

Преузето са www.pravno-informacioni-sistem.rs

На основу члана 45. став 1. Закона о Влади („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/07, 65/08, 16/11, 68/12 – УС, 72/12, 7/14 – УС и 44/14),

Влада доноси

СТРАТЕГИЈУ

подстицања рађања

1. ФЕНОМЕН НЕДОВОЉНОГ РАЂАЊА ДЕЦЕ

1.1. Одређење

Рађање деце, као позитивна природна компонента популационе динамике, непосредно утиче на ревитализацију обима становништва и његове старосне структуре. Оно врши ове две важне демографске функције само ако његов ниво задовољава најмање потребе простог обнављања становништва. Отуда се сваки ниво рађања који онемогућава ревитализацију обима становништва и његове старосне структуре означава као недовољно рађање, које пре или касније води у депопулацију и прекомерно старење. Критичност недовољног рађања је тим већа, што је оно дубоко условљен, самим тим дугорочан феномен који се споро мења и што је, у условима ниског нивоа морталитета становништва, основни природни динамичан фактор демографских промена.

Индикатор који се најчешће користи за праћење нивоа рађања једне популације назива се стопа укупног фертилитета. У условима ниске смртности, каква је типична за савремена друштва, ниво стопе укупног фертилитета потребан за просту репродукцију становништва износи у просеку 2,1 живорођено дете током репродуктивног периода жене. Пошто је у питању синтетичка мера, треба нагласити да је појам простог обнављања или замене генерација један високо стилизован теоријски модел стационарне популације, који нема пуно везе са стварним одржавањем обима савремених популација, јер њих одликују неправилне старосне структуре, које су под утицајем миграција односно промена у нивоу морталитета. Стога, нивои рађања који би водили ка константној величини популације неизбежно варирају током времена и могу бити значајно различити од 2,1. Другим речима, стопа укупног фертилитета од 2,1 детета по жени, као ниво потребан за просто обнављање становништва, представља модел у идеалном случају, који нам служи да оценимо колико се нека стварна популација приближава или удаљава од ове теоријске равнотеже.

Недовољно рађање, поред непосредних утицаја на демографски развитак, делује и посредно, што га чини још значајнијим фактором са далекосежним последицама. Ову врсту утицаја оно врши преко старосне структуре укупног становништва, пошто у условима све бржег старења становништва општи морталитет расте и тиме додатно минимизира ефекте фертилитета, које су

ионако ограничени услед недовољног нивоа рађања. Поред тога, међусобна условљеност непосредних и посредних утицаја овог феномена резултира тиме да трагови недовољног рађања у старосној структури дуго трају, тако да се, и у условима пораста репродукције до потреба простог обнављања, депопулација и старење становништва одређено време настављају, што представља негативан популациони моментум. Важност овог утицаја је тим већа што губици у броју становника настали за време депопулације не могу да се надокнаде достизањем нивоа репродукције који обезбеђује просто обнављање, већ само уколико ниво репродукције становништва одређено време буде изнад потреба простог обнављања. Притом, што дуже траје период недовољног рађања, дуже времена је потребно да стопе рађања буду изнад нивоа замене генерација да би се величина популације повратила на обим који је имала пре почетка смањења.

1.2. Досадашње тенденције

Препознатљива карактеристика демографског развоја Републике Србије¹ је, већ деценијама, број новорођенчади који је значајно испод нивоа потребног за природно обнављање становништва. Генерални образац промена у стопама рађања након Другог светског рата у Републици Србији је био сличан оном који је регистрован у већини европских држава: након послератног компензационог фертилитета са нивоима рађања значајно изнад просте репродукције (тзв. *baby-boom*), уследио је пад на ниво простог обнављања, а затим пад испод овог нивоа. Главна разлика у односу на овај европски образац је да се у Републици Србији „експлозија рађања“ завршила готово 15 година раније, што је довело до тога да се наше друштво суочило са феноменом недовољног рађања још средином прошлог века. Већ у 1971. години, стопа укупног фертилитета била је за око 15% нижа од потреба просте замене генерација у подручју централне Србије, односно за готово 20% у АП Војводини. У том интервалу, вредности стопа се углавном стабилизују у следеће две деценије на оба подручја.

Од краја 1980-их, слично тренду забележеном у бившим комунистичким државама, регистрован је нови пад стопе рађања у Републици Србији, који је довео до њеног историјског минимума. У подручју централне Србије, стопа укупног фертилитета између 1988. и 1999. опала је са 1,85 на 1,40, а у АП Војводини са 1,79 на 1,43 детета по жени. Од тада, са изузетком периода благог пораста 2001–2004. у подручју централне Србије, стопа се није битније мењала на републичком нивоу, задржавајући се испод вредности од 1,5 детета по жени. Према последње доступним подацима, који се односе на 2016. годину, стопа укупног фертилитета у Републици Србији износи 1,46, што је испод европског просека, који износи 1,58 детета по жени. Другим речима, ниво рађања је у континуитету од 1999. чак за 30% нижи од потреба простог обнављања становништва, када се Република Србија посматра као целина, што значи да ће генерације жена које буду рађале у периоду 2017–2034. године бити готово за трећину мање у односу на генерације које су рађале у периоду 1999–2016. године. Ипак, током овог

последњег пада стопе рађања, њен ниво у Републици Србији није достигао најниже вредности какве су забележене на европском континенту почетком 21. века, што је још увек недовољно истражен феномен на кога је свакако имао утицај не тако нагао прелаз из социјализма ка тржишној економији и индивидуалистичком концепту западног друштва, какав су доживеле земље бившег Источног блока.²

Завршетак транзиције фертилитета, у виду пада стопе рађања на ниво испод потребног за просто обнављање становништва, подразумевао је и транзицију у старосном обрасцу рађања. Почев од касних 1980-их година, стопе рађања жена млађих од 25 година почеле су нагло да опадају уз истовремени спорији пораст стопа код жена старијих од 30 година. Ова појава је нарочито изражена у старосним групама 20–24, односно 30–34 године с обзиром да су оне замениле своја места у погледу доприноса укупном нивоу фертилитета, тако да старију групу одликује виша стопа рађања први пут у последњих 60 година. Као резултат, највише стопе рађања у 21. веку односе се на жене старе 25–29 година (и поред недавног смањења), а одмах затим на мајке у групи 30–34 године. Почетак одлагања рађања у Србији се поклопио са почетком последњег значајног пада стопе укупног фертилитета, крајем 1980-их, слично тренду забележеном у другим бившим социјалистичким земљама. Стога је врло уочљив пораст просечне старости мајке при рођењу детета са 25,9 година у 1991. на 29,6 година у 2016. године. Међутим, појава одлагања рађања не мора нужно водити ка ниској или веома ниској стопи укупног фертилитета, што потврђују примери Ирске, Шведске, Норвешке или Данске, код којих је просечна старост мајке при рођењу детета виша за 1,5–2 године него у Србији.³ Ово је у сагласности са тумачењем по коме фактор одлагања рађања губи на значају са напретком друге демографске транзиције која у најразвијенијим друштвима омогућава „надокнађивање пропуштеног“ кроз релативно високе стопе рађања у каснијем добу. У том случају, кључна група детерминанти ниског укупног фертилитета остају различита структурна и институционална ограничења⁴, што указује да мере институционалног карактера могу имати ефекта на феномен недовољног рађања деце.

Осим што је у нашој земљи појава одлагања рађања и даље важан фактор ниског фертилитета, забрињавају резултати анализе кохортне стопе фертилитета према резултатима Пописа 2011. године. На основу стопа кумулативног фертилитета генерација жена које су рађале током 1990-их и у првој деценији 21. века у Републици Србији, а које су у време пописа 2011. биле на изласку из свог репродуктивног доба, може се прогнозировать прекид вишедеценијске стабилизације ниског нивоа завршеног фертилитета, односно његов пад испод 1,8 детета по једној жени, који је одликовао претходне генерације.⁵ Узрок томе је у одложеним рађањима која нису надокнађена, као и порасту удела жена без деце или са једним дететом, слично налазима у другим бившим социјалистичким државама.⁶ Притом је потврђено да у Србији постоји јасна веза између броја живорођене деце и

просечне старости мајке при рођењу првог детета у смислу да се са порастом броја живорођене деце, смањују интервали између сукцесивних порођаја, што указује на важност спровођења мера везаних за ранији улазак у родитељство.⁷

Феномен недовољног рађања деце је дубоко условљен процес који није успело да избегне ниједно развијено друштво. Но, недовољно рађање деце није реалност само у развијеним земљама нити искључиво западне цивилизације, будући да се, према процени Уједињених нација, са овим феноменом данас суочавају 83 државе света, односно 46% светске популације укључујући цео европски континент, али и неке од најмногољуднијих земаља – Кину, САД, Бразил, Русију, Јапан, Вијетнам, Немачку, Иран, Тајланд и Велику Британију.⁸ Притом су неке од ових држава све до недавно биле синоним веома високог фертилитета.

