

Sažetak

Socijalna zaštita i socijalna uključenost u Hrvatskoj

Studija

1. Ova studija predstavlja prikaz trenutnog stanja na području socijalne uključenosti i socijalne zaštite u Hrvatskoj u vremenu kada se završava priprema Zajedničkog memoranduma o uključivanju (JIM) u okviru puta prema punopravnom članstvu u Europskoj uniji. Studija pruža najnovije podatke o siromaštvu i socijalnoj isključenosti, stavlja ih u povijesni kontekst, te promatra strateške ciljeve vladine politike kao i uloge različitih interesnih skupina. Ona daje pregled strukture, poteškoća te postojećih i predloženih reformi sustava socijalne zaštite/socijalne skrbi, mirovinskog sustava te sustava zdravstvene zaštite. Prepoznaje glavne teškoće u budućem procesu modernizacije ovih sustava s ciljem poboljšanja njihove djelotvornosti u borbi protiv socijalne isključenosti. Naposljetku iznosi, u kontekstu tekućih procesa povezanih s izradom Zajedničkog memoranduma o uključivanju, okvirne preporuke za provedbu reformi u srednjoročnom razdoblju. Ovaj sažetak daje kratki pregled studije, na engleskom i hrvatskom jeziku.

Republika Hrvatska: ekonomski, financijski i demografski okvir

2. U svom jedinstvenom položaju među zemljama kandidatkinjama i državama članicama Europske unije, Hrvatska je u razdoblju od 15 godina prošla 'trostruku tranziciju'; iz rata u mir, iz planske ekonomije u slobodnu tržišnu ekonomiju i iz jednostranačkog sustava u pluralističku demokraciju. U vrijeme rata, rano razdoblje tranzicije obilježila je hiperinflacija, porast nezaposlenosti i negativan gospodarski rast koji je rezultirao smanjenjem BDP-a u 1993. na 60% vrijednosti iz 1989. Nakon uvođenja stabilizacijskog programa krajem 1993. uslijedio je solidan gospodarski rast koji je izostao samo 1999., a od 2000. iznosi više od 4% prosječno godišnje. BDP po stanovniku prema paritetu kupovne moći 2005. je iznosio oko €10.000, što je približno 47% prosječnog BDP-a 25 država članica Europske unije. Postoje značajne regionalne razlike u gospodarskom razvoju te je BDP po stanovniku u gradu Zagrebu tri puta veći od onoga u nekim od najsiromašnijih županija stradalih u ratu.

3. Hrvatska je suočena s visokom stopom nezaposlenosti. U skladu s metodologijom Međunarodne organizacije rada (ILO), u 2004. godini zabilježena je stopa nezaposlenosti od 13.6%, najviša među zemljama kandidatkinjama i državama članicama Europske unije, s izuzetkom Poljske i Slovačke. Ovako visoku stopu nezaposlenosti pratila je i niska stopa participacije, posebice žena. Stopa nezaposlenosti je naročito visoka među mladima (od 15 do 24 godina starosti), među stanovništvom starije životne dobi (od 55 do 64 godina starosti), te među ženama. Uz to, gotovo polovica nezaposlenih imaju takav status dulje od godinu dana. U pogledu trenda, uočava se da je stopa nezaposlenosti u padu, ali vrlo blagom.

4. Hrvatsko gospodarstvo karakterizira visoki vanjski dug s udjelom vanjskog duga u BDP-u od oko 83% i deficitom tekućeg računa platne bilance od preko 6% BDP-a u 2005. Prosječna plaća krajem 2005. iznosila je 6.409 kn, što je približno jednako

€870, uključujući poreze i doprinose. Koncem 2005. javni dug dosegao je razinu od oko 45% BDP-a.

