie turnusów} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Ilość przyznanych dofinansowań}} \times 100$$

31. Średnie dofinansowanie turnusów rehabilitacyjnych należy wyliczyć według powyższego wzoru dla ogółu osób niepełnosprawnych, dzieci i młodzieży, mieszkańców wsi oraz aktywnych zawodowo niepełnosprawnych.
32. Liczba wniosków osób niepełnosprawnych o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.
33. Kwota dofinansowania o jaką występowano we wnioskach o dofinansowanie likwidacji barier – ogółem, z tego: architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych.
34. Liczba wypłaconych dofinansowań na rzecz osób niepełnosprawnych, z tego: na bariery architektoniczne, bariery w komunikowaniu się, bariery techniczne.



35.

$$\text{Stopień realizacji wniosków o dofinansowanie likwidacji barier} = \frac{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}}{\text{Liczba wniosków o dofinansowanie}} \times 100$$

36. Według powyższego wzoru należy wyliczyć stopień realizacji wniosków w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się oraz technicznych.

37.

$$\text{Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie likwidacji barier} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Wnioskowana kwota dofinansowania}} \times 100$$

38. Według powyższego wzoru należy wyliczyć stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się oraz technicznych.

39. Kwota wypłaconego dofinansowania osobom niepełnosprawnym, z tego: na bariery architektoniczne, bariery w komunikowaniu się, bariery techniczne.

40.

$$\text{Średnia kwota dofinansowania likwidacji barier architektonicznych} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}} \times 100$$

41.

$$\text{Średnia kwota dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}} \times 100$$

42.

$$\text{Średnia kwota dofinansowania likwidacji barier technicznych} = \frac{\text{Kwota wypłaconych dofinansowań}}{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}} \times 100$$

43. Liczba wypłaconych dofinansowań na rzecz dzieci i młodzieży niepełnosprawnej odnośnie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

44. Kwota wypłaconych dofinansowań na rzecz dzieci i młodzieży odnośnie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

45.

$$\text{Średnia kwota dofinansowania likwidacji barier na rzecz dzieci i młodzieży} = \frac{\text{Kwota wypłaconych dofinansowań}}{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}} \times 100$$



46. Liczba wypłaconych dofinansowań na rzecz mieszkańców wsi odnośnie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.
47. Kwota wypłaconych dofinansowań na rzecz mieszkańców wsi odnośnie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.
48.

$\text{Średnia kwota dofinansowania w zakresie likwidacji barier wśród mieszkańców wsi} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Liczba wypłaconych dofinansowań}} \times 100$
--
49. Liczba złożonych wniosków o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.
50. Kwota dofinansowania o jaką występowano we wnioskach o dofinansowanie sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.
51. Liczba wypłaconych dofinansowań sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych.
52. Wypłacona kwota dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych – ogółem.
53. Liczba wypłaconych dofinansowań sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych na rzecz dzieci i młodzieży.
54. Wypłacona kwota dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych na rzecz dzieci i młodzieży.
55. Liczba wypłaconych dofinansowań sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych – na rzecz mieszkańców wsi.
56. Wypłacona kwota dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych – na rzecz mieszkańców wsi.
57.

$\text{Stopień zaspokojenia potrzeb w zakresie dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki} = \frac{\text{Kwota wypłaconego dofinansowania}}{\text{Kwota wnioskowana}} \times 100$
--
58. Według powyższego wzoru należy policzyć stopień zaspokojenia potrzeb w powyższej sprawie wśród dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz mieszkańców wsi.

4. Zwiększenie aktywności podmiotów i organizacji działających na rzecz osób niepełnosprawnych.

1. Liczba akcji medialnych, seminariów, konkursów, wystaw, ekspozycji, imprez integracyjnych, promujących i popularyzujących warunki życia, problemy i potrzeby osób niepełnosprawnych oraz ich osiągnięcia zawodowe, społeczne i artystyczne.



2. Udział osób niepełnosprawnych w powyższych akcjach, w tym liczba dzieci i młodzieży niepełnosprawnych oraz mieszkańców wsi.

5. Wyrównywanie różnic w podregionach społeczno-gospodarczych województwa mazowieckiego.

Każde z zadań realizowane w tym obszarze będzie analizowane według uprzednio wymienionych wskaźników w ramach podregionów społeczno-gospodarczych województwa. Podział województwa na podregiony został dokonany z uwzględnieniem PKB na jednego mieszkańca powiatu, zgodnie z zasadami stosowanymi w Głównym Urzędzie Statystycznym we wszystkich analizach i publikacjach. Województwo podzielono na 5 podregionów: ciechanowsko-płocki, ostrołęcko-siedlecki, radomski, warszawski i m. st. Warszawa.