1.3. Детерминистичка основа

Број рођене деце односно стопе рађања једне популације у неком временском периоду резултат су збира одлука о рађању сваке појединачне особе која се тада налази у свом репродуктивном добу. Стога је битно разумети да је индивидуално репродуктивно понашање узроковано комбинацијом микро и макро услова – индивидуалним, попут старости, броја деце, образовног нивоа или пословног статуса, односно друштвеним, које чине културне, економске и институционалне околности дате земље или региона. Интеракција ова два нивоа у данашњем цивилизацијском тренутку манифестује се кроз три основне групе фактора које утичу на низак ниво фертилитета: културне, структурне и технолошке промене. Структурне промене су везане за процес индустријализације и урбанизације, развој услужног сектора и оснаживање положаја жене, а технолошке најчешће за савремене методе контроле рађања и широку употребу информационих технологија. Поједини аутори, пак, обележавају културне промене, као што су пораст значаја индивидуалних вредности и самоостварења, као главне узорке смањења фертилитета.

У основи савременог репродуктивног понашања налазе се неки од битних фактора који су део наше цивилизације, било да представљају њена позитивна достигнућа или њене изразите слабости. Тако су, између осталог, на једној страни еманципација и индивидуализам, нуклеарна породица и измењен положај жене и деце у њој, инсистирање на квалитету сопственог живота и квалитету живота детета, либералан закон о абортусу и доступност ефикасне контрацепције, а на другој материјалистичка свест са потрошачким менталитетом и лични живот, разуђенији него икада раније. У новом систему вредности родитељство је задржало високо место. Но, изменила се његова суштина. Дете се, пре свега, рађа да би се задовољиле психолошке и емотивне потребе родитеља, што се остварује са једним или највише двоје деце. Заправо, субјективни осећај благостања је, са порастом индивидуалистичких вредности, постао важна детерминанта фертилитета,

која значајно олакшава разумевање феномена ниског фертилитета и одложеног рађања. Већина родитеља ће имати једно или двоје деце без обзира што економски трошкови њиховог подизања могу бити знатни, али су ретки они са троје или више деце, што се свакако може објаснити и смањивањем субјективног осећаја благостања у вези са вишим редовима рађања.⁹ Из тог разлога, не чуде налази недавних истраживања у економски и технолошки најразвијенијим друштвима 21. века да, приликом одлуке о рађању другог детета, већи значај може имати комплетно искуство родитеља у вези са рађањем и првим годинама живота прворођеног детета у односу на економску цену његовог подизања.¹⁰ Стога је потребно да се посебна пажња приликом формулисања мера за подстицање рађања посвети факторима који утичу на субјективни осећај благостања нових родитеља.

Истовремено, у условима када је рађање деце ослобођено моралног и егзистенцијалног притиска постало ствар на изглед слободног избора појединца, данашње друштво није путем својих институција покушало да непосредно утиче на формирање висине социјалних норми о броју деце, нити је својим механизмима омогућило да равноправна животна опција буде рађање уопште, а поготово рађање троје или четворо деце.

Европска комисија је, у свом званичном саопштењу, још 2005. истакла забринутост због ниских стопа рађања широм континента указујући да су оне резултат препрека личним изборима појединаца: касно запошљавање, скупо становање и недостатак подстицаја (породичне накнаде, родитељско одсуство, брига о деци, једнака зарада).¹¹ Међутим, разлике постоје и у оквиру ниско-фертилитетних земаља: с једне стране је северозапад Европе, изузев Немачке, са стопом укупног фертилитета изнад 1,7, а с друге централни, источни и јужни део Европе (са пар изузетака), где је ова стопа најчешће испод 1,5. Фактори који се наводе као узрочници ове разлике су: економски развој, промене норми које се односе на породичне структуре и родне улоге, пораст цена деце (укључујући стамбено питање), популациона политика, економска неизвесност (нарочито незапосленост) и брзе структурне промене у друштву.¹²

Структурне промене

Готово током читавог 20. века, економски развој је био снажно негативно корелисан са фертилитетом посматрано на нивоу држава. Међутим, новија истраживања базирана на индексу хуманог развоја указују да је економски напредак важан фактор који може водити вишим стопама рађања у најбогатијим друштвима,¹³ али ће, врло вероватно, тај пораст фертилитета бити мали ако економски развој није праћен институционалним променама које родитељима омогућавају да комбинују пословне обавезе и породични живот.¹⁴ Утврђено је да јавно финансирање појединих социјалних програма посебно снажно утиче на субоптималне индивидуалне одлуке о рађању. У том контексту, већина ефеката који се приписују повећању економског развоја заправо повећава могућности за жене да комбинују запослење и

породични живот, па не чуди да су значајна повећања фертилитета забележена управо у земљама у којима ове могућности постоје. Србија спада у другу групу, пост-социјалистичких и медитеранских друштава, где су ови фактори јасно ограничење стопама рађања.

Структурна ограничења, као што су незапосленост, нерешено стамбено питање, проблеми чувања деце, незадовољавајући економски стандард, недовољна материјална подршка породицама са децом, поготово током 1990-их (кашњења и неисплаћивања дечијих додатака, накнада зараде за породилска и сл.), те друге појаве из овог домена су, пак, биле важан фактор недовољног рађања деце у свим социјалистичким земљама, укључујући и Србију. Притом, за значајно раније суочавање нашег друштва са феноменом недовољног рађања у односу на већину европских земаља заслужни су и неки специфични узроци: израженија структурна ограничења услед брзе секуларизације и индустријализације, које су подразумевале нагле миграције село–град, затим, рана либерализација права на абортус, недовољно подстицајне мере популационе политике, као и отвореност тадашњег друштва према западним вредностима у смислу пораста индивидуализације, које су допринеле порасту економске и психолошке цене детета, уз истовремено веће учешће жена у најоптималнијем репродуктивном добу на тржишту рада и нижи стандард у поређењу са Западом.¹⁵ Стога је само на први поглед парадокс што је пад рађања код нас почео раније и био бржи него у западним друштвима, чији је социо-културолошки модел служио као узор нашем становништву у време транзиције фертилитета, што се, након пада „гвоздене завесе“ потврдило на примеру земаља бившег Источног блока.¹⁶

Значај набројаних структурних препрека је и данас посебно изражен у бившим социјалистичким земљама, имајући у виду спорост процеса транзиције социо-економског система, чему су придодати и нови елементи могуће индивидуалне пасивизације као што су, на пример, осећање несигурности и социјални маладаптациони синдром на измењене вредности и норме.

Културолошке промене

У развијеном свету, у условима доминантне индивидуализације, самоактуелизације и дестандардизације животног тока, појединци креирају своје биографије према сопственим потребама, ресурсима, могућностима које им пружају државне политике и референтна људска права, па се деца рађају у браку и ван њега, у кохабитацијама, у току студија, пре брака, после развода, итд., а само родитељство је израз самореализације и жене и мушкарца. Рађање је слободан избор еманциповане жене, која поставља предуслов да је задовољна својим партнерским релацијама и укупним квалитетом живота. Индивидуализација рађања омогућава да свака жена и мушкарац, имају онолико деце колико желе, када желе, с ким, да планирају породицу онда када сматрају да им је то најпогодније у својој биографији.

Савремена породица није више само нуклеарна, комплементарна брачна унија, са оцем храниоцем и мајком која се стара и брине о деци. Све се више практикују разноврсни алтернативни животни стилови у условима пораста развода, продуженог животног века, велике просторне, професионалне, социјалне мобилности, доживотног образовања и личног усавршавања. Код младих генерација популарне су кохабитације, стил живота изван формалног брака, експериментисање са партнерством, преиспитивање односа интимности. Најчешће је реч о предбрачним аранжманима, који се трансформишу у брак са почетком рађања.

Трансформација породице у Србији је довела до пораста удела рођених ван брака у последњих четврт века (од 13,1 у 1990. године до 25,1% у 2015. године), не само због пада броја рођених у браку, већ и због пораста броја ванбрачних рађања. На основу резултата Пописа 2011. односно података о признању очинства, не може се закључити да се већина рађања ван брака одвија у ванбрачним заједницама, тј. у оквиру модерних кохабитација, већ да овај пораст највероватније носе једнородитељске породице мајке и детета¹⁷, које су, притом, често део проширених породица (родитеља мајке) и одликује их лошији економски и социјални статус за разлику од родитеља деце рођене ван брака у најразвијенијим друштвима, као и у већини пост-социјалистичких земаља.¹⁸ Стога се овај фактор препознаје као ограничавајући за пораст стопа рађања будући да је женама у оваквим породицама далеко теже да остваре више редове рођења.

Међу узроцима недовољног рађања у Србији треба истаћи и недовршену родну промену у приватној сфери, односно одржавање асиметричних родних улога у пракси. Жртвујући модел родитељства, тј. материнства јесте баријера подизању фертилитета и демографској ревитализацији, јер су жене преоптерећене породицом, пословима у кући, уз изражено старање о све бројнијим старима, болеснима, као и уз обављање послова на тржишту рада (дупли терет) у условима ниског општег квалитета свакодневног живота. У таквим околностима, жене прибегавају стратегији одустајања од рађања више деце, и поред жеље да их имају. Снажан је друштвени притисак да се буде „савршена мајка“ у контексту јаког профамализма, а недовољне друштвене подршке. Оваква спора промена традиционалне улоге жене у породици, од које се и даље очекује да буде носилац родитељства, значајно утиче на остваривање жељеног броја деце нарочито код високообразованих жена у Србији.¹⁹ Наиме, овај број је, барем на основу доступних парцијалних истраживања, и даље на нивоу који обезбеђује најмање просту репродукцију, али се конфликт између усклађивања обавеза у породици и на послу који се намеће жени у савременој Србији, слично друштвима медитеранског круга, директно одражава на значајно нижу реализацију жељеног броја деце. Отуда се веће укључивање мушкараца у послове око деце и куће, односно старања и домаћинства, намеће као важан предуслов рехабилитације фертилитета, уз неопходне мере популационе политике.