5. Hrvatska ima oko 4,4 milijuna stanovnika i taj je broj u stalnom opadanju. Stopa ukupnog fertiliteta je niska, oko 1,35, pa je prisutno izraženo starenje stanovništva. Broj stanovnika u Hrvatskoj se smanjio između popisa stanovništva provedenog u 1991. i onog iz 2001., ne samo kao posljedica starenja stanovništva, već dijelom kao rezultat ratnih zbivanja i njihovih posljedica. Nadalje, udio stanovnika, pripadnika srpske manjine pao je s 12,2% u 1991. na 4,5% u 2001. Demografske projekcije pokazuju da bi se stanovništvo u Hrvatskoj do 2050. moglo smanjiti za 1/5, na nekih 3.7 milijuna stanovnika. Predviđa se da bi se broj radno sposobnog stanovništva (od 15 do 64 godina starosti) mogao smanjiti za gotovo 30% u razdoblju od 2005. do 2050., a njegov udio u ukupnom stanovništvu pasti sa 67% u 2005. na 57% u 2050. Broj osoba starije životne dobi (od 65 godina na više) porast će za nekih 20%, tako da se očekuje da će stopa ovisnosti starijeg stanovništva, tj. odnos broja stanovnika u starijoj životnoj dobi i stanovništvu u radnoj dobi, porasti s 26%, koliko je iznosio u 2005., na 50% u 2050. Ovakvi su trendovi uobičajeni za sadašnje države članice Europske unije.

6. Stopa rizika od siromaštva, izražena kao postotak stanovništva koje živi s dohocima ispod granice od 60% medijana ukupnog dohotka, iznosila je 16,7% u 2004., što je iznad prosjeka Europske unije koji je iznosio 15%. Socijalni transferi smanjuju stopu rizika od siromaštva s 33,7%, koliko bi ona iznosila da ne postoje ovi transferi, što je jedna od najjačih stopa smanjenja u usporedbi s Europskom unijom i ostalim zemljama kandidatkinjama. Razina nejednakosti u Hrvatskoj, mjerena Ginijevim koeficijentom, iznosi 0,29, što je neznatno više od prosjeka u 25 država članica Europske unije.

7. Ukupni rashodi državnog proračuna za socijalnu zaštitu su u postupnom smanjenju od 2002. Prema računovodstvenoj metodologiji GFS 2001, ti su rashodi 2005. godine iznosili oko 18,5% BDP-a, dok su 2002. iznosili 20% BDP-a. Nažalost, službeni podaci koji se odnose na ovo područje prilično su zbunjujući. Podaci o rashodima prema EU metodologiji za izradu integrirane statistike socijalne zaštite (ESSPROS) još uvijek nisu dostupni. Statistički podaci o izdacima države za socijalnu zaštitu su rijetki i podložni promjenama u računovodstvenom standardu. Međutim, čini se da je glavni uzrok nedavnog relativnog smanjenja ukupnih socijalnih rashoda pad udjela mirovinskih rashoda u BDP-u, koji je 2004. iznosio 12,7%, a 2000. 14,1% BDP-a. Javni rashodi za zdravstvo za 2004. se procjenjuju na 6,8% BDP-a.

Socijalna uključenost i socijalna zaštita – povijesne perspektive, decentralizacija i strateški pravci

8. Suvremena Hrvatska još uvijek nosi obilježja ostavštine bizmarkovskog sustava socijalnog osiguranja i zdravstvene zaštite koji datiraju s kraja 19. i početka 20. stoljeća. Dok su neki elementi tog sustava vremenom nestali, naročito u ranim godinama socijalističkog sustava uspostavljenog nakon 1945., kojeg je obilježila ubrzana urbanizacija i dualna struktura društva podijeljenog između novonastalih industrijskih radnika i malih poljoprivrednih proizvođača, drugi su se elementi

razvijali, naročito u smjeru univerzalne pokrivenosti zdravstvene zaštite, univerzalnog javnog obrazovanja i programa za opismenjavanje ukupnog stanovništva. U eri 'samoupravnog socijalizma', za razliku od onih komunističkih zemalja koje su bile dio sovjetskog bloka, postojala je svijest o potrebi za stručnim programima u području socijalnog rada i socijalne pomoći kako bi se riješili socijalni problemi, popraćena razmjerno visokom razinom decentralizacije i određenom tolerancijom prema dobrotvornim aktivnostima nevladinih organizacija. U 80-im godinama niz ekonomskih, a kasnije i političkih, kriza prouzrokovao je veliki pritisak na sustav socijalne zaštite, dok se programima za upravljanje kriznom situacijom pokušao zajamčiti socijalni minimum pružanjem socijalne pomoći i onima koji su bili sposobni za rad.