1.4. Актуелне и дугорочне демографске импликације

Ниво рађања деце испод потреба замене генерација, који траје већ шест деценија, је основни покретач депопулације и убрзаног старења становништва Републике Србије. Наиме, становништво свих делова земље се, већ, најмање четврт века не обнавља природним путем – процес депопулације најпре је започео у АП Војводини (1989. године), а затим у подручју јужне и источне Србије (1991), и напослетку на територији града Београда односно подручју Шумадије и западне Србије (1993). Током последње деценије (2006–2016), стопа природног прираштаја у Републици Србији се није значајније мењала, варирајући око просечне вредности од – 4,8‰, док је, у апсолутном износу, број умрлих био већи од броја живорођене деце у просеку за око 35.000 годишње. У 2016. години, вишак умрлих лица у односу на број живорођене деце на нивоу целе државе је износио 36.100, при чему је распон био од 2.836 на територији града Београда до 12.017 у подручју јужне и источне Србије, односно између –1,7 и –7,8‰.²⁰

У периоду 2010–15. година, темпо смањења укупног броја становника Републике Србије износио је просечно –7,7‰ годишње, што нашу земљу сврстава у део шире зоне дуж источног обода Европске Уније (ЕУ-28), коју карактерише најизраженија депопулација у глобалним оквирима. Према проценама за 2016, скоро свака пета особа у Републици Србији стара је 65 и више година, што одговара просеку за ЕУ-28, и сврстава нас међу 10 демографски најстаријих земаља у Европи.²¹ У подручју централне Србије данас живи око 983 хиљаде старијих лица (300 хиљада на територији града Београда, 371 хиљада у подручју Шумадије и западне Србије и 312 хиљада у подручју јужне и источне Србије), а у АП Војводини око 336 хиљада. Резултати свих релевантних пројекција указују да ће се процес смањења и старења становништва континуирано наставити у првој половини XXI века. У одсуству снажнијих имиграционих токова и минималних промена у стопама рађања, највероватније је да ће се популација у Републици Србији смањити за 28 процената до средине века, превасходно због негативног природног прираштаја. Удео популације старих (65 и више година) порастао би за готово 50%, док би се удео најстаријих (85 и више година) увећао 2,5 пута током наредне четири деценије.²²

Најважније структурне импликације популационих трендова у Србији односе се на смањење економски активног дела становништва, смањење популације у школском узрасту, смањење обима потенцијалних мајки, пораст броја и удела пензионера. У погледу популационе политике у најширем смислу, кључни изазови који су пред нашим друштвом, а који ће тек добити на својој тежини, јесу: притисак на пензиони и здравствени систем (нарочито у погледу дуготрајне неге), одрживо функционисање школског система (рационализација мреже школа и подизање квалитета образовања), понуда и квалитет радне снаге, те просторна уравнотеженост демографског развоја.

Са економског аспекта, нарочито је важан утицај старосне структуре на економску структуру становништва и структуру радне снаге. Величина радног контингента одређена демографским фактором, унутар кога се у савременим условима формира највећи део понуде радне снаге, у Републици Србији континуирано опада после 1981. године, а пројекције показују да ће опадање бити настављено и током прве половине 21. века. Неповољне промене старосног састава радног контингента одражавају се и на старосни профил радне снаге. Заступљеност млађих генерација се смањује, а старијих повећава. Док су 1981. године међу активнима најзаступљеније биле генерације од 25 до 35 година старости код оба пола, у време пописа 2011. лица стара 30–40 година, у 2016. години, према Анкети о радној снази, то су генерације у добу од 35 до 45 година.²³

Коефицијент економске зависности, као однос издржаваних и лица са личним приходима према привредно активним лицима, непрекидно расте. На 100 економски активних било је 108 економски неактивних лица у 1991. години, 120 у 2002, а чак 133 у 2011. године, што је Републику Србију сврстало у сам европски врх када је у питању притисак радно неактивних лица на тржиште рада. Чак и реална претпоставка значајнијег пораста стопа активности услед придружења ЕУ, би смањила овај коефицијент тек на 113 неактивних према 100 активних лица до средине века. Тек би, са данашњег аспекта мало вероватан, сценарио, који подразумева синергијски ефекат најширег спектра политика усмерених ка одрживом демографском развоју, спустио број неактивних испод броја активних лица (92/100) до средине века, што је готово идентичан однос оном који је прогнозиран за европски просек у 2030. години. Но, треба имати у виду да таква будућност претпоставља да ће у Србији доћи до снажног економског развоја у комбинацији са врло делотворним политикама које стимулишу запошљавање, минимизују потребу за емиграцијом, привлаче стране раднике, смањују дефицит радне снаге узрокован популационим старењем и подижу стопу укупног фертилитета до 1,9 детета по жени односно до нивоа који данас одликује државе попут Француске, Ирске и Шведске. Иако ни овај, крајње оптимистичан, сценарио не омогућава одржање данашње популационе величине Србије²⁴, извесно је да би довео до подмлађивања и поновног достизања актуелног обима радне снаге до 2050. године, што спада у домен савременог схватања одрживог демографског развоја.²⁵

1.5. Политички одговор

Чињеница је да је, према свим референтним пројекцијама светских агенција, пораст глобалне популације изванредно најмање до средине века у одсуству непредвидивих катастрофа природног и/или антропогеног порекла. С друге стране, изванредно је и дивергентан популациони тренд у региону којем Србија припада географски. Дакле, иако ће човечанство у наредним деценијама и даље више бринути о ефектима пораста своје величине, посебно због групе од 47 најслабије развијених земаља које још увек одликују стопе рађања двоструко веће од нивоа потребног за замену

генерација, пројекције УН најављују да ће се до 2055. године, услед наставка тренда недовољног рађања, чак 51 земаља света суочити са смањењем своје популације, од тога њих десет, укључујући Србију, од најмање 15%.²⁶ Стога је јасно да човечанство мора тражити одговор на проблем недовољног рађања деце имајући у виду последице које он доноси на макро нивоу. Одговори религијског или правног притиска не одговарају ни нивоу развоја нити су довољно ефикасни, а нова етика у условима многих интелектуалних система није универзалног типа. Не може се ни очекивати да ће *homo sapiens* као рационално биће пронаћи одговор у блиској будућности, јер је потребно време које се не мери годинама већ деценијама да се спонтано формира групни, рационалан одговор на недовољно рађање. Отуда је политички одговор неопходан.

1.5.1. Разумевање демографског контекста Републике Србије

Питање одговора на проблем недовољног рађања је изузетно сложено услед недостатка сазнања у погледу достизања нивоа рађања потребног за обнављање генерација. Прогнозирано смањење популације Србије за, највероватније, једну четвртину до средине века не би требало да буде ван фокуса креатора јавних политика. Консеквенце у виду регионалне и субрегионалне депопулације, те дефицита у понуди радне снаге, свакако су снажан ограничавајући фактор за ионако слабу економију државе. Ако се изузму ратни периоди, популације у модерним привредама су расле, тако да имамо мало емпиријских доказа о економским последицама популационог смањења. У сваком случају, делује смислено обуздати велика смањења обима становништва путем мера популационе политике. Стога је врло раширена бојазан да, без што промптније акције доносилаца одлука, друштва суочена са дуготрајном стопом укупног фертилитета нижом од 1,5 детета по једној жени упадају у „замку ниског фертилитета“ из које нема излаза²⁷, односно постоји дугорочна опасност за њихов демографски опстанак. Такав приступ захтева ургентне и одлучне мере у земљама јако ниског фертилитета²⁸, као што је Србија, јер не подразумева да су трендови фертилитета постепени и реверзибилни како их описује демографска транзиција, као линеарна, класификациона и еволуциона схема²⁹, која је углавном у основи пројекција које се типично консултују у стратегијама.

За формулисање разложних препорука доносиоцима одлука у вези са очекиваним демографским изазовима у Србији, потребно је претходно истаћи два јасна ограничења која намеће сам демографски оквир: извесност наставка смањења и старења популације до средине века, односно висока вероватноћа негативног биланса спољне миграције у наредних 10–15 година. Полазећи од ограничења демографског оквира, а имајући у виду глобалне промене миграционих праваца, као и стратешки циљ прикључења Србије ЕУ, није нереално да до средине века овај регион постане усељенички, према теорији миграционог циклуса³⁰, а у складу са дубински имигрантским концептом ЕУ који вуче корене из колонијалног доба.³¹ Иако на том путу постоје бројне, пре свега економске, препреке, барем на краћи

рок, чини се да су највеће оне које се односе на спремност локалног становништва на прилив имиграната, нарочито оних који се значајно разликују етнички, расно и/или културолошки. Управо би ту улога јавних политика могла бити кључна, као што показују искуства других земаља које су прошле или пролазе путем миграционе транзиције.