9. U kontekstu rata i borbe za samostalnost, 1993. godine donesen je novi Socijalni program kojim su uvedene socijalne iskaznice za dokazivanje statusa korisnika socijalne pomoći kao i dobivanje humanitarne pomoći, a koje je koristilo 5,4% stanovništva. Izbjeglička kriza stavila je ogroman pritisak na centre za socijalni rad u ovom razdoblju. Donošenjem novih zakonskih propisa 1997. započela je modernizacija sustava socijalne skrbi, promičući decentralizaciju, premda u ograničenoj mjeri, diversifikaciju uključivanjem pružatelja usluga iz nevladinog sektora, te stavljanjem većeg naglaska na individualni trud i odgovornost.

10. Djelomično kao posljedica rata, ali i svjesnim političkim izborom, Hrvatska je u ranim 90-ima izgradila snažno centraliziran politički sustav. Štoviše, taj proces su poticali zakoni koji su dopuštali brz rast malih, neodrživih općina te složenu raspodjelu odgovornosti između državnih, regionalnih (županijskih) i lokalnih razina vlasti. Do 2003. nakon ograničenih pokušaja decentralizacije, rashodi lokalne i regionalne vlasti iznosili su oko 15,2% svih rashoda iz državnog proračuna, što je još uvijek vrlo niski postotak prema standardima Europske unije.

11. U posljednjem desetljeću pripremljeni su mnogi strateški dokumenti, koji su bili međusobno slabo usklađeni, a čija je primjena često izostala. Za novi Strateški okvir za razvoj Hrvatske 2006.-2013. tek počinje proces konzultacija. Dokument uključuje 'socijalnu koheziju i socijalnu pravdu' kao jedno od deset ključnih područja razvoja. K tome, nacrt Nacionalne strategije regionalnog razvoja, nedavno dovršen uz pomoć sredstava iz programa CARDS, preporuča donošenje Programa za područja s razvojnim poteškoćama s ciljem smanjenja regionalnih razlika u dohocima i životnom standardu. Izvjestan broj drugih dokumenata također se referira na borbu protiv socijalne isključenosti, ali oni su općenito nedovoljno koherentni i premalo međusobno povezani. Određeni se problemi mogu uočiti u uspostavi međusobnog dijaloga između interesnih skupina u borbi protiv socijalnog isključivanja u kojem su se do danas vrlo malo izravno aktivirale skupine isključenih osoba i organizacije koje ih zastupaju, skupine koje predstavljaju mlade i osobe starije životne dobi, skupine iz ruralnog područja, privatnog sektora te profesionalne udruge.

Siromaštvo i socijalna isključenost: profil i pokazatelji

12. U Hrvatskoj ne postoji službena granica siromaštva, a sve do kasnih 90-ih postojao je i vrlo mali broj znanstvenih istraživanja na tu temu. Nadalje, koncepcija 'socijalne isključenosti' tek počinje privlačiti pažnju akademskih krugova, nositelja politike i široke javnosti. Prvo i najutjecajnije istraživanje o siromaštvu provela je Svjetska banka 2000. na temelju podataka o potrošnji u kućanstvima, koje je pokazalo da oko 10% stanovništva ne može pokriti troškove osnovnih životnih potreba. Druga, često citirana brojka je ona koja se odnosi na 'subjektivno siromaštvo', visokih 80%, iako je postotak onih koji izražavaju 'velike poteškoće' pri zadovoljavanju osnovnih potreba znatno niži, približno 10%. Postoji određeni broj „implicitnih“ granica siromaštva kao što su troškovi potrošačke košarice koje izračunavaju radnički sindikati, iznos osobnog odbitka (trenutno 1.600 kn mjesečno) pri oporezivanju ili iznos naknada socijalne pomoći koja trenutno iznosi 400 kn mjesečno.

13. Izračuni temeljeni na EUROSTAT metodologiji pojavili su se tek nedavno i još uvijek nije moguće izračunati sve pokazatelja prihvaćene na zasjedanju Europskog vijeća u Laekenu. Kao što smo već naveli, glavni pokazatelj je stopa rizika od siromaštva, koja je iznosila 16,7% u 2004., pri čemu je u definiciju ukupnog dohotka uključen i dohodak u naturi. Rizične skupine koje se javljaju u većim postocima uključuju: osobe starije životne dobi, posebice žene; kućanstva sa samo jednim članom; nezaposlene (pogotovo dugotrajno nezaposlene i osobe s niskim stupnjem obrazovanja). Ostala istraživanja pokazuju da iznadprosječan rizik od siromaštva imaju poljoprivrednici; romsko stanovništvo; stanovništvo iz ruralnih područja te stanovništvo iz područja stradalih u ratu.

14. U pogledu jaza u spoznajama o siromaštvu i socijalnoj isključenosti bitno je spomenuti nedostatak vremenske dimenzije za podatke prikupljene anketnim istraživanjima, tako da ne postoje informacije o tokovima pojedinaca i kućanstava u i/ili iz siromaštva. Također, određeni broj socijalno osjetljivih skupina nije dostatno statistički istražen, naročito se to odnosi na osobe s invaliditetom, nacionalne manjine, stanovništvo iz ruralnih područja i osobe stradale u ratu, kao i na skupine koje su premale ili obično nisu pokrivena anketnim istraživanjima širokog obuhvata kao što su institucionalizirane osobe, beskućnici itd.

Sustav socijalne zaštite

15. Na državnoj razini, odgovornosti za socijalnu zaštitu i socijalnu skrb podijeljene su između tri ministarstva, a glavnu nadležnost ima Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Ustrojeno je 80 centara za socijalnu skrb u kojima je zaposleno oko 1.892 ljudi. Nakon reformi provedenih u 2003. došlo je do određene decentralizacije tako da su sada javni starački domovi u vlasništvu županija. Uz to, mnogi gradovi imaju vlastite programe za socijalnu skrb.

16. Novčana naknada za nezaposlenost u iznosu od 797 kn do 1000 kn mjesečno isplaćuje se u trajanju do najviše 390 dana, ovisno o radnom stažu. Rodiljna naknada koja se zasniva na plaći, a iznosi od 1.600 kn do 4.250 kn mjesečno, isplaćuje se u

razdoblju od 28 dana prije dana rođenja djeteta do trenutka kad dijete napuni 6 mjeseci. Moguća je dodatna isplata naknade u trajanju od 6 mjeseci i iznosu od 1.600 kn mjesečno. Dječji doplatak je sada vezan za imovinski cenzus i isplaćuje se u iznosu od 166,30 kn mjesečno. Naknada za socijalnu pomoć sastoji se od 400 kn za pojedinca te dodatka za ostale članove kućanstva na temelju ekvivalentne ljestvice od 80%.

17. Ovo izvješće ističe nekoliko postojećih problema u sustavu, naročito preklapanje i miješanje odgovornosti kako horizontalno tako i vertikalno, kao i uvođenje dodatnih, paralelnih socijalnih pomoći od strane lokalnih vlasti koje posjeduju najviše resursa. Općenito, sustav novčane pomoći je pomalo zbunjujuć s velikim brojem naknada, nejasnim troškovima, mogućnostima za 'dvostruko okorištavanje' (tj. kumuliranje naknada), i u nekim slučajevima, niskim učinkom na smanjenje siromaštva. Nadalje, sustav socijalnih usluga se još uvijek previše oslanja na skrb u institucijama koje su, iako broj njihovih korisnika sam po sebi nije uznemirujući, često udaljene od naseljenih središta i teško ih je napustiti. Vrlo je niska razina integracije između novčanih usluga i usluga skrbi te još uvijek premalo i geografski neravnomjerno rasprostranjenih usluga koje pruža lokalna zajednica, pogotovo u organizaciji nevladinih udruga. Nevladine udruge dobivaju vrlo malo financijskih sredstava ili dobivaju sredstva za kratkoročno financiranje projekata bez mogućnosti za dugoročno ugovaranje pružanja usluga. Sustav je ostao razmjerno snažno birokratiziran, uz razdjeljenost po pojedinim strukama umjesto da se usvoji holistički pristup u skladu s potrebama.