Упркос пресудној улози фертилитета на смањење и старење популације Србије до средине века, симулације будуће популационе динамике које укључују дугорочну транзицију ка нето имиграцији, сугеришу да би миграциона компонента могла имати важан утицај на демографски развој земље нарочито у смислу ублажавања ефеката недовољно високог фертилитета на старосну структуру становништва. Осим тога, негативан индиректни утицај миграција на популациону динамику (губитак потенцијалних рађања услед типично младог профила емиграната) би се знатно умањио у условима нето имиграције.³² Стога ће транзиција ка стабилној нето имиграцији све више добијати на значају током наредних деценија имајући у виду негативан популациони моментум у коме се налазимо односно спорост позитивних ефеката евентуалног пораста нивоа рађања. Штавише, дугорочно достизање пост-трансформационе фазе стабилне нето имиграције требало би уврстити у крајње циљеве политика које се тичу популационог развоја наше земље. Међутим, Србија је тренутно далеко како од значајнијег пораста фертилитета тако и од привлачности за имигранте. Из тог разлога, поред стимулативних мера за пораст стопа рађања, смањење нето емиграције би требало да буде један од примарних задатака популационих и економских политика у наредном периоду.

Ако се, међутим, посматра дугорочна димензија у погледу успоравања процеса популационог старења, да би се премостио период потребан да се ефекти подстицајних мера рађања осете у обиму и структури радне снаге, најизазовнији период ће бити до средине века³³, када се треба прилагодити новој реалности, која не мора нужно бити лоша³⁴, имајући у виду искуства најразвијенијих држава. Она, с једне стране, подразумевају – прихватање концепта активног старења, који је постао истакнута концепција у политичком дискурсу, поготово остареле популације ЕУ, као један од важнијих начина за превазилажења последица нове реалности, упркос контроверзама које га прате³⁵, а с друге стране – инсистирање на квалитету уместо на квантитету популације, где доживотно образовање и усавршавање имају кључну улогу.³⁶ Стога, чисто демографски фактор не мора бити ограничавајући за обим и квалитет будуће радне снаге, за разлику од обима укупне популације, будући да, у европским оквирима, Србију одликују најниже стопе економске активности најмлађег (15–24) и најстаријег (55–64) дела радног контингента. У том смислу треба разумети препоруке неких од водећих демографа данашњице да у примарне циљеве популационе политике у овом веку треба уврстити и јачање базе људских ресурса (подизање образовног и здравственог нивоа) у циљу националног и глобалног одрживог развоја³⁷, што јесте озбиљан изазов за Србију.

Инвестирање у људски капитал значи инвестирање у образовање, за које је установљено да побољшава здравље. Образовање и боље здравље воде ка бољем индивидуалном благостању и продуктивности, што, пак, потпомаже економску стабилност и могућност активног учешћа у животу. Образованије становништво је, такође, способније да се прилагоди или одговори на изазове животне средине, као што су ефекти климатских промена. Образованије особе живе дуже и остају здраве дуже. Ово је само неколико примера како инвестирање у људски капитал може бити покретач одрживог развоја и кључна стратегија за управљање демографским променама.³⁸

1.5.2. Примери политичког одговора у другим земљама

Искуства развијених земаља указују да, без обзира на значајне разлике у економским, друштвено-политичким и вредносним системима, као и институционалној основи популационе политике, постоји значајан степен униформности у погледу циљева, праваца мера, као и дефинитивног израза примењених мера. Резиме новијих истраживања о ефектима мера популационе политике показује да новчана давања имају позитиван ефекат, пре свега, на тајминг рађања и периодску стопу фертилитета, док је он врло лимитиран или готово непостојећи у односу на стопу завршеног фертилитета. Уочени трендови показују да су норме и ставови кључни за промену понашања у односу на родна питања, посебно у погледу улоге мушкараца у одгајању деце. Ове норме се појачавају кроз многе механизме, укључујући, на пример, медије и образовне програме који имају важну улогу у промовисању егалитарнијих родних норми.³⁹ На примеру 22 развијене државе у периоду 1970–1990. уочени су позитивни ефекти давања за децу на стопе рађања, али не и одсуство мајке са посла. Новија истраживања потврђују тај утицај, при чему је у нордијским земљама активно учествовање оца у родитељству (одсуство поводом рођења првог детета) повећавало вероватноћу за добијањем другог детета.⁴⁰ Међутим, испоставило се да ефекти великодушних мера подршке породици, какве су типичне за Шведску, могу бити под знатним утицајем макроекономских фактора, који у негативном контексту могу узроковати пораст незапослености, што посебно утиче на младе и слабије образоване.⁴¹

Управо је једна од најјаснијих порука недавног истраживања о узроцима ниског фертилитета и утицају различитих мера популационе политике у земљама ОЕЦД-а да је олакшавање једноставног комбиновања родитељства и радних обавеза кључ за постизање више стопе фертилитета и смањење неусклађености између репродуктивних планова и оствареног фертилитета код многих парова. Притом се чини да је доступност формалне подршке за децу испод три године један од главних фактора који објашњавају међудржавне разлике у стопама фертилитета.⁴² Ипак, у погледу очекивања, важно је нагласити да нема универзалног ефекта популационе политика.⁴³ Мерама пронаталистичке политике треба приступити холистички, узимајући у обзир потенцијалне негативне ефекте које могу имати на породице, равноправност полова и запошљавање. Као екстреман пример, може се

навести Мађарска, где је, до скоро, породилско одсуство могло бити продужено до шест година за свако дете, приморавајући послодавце да чувају радно место жени од шест до 18 или више година.⁴⁴

Недавна анализа ефеката актуелних мера популационе политике у пост-социјалистичким друштвима је показала да је само у Естонији и Словенији дошло до стварања повољних услова за стабилност кохортног фертилитета, док у најмање пет држава (Хрватска, Мађарска, Пољска, Србија и Румунија), а могуће чак у девет (укључујући и Чешку, Словачку, Бугарску и Летонију), постојеће мере нису успеле да спрече континуирани пад овог показатеља. Код четири државе (Белорусија, Русија, Украјина и Литванија), од које прве три са снажним пронаталистичким политикама, регистровани су неки непосредни позитивни ефекти на трендове периодског фертилитета, али постоји одређена резерва да је ово повећање привремено са ограниченим утицајем на кохортни фертилитет, што ће бити могуће установити тек када одговарајући подаци кохортног фертилитета буду доступни.⁴⁵

Добро креирана политика у погледу подстицања рађања захтева међусекторски приступ и координацију, јер је чине политике које потичу из више различитих сектора власти, укључујући социјалну и здравствену заштиту, образовање, рад и запошљавање. Недостатак координације доводи до политика чији су циљеви изукрштани и не задовољавају потребе породица. На пример, у Румунији жене имају право на једну до две године породилског одсуства, а када се врате на посао добијају новчану подршку. Међутим, недостатак предшколске бриге о деци чини повратак раду веома изазовним за многе породице.⁴⁶

Поред тога, иако је важно узети у обзир примере добре праксе, не постоји гаранција да ће политика која се транспортује из једне земље у другу бити успешна. Многе факторе, попут утицаја друштвених и културних норми, законских регулатива, па чак и претходних искустава у примени специфичних законских мера, треба пажљиво размотрити приликом прилагођавања политика контексту земље.

1.5.3. Препоруке за ефикаснији одговор

Разматрање недовољне ефикасности мера које се спроводе, указује да политички одговор мора бити интензиван, целовит, истраживачки, директан, дугорочан, стратешког типа. То потврђује и недавна анализа о утицају промена у режиму миграције, фертилитета и економске активности на становништво и ресурсе радне снаге у Србији у средњорочном периоду од 30 година.⁴⁷ Позитиван ефекат смањења емиграције и евентуалног повећања имиграције је најбитнији краткорочно, јер и мигранти старе, док би резултати политике повећања фертилитета могли постати видљиви тек након нешто дужег времена. Међутим, најбоље резултате би дала симултана имплементација свих политика које се тичу популационог развоја Србије (подстицање рађања, промена миграционог обрасца, смањење смртности одојчади, али и старијих средовечних, пораст економске активности), па би

је требало препоручити као избор, будући да истовремено делотворно смањује коефицијент економске зависности, успорава смањење популације и подмлађује је. Такав приступ подразумева разумевање неопходности за стратешким опредељењем приликом дефинисања мера за подстицање рађања.

Коначно, може се формулисати једна централна порука доносиоцима одлука у вези са демографским изазовима који су пред нама. Кључни предуслов приликом дефинисања политика које се тичу популационог развоја Србије јесте разумевање дубоке укорењености механизма који одржавају ниске репродуктивне норме у савременом друштву, односно суочавање са извесношћу даљег смањења и, што је нарочито изазовно, старења становништва. Такво сагледавање демографских процеса не подразумева песимистично полазиште за (не)решавање битних популационих питања, већ омогућава постављање реалистичних оквира стратегијама у којима је признавање важности имиграционог фактора, односно подизања образовног нивоа и економске активности популације, чини се, од пресудног значаја за будући не само демографски већ и одрживи развој овог простора у целини. Иако је бројност једне популације и даље битно демографско обележје, популационо мале европске државе на северу континента, али са високим нивоом људског капитала, представљају парадигму ове трансформације која је узела маха у последње две деценије.