18. Navedeni problemi pokušavaju se riješiti putem nekoliko postojećih i predloženih reformi iako su mnoge od njih koncipirane u cilju smanjenja visokih socijalnih rashoda. Takav je slučaj i s trenutnim Programskim zajmom za prilagodbu (PAL) Svjetske banke kojim Vlada obećava smanjiti ukupne izdatke za socijalne naknade s 4,1% na 3,5% BDP-a, uz istovremeno povećanje udjela najučinkovitijih ciljanih naknada za socijalnu pomoć. Zajmom Međunarodne banke za obnovu i razvoj, bespovratnim sredstvima Švedske agencije za međunarodnu razvojnu suradnju i vladinim doprinosom trenutno se financira ambiciozni Projekt za razvoj sustava socijalne skrbi s ciljem poboljšanja pružanja socijalnih usluga, promicanja inovacija i deinstitucionalizacije te modernizacije postojećih socijalnih službi. Ovaj projekt je trenutno u pilot fazi u tri županije i njegovi rezultati su još neizvjesni.

Mirovinski sustav

19. Mirovinski sustav u Hrvatskoj temelji se na tri stupa. Prvi stup mirovinskog osiguranja čini obvezatan, nedavno reformiran, sustav financiranja tekućom raspodjelom (pay-as-you-go), drugi stup čini obvezno privatno osiguranje u sustavu kapitalizirne štednje, a treći stup čini dobrovoljno mirovinsko osiguranje. Dob za umirovljenje se postupno povećala te je trenutno 60 godina za žene i 65 godina za muškarce. U upravljanje mirovinskim sustavom uključen je veliki broj institucija iako je koncem studenog 2005. ulogu Agencije za nadzor mirovinskih fondova i osiguranja (HAGENA) preuzela Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga (HANFA) koja je nadležna za nadzor većeg broja financijskih usluga.

20. U kontekstu demografskih i ekonomskih poteškoća, javila se potreba za mirovinskom reformom, smanjenjem ovisnosti o državnom proračunu i osiguranjem održivih mirovina i za buduće naraštaje. Mirovinsku krizu je u ranim 90-ima dodatno otežao povećani broj odlazaka u prijevremenu mirovinu. Temeljna zakonska osnova za reformu bio je Zakon o mirovinskom osiguranju koji je donesen 1999. godine.

21. Jedan of glavnih problema s kojim se suočava mirovinski sustav je niska razina mirovinskih naknada. Prosječne mirovine su značajno narasle između 2000. i 2001., a odonda su u tek neznatnom porastu. U 2004. prosječna starosna mirovina iznosila je 1.946,74 kn, a prosječna ukupna mirovina (uključujući mirovinu u slučaju invalidnosti ili bolesti) iznosila je 1.758,12 kn. Koncem 2004, gotovo 44% od ukupno 1.022.282 umirovljenika primalo je mirovinu manju od 1.500 kn, a 17% je primalo mirovinu manju od 1.000 kn. Podaci HZMO-a za kraj 2005. godine pokazuju da je u Hrvatskoj 643.821 osoba životne dobi od 65 i više godina primalo mirovinu. Ukupno stanovništvo u dobi od 65 i više godina procijenjeno je na 746.500 za 2005. Stoga se može zaključiti da oko 103.000 osoba životne dobi 65 i više godina, ili 13,8% ne prima mirovinu. Uz to, dok je na prijelazu iz 2000. u 2001. udio prosječne mirovine u prosječnoj neto mjesečnoj plaći bio u porastu, sada je pao na 42,1%. Također postoji i bitna razlika u iznosu mirovine za 'nove' umirovljenike u usporedbi s onima koji su već u mirovini. Drugi problemi, kao što su i dalje visoka razina ovisnosti o državnom proračunu te relativno niski iznosi doprinosa zbog sive ekonomije ili prijavljivanja minimalnih plaća od strane poslodavaca radi isplate manjih doprinosa, nisu riješeni navedenim reformama. Na siromaštvo u ruralnim područjima također utječe činjenica da dok su poljoprivrednici koji sada primaju mirovinu u mnogo boljem imovinskom položaju nego što bi to bili u starom sustavu, ali da velik broj osoba koje se bave poljoprivrednom proizvodnjom za vlastite potrebe nije uplatilo dovoljan iznos doprinosa kako bi ostvarili mirovinu.