2. ЦИЉЕВИ СТРАТЕШКОГ ДЕЛОВАЊА

2.1. Општи циљ

Теоријски посматрано, потпуно је оправдано за општи циљ одрживог демографског развоја Републике Србије у дугорочној перспективи поставити стационарно становништво, тј. становништво у коме ће следеће генерације бити исте величине као и постојеће. Овај ниво простог обнављања становништва или замене генерација значи да на индивидуалном нивоу једна жена у свом репродуктивном периоду треба да се надомести са једним женским дететом, тј. да нето стопа репродукције буде једнака јединици.

У нашим условима, где је смртност становништва ниска, а ниво рађања деце испод нивоа потребног за замену генерација, нето стопа репродукције је на нивоу око јединице када је кохортна стопа укупног фертилитета на нивоу око 2,1 детета по жени. Анализа тренда ове стопе у време Пописа 2011. године указала је на рано суочавање Србије са феноменом недовољног рађања деце, јер ниједна генерација жена које су изашле из репродуктивног периода, почев од оне рођене 1930. није родила у просеку више од двоје деце. Штавише, утврђено је да је, након дугог периода стабилизације на нивоу од 1,8 детета по жени, пад стопе завршеног фертилитета не мањи од 10% изван код млађих генерација.

Но, како је наглашено приликом појмовног одређења феномена недовољног рађања деце, у реалности, услед утицаја неправилне старосне структуре,

миграција и промена у стопама смртности, неизбежно је да нивои фертилитета који би резултирали стационарним становништвом Србије варирају током времена односно да се значајно разликују од просечно 2,1 детета по једној жени. У одсуству одговора на питање оптималне величине популације у савременим друштвима, као кључно се намеће питање одрживог демографског развоја са аспекта оптималног односа између великих старосних група становништва – младих, радног контингента и старих. У том погледу, новија истраживања показују да за већину земаља постоје економски разлози због којих би фертилитет нешто испод нивоа замене генерација био пожељнији од оног на нивоу замене. У једном од њих које укључује образовање као фактор одрживог демографског развоја, прорачун коефицијента економске зависности, тј. притиска младих и старих на радни контингент укључује, поред демографских компоненти, с једне стране трошкове образовања деце односно пензија за старе, а с друге економске добитке од пораста образовног нивоа економски активне популације. Симулације за Европску Унију, под претпоставком нулте миграције и постепеног пораста животног века, показале су да је оптималан ниво фертилитета, тј. онај који минимизује овако дефинисан коефицијент зависности, значајно испод нивоа замене генерација; да је у модел био укључен и ефекат имиграције, оптимални ниво фертилитета би се додатно спустио у односу на ниво замене.⁴⁸ У случају Србије, то би значило да би већ смањење нето емиграције на минимум, уз претпостављени економски опоравак, убрзало пут којим се иде ка остварењу одрживог демографског развоја имајући у виду досадашње тенденције стопе укупног фертилитета односно дубоку укорененост феномена недовољног рађања. У том смислу, потпуно је јасно колики би значај могла имати миграциона транзиција за дугорочну одрживост овог простора у целини.

С обзиром на уочену тенденцију смањења стопе завршеног фертилитета, после њеног вишедеценијског стабилног нивоа, основни циљ је да се у року 10–15 година поново достигне ниво стопе од 1,85 детета по жени, односно пораст од минимум 10%. Степен реализације овог циља би се могао утврдити или на основу резултата Пописа 2031. године или помоћу специјалног анкетног истраживања на репрезентативном узорку који би обухватио генерације жена које су изашле или су на изласку из репродуктивног периода, по аналогiji са анализом резултата пописа 2011. Успешно остварење овог општег циља значило би да примењене мере поседују капацитет који, на дужи рок, може водити и ка теоријски пожељном нивоу од 2,1 детета по жени.

Досезање општег неминовно захтева и претходно досезање посебних циљева:

- ублажавање економске цене подизања детета;
- усклађивање рада и родитељства;
- снижавање психолошке цене родитељства;

- очување и унапређење репродуктивног здравља;
- решавање проблема неплодности;
- ка здравом материнству;
- популациона едукација;
- активирање локалне самоуправе.

2.2. Посебни циљеви

2.2.1. Посебни циљ 1. Ублажавање економске цене подизања детета

Образложење потребе

Економска теорија фертилитета полази од става да тражња за децом зависи од трошкова и материјалних и нематеријалних користи коју деца доносе, за дати ниво дохотка и преференција (потрошња на децу у односу на друге врсте потрошње). Према овој теорији одлука о рађању је економски рационална одлука, што значи да родитељи максимизују своју функцију корисности. Јавне политике које смањују индивидуалне, приватне трошкове подизања деце отуда утичу на фертилитет.⁴⁹

Интервенција у виду смањења приватних трошкова и повећања јавних расхода је оправдана уколико се корист не остварује само на нивоу појединца, а друштвено благостање је унапређено уколико су укупни трошкови и користи у равнотежи. Када се користи преносе и на друштво (позитивни екстерни ефекти), постоји економско оправдање да друштво преузме део трошкова подизања и да подстиче рађање деце.

У економским и институционалним околностима развијених земаља, већи број деце доноси друштвене користи када постоје високи расходи за дугове и јавна добра, као и када су успостављени јавни пензијски и здравствени системи и програми дуготрајне неге. Свако додатно дете подразумева додатне трошкове за друштво, али такође значи и већу одрживост програма који се заснивају на јавном финансирању, као и смањење дугова и јавних расхода по становнику. Истраживања показују да су ови нето ефекти веома високи, поготово када се узму у обзир не само деца рођена у датој земљи већ и њихови потомци.⁵⁰

Отворено је питање у којој мери различите врсте друштвене подршке породицама са децом треба да компензују трошкове подизања деце да би се то одразило на одлуку о рађању.⁵¹ У одређеним доменима компензација је веома висока, а у појединим релативно мала.

У савременим условима је прихваћено да поједина улагања у децу представљају инвестицију у будућност друштва, па се тако образовање и здравствена заштита деце највећим делом обезбеђују из јавних расхода, те у значајној мери смањују приватне трошкове подизања детета. Директне приватне трошкове породице, за храну, одећу, обућу и сл. делимично

компензују давања поводом рођења детета, дечији додатак, пореска ослобођења, давања у натури (на пример бесплатни оброци у школи, уџбеници и сл.). У ову групу спадају и субвенционисане услуге чувања (и раног развоја) деце. Политике усмерене на смањење директних трошкова подизања деце често утичу и на смањење сиромаштва. Индиректни, опортунитетни трошкови се пре свега односе на пропуштени доходак због привременог или трајног напуштања тржишта рада услед рађања деце, преласка на скраћено радно време, избора послова који нису захтевни и сл. Поједини индиректни трошкови се компензују кроз накнаде које се додељују са циљем усклађивања рада и родитељства, као што је накнада зараде током одсуства са рада поводом рађања детета.

Смањење трошкова подизања деце и повећање расположивог дохотка породице кроз различите врсте једнократних и периодичних давања требало би, у складу са економским теоријским моделом о рационалном одлучивању да доведе до повећања фертилитета. Емпиријски докази о утицају финансијске подршке породици на фертилитет су мешовити, па и контрадикторни, уз бројна ограничења економских модела и тешкоће мерења.⁵² Најновија компаративна истраживања указују да су у једном броју земаља Централне и Источне Европе новоуведене финансијске подстицајне мере довеле до повећања стопе укупног фертилитета, али је неизвесно да ли су ови ефекти краткотрајни или ће се одразити и на завршни фертилитет.⁵³ Као најуспешније се ипак оцењују политике свеобухватне подршке породицама са децом.⁵⁴

Појединачни циљ 1.1. Смањење директних трошкова подизања деце и финансијске мере за подстицање рађања

У оквиру финансијске подршке породици са децом, мера која у Републици Србији има превасходно популациони ефекат је родитељски додатак. Родитељски додатак представља подршку породици коју остварује мајка по рођењу првог, другог, трећег и четвртог детета. Износ додатка је диференциран према реду рођења детета и усклађује се са растом трошкова живота. За друго, треће и четврто дете родитељски додатак се исплаћује у 24 месечне рате што значајно умањује ефекат ове мере.⁵⁵ Повратак на једнократну исплату би само иницијално повећао јавне расходе за ове намене, а било би посебно важно да се обезбеди и већа подстицајност додатка за друго дете. Подаци, наиме, показују да је у последњих десетак година у највећој мери смањена стопа укупног фертилитета другог реда рођења.⁵⁶ Имајући то у виду, као и налазе да појединци у великој мери доносе одлуке о рађању првог детета без обзира на материјалне прилике и спољне подстицаје, свеукупна ефикасност овог давања би се повећала и уколико би се додатак за прво дете одредио на нивоу који омогућава само компензацију иницијалних трошкова рађања.

Смањење директних трошкова подизања деце реализује се кроз дечији додатак, који се у Републици Србији додељује уз проверу материјалног

стања и превасходно има за циљ смањење сиромаштва. Дечији додаток се додељује за прво четворо деце у породици, у једнаком износу без обзира на старост детета. Давање је условљено похађањем школе. Имајући у виду да секундарни ефекти могу да буду значајни и у домену рађања, потребно је да се унапреди адекватност овог давања. Износ додатка треба да обезбеди компензацију барем половине трошкова за децу које имају сиромашне породице.⁵⁷

Мере, активности и механизми

1. Једнократна исплата родитељског додатка за друго, треће и четврто дете

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2020. година – континуирано.

2. Повећање износа родитељског додатка за друго дете

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2019. година – континуирано.