22. Sa završetkom uspostave glavne, temeljne reforme, provodi se i planira određen broj drugih reformi. Provedeni su pokušaji da se podigne razina mirovinskih naknada. Također postoji zabrinutost u pogledu takozvanih 'privilegiranih mirovina' koje se temelje na nasljeđivanju posebnih prava. Mirovinski sustav je doživio velik broj sitnih preinaka što znatno otežava projekcije njegovih učinaka.

Sustav zdravstvene zaštite

23. Sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj karakterizira univerzalan pristup primarnoj i sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti utemeljen na dugogodišnjoj sveobuhvatnoj strukturi zasnovanoj na solidarnosti. Na nacionalnoj razini, glavni institucionalni nositelji sustava su Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Ministarstvo financija i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Postoji i Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Primarnu zdravstvenu zaštitu pruža 47 domova zdravlja, 2.657 ambulanti obiteljske medicine, 252 ginekološke ambulante i 145 ustanova za zdravstvenu njegu. U Hrvatskoj su 2004. postojala 2 kliničko bolnička centra, 5 kliničkih bolnica, 7 klinika, 22 opće bolnice, 29 specijaliziranih bolnica, 7 lječilišta, 4 hitne službe i 278 poliklinika. U 2002. Svjetska zdravstvena organizacija procijenila je da Hrvatska za zdravstvenu zaštitu troši oko €560 po stanovniku. Oko 80% sustava financira se putem zdravstvenog osiguranja.

24. Kao što je to slučaj s mnogim sustavima zdravstvene zaštite u razvijenim zemljama i zemljama u tranziciji, sustav pati od nedostatka financijskih sredstava. Uz to, oko 146.000 osoba ili 3,2% stanovništva nije imalo zdravstveno osiguranje u 2003., dijelom zbog propuštanja rokova za prijavu. Također postoje velike razlike u dostupnosti zdravstvene zaštite i broju zdravstvenih ustanova po županijama, a raspoloživi broj bolničkih kreveta na 1.000 stanovnika varira od 2,01 u Ličko- senjskoj županiji do 4,45 u Primorsko-goranskoj županiji i 6,47 kreveta po stanovniku u Gradu Zagrebu.

25. U Hrvatskoj postoje značajne nejednakosti s obzirom na društveni i ekonomski status pacijenta. Istraživanja pokazuju da skupine s niskim primanjima znatno manje koriste specijalističke usluge od skupina s višim primanjima. Također se postavlja pitanje pravednosti zbog porasta izdataka za participaciju i recepte koje iznadprosječno pogađaju skupine s niskim primanjima. Zdravstvena zaštita je i dalje pretjerano centralizirana i do određene granice, pretjerano politizirana. Nadalje, privatizacija određenih usluga dovela je do uvođenja dvostrukog sustava. Glavne rizične skupine u smislu niske razine dostupnosti kvalitetnih zdravstvenih usluga su: osobe s niskim primanjima, nezaposleni, obitelji s većim brojem članova, osobe starije životne dobi i stanovnici udaljenih područja (uključujući obalna područja i otoke).

26. Sustav zdravstva doživio je mnoge reforme, s ciljem promicanja učinkovitosti i osiguranja odgovarajuće zdravstvene zaštite za sve, uz istovremeno osiguranje održivog financijskog stanja. Međutim mjere za smanjenje troškova pokazale su se tek djelomično uspješne te su samo prebacile dio troškova na korisnike. Jedan od očekivanih rezultata trenutne strategije Programskog zajma za prilagodbu jest smanjenje ukupnih rashoda za javno zdravstvo na 6% BDP-a u 2008. što će se postići revizijom osnovnog paketa zdravstvenih usluga, smanjenjem oslobođenja od participacije te na koncu donošenjem novog Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Zaključci i preporuke