3. Утврђивање и дефинисање износа родитељског додатка за прво дете на нивоу који обезбеђује компензацију иницијалних трошкова приликом рађања првог детета

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Повећање адекватности дечијег додатка

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2019. година – континуирано.

Појединачни циљ 1.2. Подстицаји у сфери становања

Према подацима Анкете о приходима и условим живота (2016)⁵⁸ оптерећење трошковима становања у Републици Србији је веома високо за значајан број породица са децом. Висока цена станова (за куповину или изнајмљивање), уз висок степен незапослености младих, представља препреку за формирање или проширење породице.

Мере, активности и механизми

1. Обезбеђивање субвенционисаних стамбених кредита за младе породице са децом

Мера подразумева доношење програма субвенционисаних стамбених кредита према коме би држава обезбедила учешће од 25% за дугорочне банкарске хипотекарне стамбене кредите лимитираног укупног износа задужења, уз обавезу корисника да након исплате кредита банци, врати

средства која је добио за учешће, и то по реалној каматној стопи. Мера је намењена за породице са једним дететом или са двоје деце у којима је бар један родитељ млађи од 35 година. Програм би требало да осмисли и додатне повластице са сваким новим дететом које се роди током прве три године од узимања кредита, али на начин да то не подразумева репрограмирање банкарског кредита.

Циљ програма би дакле био да се превазиђе проблем обезбеђења учешћа за кредит. Инсистирање на реалној каматној стопи приликом враћања средства за учешће би требало да елиминише ефекат преливања буџетских средстава ка бољестојећима – младим породицама које могу да приуште отплату банкарских кредита.

Треба да се размотри и могућност субвенционисања кредита за куповину станова који се продају по непрофитним условима.

Носиоци: Министарство грађевинарства, саобраћаја и инфраструктуре, Министарство финансија, Национална корпорација за осигурање стамбених кредита.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Формулисање, доношење и спровођење Програма стамбене подршке за изградњу и друге начине прибављања станова за издавање у закуп за младе породице са децом, додељивање стамбеног додатка (ваучера) и други облици субвенционисања становања у закупу

Јединице локалне самоуправе које су опредељене за изградњу или другачије начине прибављања станова за издавање по условима непрофитног закупа, могле би да доделе један број станова за младе породице са децом (у којима је бар један родитељ млађи од 35 година) уз диференцирање износа закупа у зависности од материјалног положаја. И национални ниво може да издвоји средства за ове намене и да их додели јединицама локалне самоуправе. Додатно, локалне самоуправе треба да обезбеде покриће трошкова комуналних услуга за становање најугроженијим породицама са децом. Ради решавања проблема оптерећености трошковима становања младих породица са децом предлог је да се сачине и програми по којима би се додељивао стамбени додаток (ваучер) за покриће трошкова изнајмљивања станова младим породицама са децом, уз проверу материјалног стања. Средства за ове намене може да обезбеди и Република.

Носиоци: Министарство грађевинарства, саобраћаја и инфраструктуре, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2019. година – континуирано.

Очекивани ефекти

Предложене мере ублажиће неповољнији материјални положај породица са децом у односу на оне без деце. Посебно ће бити подстицајне за рађање другог детета. Такође, олакшаће решавање стамбеног питања породицама са децом.

2.2.2. Посебни циљ 2. Усклађивање рада и родитељства

Образложење потребе

Измењене потребе, многобројне аспирације и различити притисци живота у савременом друштву постављају се и пред жену и пред мушкарца и то мање или више равноправно. Једна од најбитнијих културних промена савременог друштва је еманципација жене и промена њених улога у приватној и јавној сфери. Образовање, запослење, самоостваривање, активно учешће у друштвеном животу су неке од животних опција којима теже и жене. Промене карактеристичне за савремено друштво носе нове вредносне обрасце који подразумевају виши степен демократичности, родне једнакости, равноправности и индивидуализма, а самим тим и деконструкцију брака и појављивање нових партнерских и породичних форми. Иако су наведене промене присутне и у Србији, брачност и родитељство и даље остају веома високо на скали приоритета популације. И нове генерације сматрају да су за њих брак и породични живот веома пожељни, па већина младих који још увек нису у браку и нису родитељи себе у будућности види у овим улогама.⁵⁹ Ипак, да би донели одлуку да постану родитељи, као и да би се одлучили на следеће рађање, веома је значајно стварање услова за усклађивање различитих транзиција кроз које пролазе – образовне, радне и стамбене. Отуда је неопходно да држава и остали јавни актери различитим мерама помогну женама и мушкарцима који желе да буду родитељи да остваре своје потребе и ускладе родитељство и истовремено задовоље различита интересовања, а поготово ускладе родитељство и професионално ангажовање/рад.

Од тренутка писања прве верзије Стратегије (2008), европски, регионални и национални контекст је претрпео значајне промене. Те године је отпочела светска економска криза која је имала две фазе које су негативно утицале на привредни амбијент и стабилност тржишта рада. Прва је подразумевала успоравање привредних активности па самим тим и нестабилности на тржишту рада, а друга је укључивала мере штедње које су (не)посредно утицале и на социјалне трансфере. Ови ефекти су додатно отежали транзицију ка и кроз родитељство, а пред доносиоце одлука ставили још већи изазов осмишљавања и обезбеђивања подршке овом процесу.

Појединачни циљ 2.1. Усклађивање родитељског и професионалног домена

Данас је у Републици Србији велики број незапослених младих. То је свакако један од разлога интензивирања процеса одлагања рађања деце, са свим последицама које та одлука доноси и на микро и на макро нивоу.

Да би се практичне политике које за циљ имају побољшање усклађивања рада и родитељства биле ефективне, неопходно је променити нека од постојећих законских решења, али и променити праксе и ставове о односу рада и родитељства код послодаваца и становништва.

На нивоу законских регулатива потребно је променити најмање два закона: 1. Закон о раду и 2. Закон о финансијској подршци породици са децом.

Важећи Закон о раду⁶⁰ садржи низ решења релевантних за усклађивање рада и родитељства. Њиме је дефинисано да запослена жена има право на породилско одсуство и одсуство са рада ради неге детета у трајању од 365 дана. И отац има право да користи одсуство са рада ради неге детета, чак и када мајка није у радном односу. Ипак овако дефинисано право одсуства са рада ради неге детета има два ограничења: 1) у нефлексибилном начину коришћења и 2) ригидности периода коришћења. У првом случају коришћење одсуства не омогућује кориснику да га продужи уз умањену накнаду коју би добијао током овог периода, а у другом не омогућује корисницима да одлуче када ће одсуство користити. У европским земљама постоје различита решења која омогућују родитељима да продуже родитељско одсуство и за тај период да примају мању накнаду али и да га користе у деловима све до одређеног узраста детета.⁶¹ Везујући трајање одсуства за сам чин рађања посебно су оштећене мајке које роде близанце, тако да је препорука да се ово право остварује за свако дете посебно (у случају близанаца би родитељи имали двоструко више дана на располагању за одсуство зарад неге деце).

Законом о раду није предвиђено да надокнаду током одсуства остварују родитељи који раде са уговорима о привременим и повременим пословима, уговорима о стручном оспособљавању и усавршавању, уговорима о делу, о допунском раду и др. Најновије измене у Закону о финансијској подршци препознају све врсте уговора о радном ангажовању ван радног односа као услов за добијање остале новчане накнаде по основу рођења и неге детета и посебне неге⁶² али не и плаћено одсуство за време трудноће и породилско одсуство.

Веома значајно је да иако шути, подаци указују да је веома мали број очева користио могућност одсуства зарад неге детета, тако да је оправдано увођење и других мера које би стимулисале очеве да деле одсуство са супругом.

У сфери рада је препознато неколико проблема који имају своју родну, слојну и регионалну димензију. Наиме, на тржишту под посебним су ризиком жене, они из нижих друштвених слојева и они који живе ван београдског региона.

Анализе бележе раст нестабилности уговора на тржишту рада међу свим образовним категоријама мушкараца и жена. У последњој деценији се значајно повећало учешће младих који посао обављају са повременим

уговорима што отежава могућност планирања породице. Иако је процес флексибилизације тржишта рада глобални тренд који је присутан и у економски развијеним земљама, њега у овим земљама прати правна регулатива и строге контроле примене права које из рада произилазе. У домаћем контексту, флексибилизација рада која се интензивира доводи до тога да се све већи број мушкараца и жена налази у сектору неформалне економије/рада на црно. Током ових радних ангажмана, они су без уговора о раду на основу ког би могли да остваре права која им као радницима и родитељима проистичу из Закона о раду.⁶³

Значајан број жена се повлачи са тржишта рада приликом планирања детета, током трудноће или након порођаја, и том приликом остају неактивне ван тржишта рада током значајног периода. Након овог периода проналазак посла и адаптирање на радну средину су им отежани, а каријера испрекидана повлачењем у приватну сферу.⁶⁴ Имајући у виду да се повлачења дешавају у периоду који је формативан у радној каријери особе, на овај начин се родне неједнакости на тржишту рада условљавају и додатно појачавају.

Додатно, недовољан број запослених има могућност одлучивања приликом формулисања радне сатнице и смена.⁶⁵ Немогућност планирања и усклађивања рада по моделу који би био у складу са захтевима родитељства није ни широко практикован, у многим случајевима није ни могућ, а истовремено, не постоји довољна информисаност међу послодавцима и запосленима о актуелним законским решењима релевантним за усклађивање рада и родитељства.⁶⁶

Недовољно контролисано тржиште рада неретко доводи и до (неплаћеног) неопционог прековременог рада, посебно међу младима због чега је веома тешко планирати породицу, али и обављати родитељске дужности.⁶⁷ Друга страна високе стопе незапослености је „надексплоатација“ запослених. Ова појава је присутна у приватном сектору и под посебним ризиком су запослени са нижим квалификацијама.

Примећено је да је јавни сектор прилично конзервативан у погледу нових аранжмана и да не представља пример увођења добрих пракси усклађивања рада и родитељства. Флексибилније радно време, избор смена, одређивање сатнице и сл. ни у јавној управи нису на вишем нивоу у поређењу са привредом.⁶⁸ С обзиром на величину овог сектора, пожељност рада у њему, однос према новим радним аранжманима који омогућавају па и промовишу усклађивање рада и родитељства би могао да добије на видљивости и постане пример добре праксе и за приватни сектор.

Истраживања континуирано показују да постоји родни јаз у платама. Платни јаз је показатељ да су жене са истим образовањем ниже плаћене јер веома ретко заузимају хијерархијски више позиције унутар организације као и мушкарци, али и да на располагању имају мање ресурса и мање моћи коју црпе из јавне сфере.⁶⁹ Иако је током последњих петнаест година номинални

раст зарада скоро утростручен, истовремено је растао и јаз у зарадама између мушкараца и жена. У готово свим секторима делатности, жене имају нижа примања од мушких колега. Посматрано према нивоу образовања жене на свим нивоима образовања остварују 65–85% зарада мушких колега, а занимљиво је да су високообразоване жене 2014. године зарађивале 76% зараде својих мушких образовних колега, иако жене доминирају у контингенту високообразованог становништва.⁷⁰

Радна култура је често веома недовољно осетљива за планирање породице, али и обавезе родитеља. Дискриминација оних који планирају децу, посебно жена, као и оних који имају родитељске обавезе је присутна у значајној мери. Под посебним ризиком су жене које имају децу, а ризици се повећавају са смањењем нивоа образовања и квалификација родитеља. Забележени су случајеви отпуштања жена са посла када остану у другом стању, или пребацивања на теже послове не би ли саме одустале.⁷¹

Посебно треба обратити пажњу на усклађивање рада и родитељства код рањивих група, а међу њима треба дизајнирати посебне мере за једнородитељске породице. Сами родитељи су под материјалним, финансијским и организационим ризицима, те је њима и помоћ у сфери рада (од проналажења посла до организације радног времена) али и приватној сфери (око кућних послова и чувања деце) најпотребнија. Невенчане мајке се суочавају са највећим тешкоћама у родитељству.⁷²

Изазов усклађивања породичног и професионалног живота има још једну значајну димензију – неформалну размену са широм сродничком мрежом, а у највећој мери са својим родитељима. Културни модел међугенерациске солидарности и у новим привредним условима преживљава и показује се као функционални супститут неразвијеним механизмима институционалне подршке родитељству. То у пракси значи интензивно трошење ресурса неформалних мрежа подршке: материјалних, финансијских и емоционалних, односно да се приликом планирања породице, стамбеног обезбеђења, финансијске подршке, али и свакодневне помоћи око деце родитељи у великој мери ослањају на своје родитеље. У многим случајевима без ове подршке жене не би биле у могућности да буду ангажоване на тржишту рада, или би им усклађивање породичног и професионалног живота било значајно отежано. Али овакви аранжмани значајно оптерећују старије генерације, посебно у условима њиховог пролонгираног ангажовања на тржишту рада, и доводе до повећања напетости како између генерација тако и између супружника. Интензивна размена ресурса између генерација, као и заједнички живот, додатно погодује опстанку традиционалних патријархалних и ауторитарних односа у приватној сфери.⁷³

Анализе указују да је веома тешко усклађивање образовне и породичне транзиције. Имајући у виду да је концепт целоживотног учења део новог привредног и образовног контекста, треба радити на решењима која би омогућавала усклађивање и (не)формалног образовања и родитељства.

Иако Закон о високом образовању⁷⁴ дозвољава могућност увођења програма на нивоу високог образовања који би излазили у сусрет свима који не могу редовно да похађају наставу, у пракси најчешће не постоје посебни програми који би били дизајнирани за оне који су родитељи и/или истовремено раде. Последње потврђују и налази неколико студија, указујући на веома ниско учешће родитеља који студирају.⁷⁵ На нижим нивоима школовања, трудноћа/родитељство најчешће подразумева одустајање од даљег образовања, и још увек се третира као „друштвена срамота“. У овом смислу су под посебним ризиком припадници ромске популације и млади из руралних подручја.

Мере, активности и механизми

1. У оквиру активних мера на тржишту рада подстицати запошљавање младих мајки

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Сузбијање неформалног рада/рада на црно

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Све врсте радних уговора (укључујући и уговоре о привременим и повременим пословима, уговоре о стручном оспособљавању и усавршавању, уговоре о делу, уговоре о допунском раду и др.) третирати на исти начин у погледу права на накнаду за време трудноће, породилског одсуства и одсуства са рада зарад неге детета

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Омогућавање флексибилног начина располагања одсуства са рада зарад неге детета: могућност продужења одсуства уз пропорционално умањење месечне накнаде и могућност да се одсуство користи и парцијално (у више наврата)

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

5. Појачана контрола од стране инспекцијских служби да би се онемогућило послодавцима да спроводе прикривену дискриминацију жена које желе да рађају децу у непосредној будућности и мајки са малом децом и оштро санкционисање прекршилаца законских норми

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

6. Увођење контроле од стране инспекцијских служби да би се онемогућило послодавцима да спроводе отворену или прикривену дискриминацију мушкараца који желе да користе одсуство са рада зарад неге детета

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, синдикати.

Рок: 2018. година – континуирано.

7. Обезбеђивање услова да жена током трудноће као и након враћања на посао после одсуства не изгуби посао

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

8. Промовисање међу послодавцима постојећих законских решења и могућности које закон пружа, а тичу се бољег усклађивања рада и родитељства, подвлачењем њиховог значаја за ублажавање феномена недовољног рађања – сензибилисање радне културе за користи које послодавци могу имати од запослених који су родитељи. Увођење лиценце „подржавајуће за породичне обавезе“ за фирме које поштују обавезе и ритам родитеља

Носиоци: Министарство привреде, Министарство државне управе и локалне самоуправе, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, синдикати.

Рок: 2018. година – континуирано.

9. Промовисање међу потенцијалним и актуелним родитељима постојећих законских решења која се тичу бољег усклађивања рада и родитељства

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

10. Увођење нових решења који се тичу усклађивања формалног и неформалног образовања и родитељства

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 2.2. Усклађивање рада и родитељства путем збрињавања деце запослених родитеља

За усклађивање рада и родитељства, поред нормативног оквира у сфери рада, важно је збрињавање све, а поготово деце запослених мајки и очева. Мада је традиција развоја система предшколских установа у Републици Србији дуга, постоји јасна потреба за његову надградњу и у квантитативном и у квалитативном смислу. Неопходно је утврдити реалну потребу за збрињавањем деце и капацитета постојећих установа, као и унапредити њихово функционисање, посебно у погледу програма рада са децом и флексибилности радног времена.

Поред тога, треба у већој мери ангажовати и школе у збрињавању деце запослених родитеља. Истовремено, постоји и јасна потреба за подршком родитељима деце са физичким и менталним сметњама.

У сфери предшколског образовања и даље се бележи недовољан обухват деце. Мајке које тренутно не раде а хтеле би, у више од половине случајева наводе да је то због непостојања установа за чување деце у месту у коме живе.⁷⁶ На овај начин се жене вежу на дужи период за приватну сферу, док је на мушкарцима/очевима већи притисак да раде и зарађују.

Имајући у виду приоритете вртића где предност имају деца запослених родитеља, случај у коме је један родитељ формално незапослен (иако може радити) неретко води двострукој дискриминацији: 1) према могућности уписа деце у установу и добијања олакшица и 2) према могућности незапосленог родитеља (најчешће мајке) да пронађе посао. Приступ предшколским установама треба бити подједнак за незапослене као и за запослене родитеље с обзиром да такав услов током значајног периода жену/мајку веже за приватну сферу. Даље, уочено је да на нивоу јаслица у неким предшколским установама постоји неусклађеност трајања родитељског одсуства (које траје до навршених 11 месеци детета) и границе када се деца примају у предшколску установу (најчешће када напуне 12 месеци), тако да је савет предшколским установама које имају потребне могућности и капацитете да упис деце врше у складу са законом о предшколском васпитању и образовању (могу уписивати децу узраста од шест месеци).