27. Studija završava nizom preporuka za buduće aktivnosti u borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Hrvatskoj. One obuhvaćaju:

ii. Potrebu za čvrstim političkim angažmanom u rješavanju problema socijalne isključenosti, kroz imenovanje tijela, bilo postojećeg ili nekog novog, koje bi preuzelo vodeću ulogu.

iii. Produbljivanje znanja i spoznaja o socijalnoj isključenosti putem planiranih ili potrebnih reformi u statističkom sustavu i provođenjem dugoročnih istraživanja.

iii. Jačanje i modernizaciju sustava socijalne zaštite kroz:

a) poboljšanu horizontalnu i vertikalnu koordinaciju, racionalizaciju naknada i veći naglasak na one naknade koje učinkovito smanjuju razinu siromaštva, te prilagodbu tih isplata u skladu s povećanjem životnih troškova i inflacijom,

- b) veći naglasak na inovaciju, mješovito pružanje usluga te socijalno planiranje i angažiranost na lokalnoj razini u sklopu sustava nacionalnih normi kakvoće,
- c) hitne aktivnosti u pogledu deinstitucionalizacije, naročito male djece i osoba s teškoćama u učenju, utemeljene na jasnim i ostvarivim ciljevima, te pojačanom financiranju usluga socijalne skrbi koje pruža lokalna zajednica,
- d) integriranu strategiju za borbu protiv socijalne isključenosti koja objedinjuje aktivacijske programe, borbu protiv regionalnih nejednakosti i specifične pozitivne akcijske programe.

iv. Osiguranje socijalno uključivog mirovinskog sustava i sustava zaštite osoba starije životne dobi kroz:

- a) veću učinkovitost, transparentnost i provedbu sustava prikupljanja doprinosa za mirovinsko osiguranje,
- b) jasnu strategiju za smanjenje nejednakosti u mirovinama prouzrokovane nasljeđivanjem posebnih prava,
- c) istraživanje mogućnosti povećanja doprinosa u drugi stup mirovinskog sustava,
- d) poticanje potpunog poštivanja plaćanja doprinosa za mirovinsko osiguranje,
- e) izradu studije o troškovima i koristima uvođenja minimalnog mirovinskog primanja za osobe starije životne dobi koje ne primaju mirovinu.

v. Poboljšanje kvalitete i osiguranje jednake dostupnosti javnih zdravstvenih usluga kroz:

- a) transparentnu javnu raspravu iz koje će proizići jasna nacionalna strategija zdravstvene zaštite,
- b) decentralizaciju usluga zdravstvene zaštite, objedinjujući autonomiju pružatelja zdravstvenih usluga s mogućnošću isplate poticaja za područja u nepovoljnijem položaju,
- c) razradu pozitivnih akcijskih programa zdravstvene zaštite kao i zona za provedbu aktivnosti zdravstvene zaštite s ciljem zadovoljenja zdravstvenih potreba skupina i regija u nepovoljnijem položaju,
- d) uvođenje pravednije strukture plaćanja koja bi odražavala mogućnosti plaćanja.

vi. Razradu aktivnih mjera za poboljšanje stanja na tržištu rada i to promicanjem integracije kroz smislen rad putem:

- a) omogućavanja fleksibilnijih oblika zapošljavanja,
- b) uvođenja lokalnih aktivacijskih mjera od koristi za lokalnu zajednicu,
- c) promicanja suradnje između centara za socijalnu skrb i Zavoda za zapošljavanje, kroz sustav tzv. *first stop shop*-a za nezaposlene,
- d) uvođenja specijaliziranog savjetovanja i programa prekvalifikacije za ranjive skupine,
- e) povećanja broja predškolskih ustanova i ustanova za čuvanje djece školske dobi tijekom radnog vremena.

vii. Promicanje visoko-kvalitetnog obrazovanja za sve, cjeloživotnog učenja i integriranog pristupa obrazovanju djece s posebnim potrebama.

viii. Jačanje uloge nedržavnih subjekata u sprječavanju i borbi protiv siromaštva i socijalne isključenosti.