На нивоу основношколског образовања деце, родитељи указују на још нижи степен могућности усклађивања својих професионалних и дететових школских обавеза. Запослени родитељи који имају дете школског узраста се суочавају са још већим изазовима с обзиром на логику одвијања наставе која укључује специфичну сатницу, смене, дуге распусте, нерадне дане и сл., који најчешће нису усклађени са радом организација.⁷⁷

Мере, активности и механизми

1. Даље развијање мреже установа за предшколско васпитање, отварање предшколских установа у новим насељима, при привредним субјектима и обезбеђивање капацитета и доступности услуга у складу са локалним потребама

Носилац: Јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Развијати и повећати понуду модела различитих програма у циљу проширења обухвата деце, укључујући и децу родитеља који су незапослени, како би им се омогућило да пронађу посао

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Развијати моделе за чување деце родитеља који нису формално запослени, или су незапослени како би им се омогућило да пронађу посао

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Образовање васпитног и медицинског кадра у складу са Националним оквиром квалификација који се усклађује са Европским оквиром квалификација

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

5. Обезбеђивање услова и акредитованих програма у школи за реализацију целодневне наставе и продуженог боравка за ученике од првог до четвртог разреда, уз спровођење различитих програма и током школских распуста у школама у којима родитељи исказу ту врсту потребе

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

6. Развијање услуга на локалном нивоу за помоћ родитељима деце и младих са сметњама и тешкоћама у развоју (лични пратилац детета, дневни боровци са могућношћу краткотрајног смештаја, превоз до предшколских установа, односно школе, итд.)

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

Очекивани ефекти

Циљ наведених мера је подржавање запослених парова да се лакше одлуче на родитељство, а родитељима да се одлуче на рађање већег броја деце. Активности усмерене ка усклађивању рада и родитељства допринеће на неколико начина. Најпре, новим решењима ће бити олакшано родитељима да се о детету брину и да буду радно, односно професионално ангажовани. У времену када је тржиште рада све више флексибилније биће препознати различити облици рада и из њих ће запослени родитељи остваривати сва радна права. То ће помоћи како самим родитељима да уравнотеже буџете, тако и младима да се лакше одлуче на корак родитељства. Предложене мере имају и функцију промовисања одговорног пословног окружења према родитељима, односно сензибилисање радне културе на родитељске обавезе, као и промовисање нових облика родитељства, посебно новог очинства. Даље, кроз препознавање специфичних изазова са којима се суочавају запослене мајке, а са којима запослени очеви, предложене мере су скројене имајући у виду родне, слојне и радне специфичности, са циљем смањења родног јаза на тржишту рада. Неопходно је наставити рад на развијању мреже предшколских установа, са капацитетом који је у складу са реалним потребама, али не на штету квалитета. Нарочито је битно пронаћи решење за родитеље који су незапослени и чија деца због тога не могу да добију место у предшколској установи, а који притом желе да раде или чак раде неформално. Ове мере су усмерене и на пружању веће подршке родитељима деце са сметњама и тешкоћама у развоју да реализују обе потребе – да раде и да буду родитељи.

2.2.3. Посебни циљ 3. Снижавање психолошке цене родитељства

Образложење потребе

Психолошка цена детета је економски немерљива категорија, она представља субјективни доживљај улагања, или ускраћења, фрустрације, одрицања, пре свега жене. Родитељство је у Србији претежно изједначено са материнством и то интензивним материнством, што подразумева неупитно и огромно исцрпљивање жена/мајки за своје ближње, за децу, супруга, домаћинство, а данас све више и за остареле родитеље и друге сроднике којима је потребна помоћ.⁷⁸ Сав тај „породични рад“ жена могао би да се искаже и кроз економске индикаторе, као што је на пример одсуствовања са посла, одустајање од запослења, смањена радна активност и продуктивност, умањена зарада, умор, слабији квалитет рада жена и мање шанси за напредовање у односу на мушкарце.

Психолошка цена детета и пратећи стрес које родитељство изазива су оне економски немерљиве категорије које често стоје иза одлука да се нема још једно дете, односно иза нерађања више деце. Психолошку цену родитељства и породице плаћају и мушкарци/очеви јер трпе друштвени притисак да буду храниоци у друштвеним околностима када је то све теже остварити, те они генерално, а посебно у земљама тзв. полупериферије светског капитализма, каква је Србија, доживљавају тзв. кризу маскулинитета.⁷⁹

Иако родитељи нерадо признају постојање ове друге стране медаље родитељства, она реално постоји упоредо са сатисфакцијама које родитељство доноси. То задовољство „постајања родитељем“ објашњава добрим делом зашто се огроман број људи не одриче родитељства, али исто тако зашто се тешко одлучују за више од једног детета. У прилог овој тврдњи стоје и подаци да је идеалан број деце који жене у нашој средини наводе, већи од реализованог. Значи, у повољнијим условима – економским, али и друге природе – жене би биле вољне да рађају и већи број деце.

Према томе, једна од стратегија да се подстакне више рађања јесте и смањење психолошке цене детета, односно креирање погодне климе за одлуку о рађању наредног детета.

Овде долазимо до питања родне равноправности. Досадашњи развој је ишао претежно у једном правцу – ка остварењу права жене на рад изван куће, али не истовремено и у правцу мењања и модела улоге мушкарца, па и деце у породици. Мењање улоге жене схваћено је само половично, у смислу њених додатних улога на ону која јој је вековима додељивана као главна – да буде домаћица и мајка. Зашто се овакав модел одржава и тако тешко искорењује? Због задржавања традиционалне дефиниције улоге полова у генерацији родитеља, деца путем процеса социјализације и идентификације репродукују исте моделе поделе послова и улога мушкарца и жене у породици. Таква социјализација није данас у савременом друштву услуга, информатичке економије и родне равноправности адекватна, јер проузрокује застоје у развоју на више нивоа: привредном, друштвеном, породичном, личном. Жене су данас све више високообразоване и припремљене за тржиште рада, те је потпуно анахроно свођење жене само на породицу, односно одржавање родне неравнотеже у приватној, као и јавној сфери. Развојна је потреба нашег друштва да се жене активно и у континуитету укључе у економске и друге друштвене токове, а за мушкарца – да се активније укључи у породичну сферу. Тим пре што флексибилизација тржишта рада тражи флексибилније родне односе, односно замењивост родних улога и напуштање подвојености на чланове који раде и оне који се старају, посебно у перспективи продуженог животног века и тзв. вредности индивидуализације. Новија истраживања показују да је и мушкарцима данас важно да се испоље и као партнери и као очеви, односно да приватна сфера игра велику улогу у тзв самореализацији млађих, нових генерација мушкараца („ново очинство“).⁸⁰ Међутим, код укључивања мушкараца/очева у породицу, примећује се њихово веће емотивно и практично ангажовање око родитељства, па и партнерства, док је домаћи рад (свакодневни послови као што су кување, прање, чишћење, пеглање, итд.) и даље третиран као искључива женска обавеза.⁸¹ Енормно исцрпљивање женских ресурса тј. недовршена родна промена на плану домаћег рада и породице је, како у Србији, тако и другим земљама јужне Европе, снажна баријера рађању, а посебно више од једног детета.⁸²

Родитељство је изразито одговоран и сложен задатак у животу сваког појединца. Па ипак, не постоји систем припреме младих за испуњавање ове одговорне улоге. Бити добар родитељ је снажан лични мотив, али и огромна обавеза коју прати друштвени притисак. Последице несналажења у родитељској улози су врло озбиљне и за дете, али и за одраслу особу. Неуспешан родитељ остаје ускраћен за сатисфакције које произлазе из успешног родитељства, али и са теретом осећања неуспеха, кривице, самооптуживања и оптуживања околине. Помоћ и подршка младим људима да изграде високи ниво компетенције за родитељство пре рођења првог детета, а затим и у току подизања првог детета, могла би да смањи стрес доживљен кроз родитељство и да олакша одлуку о рађању другог и трећег детета. Осим едукације за родитељство, посебно младим паровима, потребна је и едукација за живот у двоје, тј. за брак и партнерство. Постоје бројна истраживања која показују да од степена постигнуте блискости (отворености и комуникације у браку) и задовољства/среће у браку зависи у којој ће мери супружници делити и родитељске улоге и одговорности. То је јасан доказ зашто треба радити на брачном/партнерском односу, посебно у функцији родитељства.

Психолошка цена рађања обухвата и однос према женама на порођају. Непријатни доживљаји са претходним порођајем у условима одложеног рађања могу да допринесу одустајању од рађања следећег детета. Релевантна истраживања⁸³ су показала да су потребне следеће практично политичке интервенције: 1) поштовање права породиља (информисаност о току порођаја, о третманима којима ће бити изложена и због чега); поштовање жениног права на приватност (за присуство трећих лица потребна је сагласност породиље). Развијање позитивне атмосфере у породици усмерене на психолошку подршку женама, разговор, итд. 2) Понашања према женама (забрана и санкционисање вређања породиља), унапређење услова за посете породиљама, даље унапређење „baby friendly“ програма и општих услова у породици у Србији (исхрана, хигијена и опште окружење); сузбијање мита и корупције.

Појединачни циљ 3.1. Снижавање психолошке цене материнства мерама које регулишу усклађивање рада и родитељства

Данас, у Републици Србији велики број жена или је запослен или, ако није запослен, жели и рачуна на то да ће имати прилику да добије посао. Поред јасних економских добитака које доноси запослење, професионално остварење је један од снажних мотива и циљева жена, посебно млађе генерације. Тим пре што је према родној статистици у Србији удео високообразованих жена врло висок и надмашује мушкарце (међу уписаним студентима на факултетима и вишим школама 2012. било је 56% жена, а међу дипломиранима 58%)⁸⁴ чиме се оне активно припремају за тржиште рада и професију, а не само за породицу.

Проблеми у усклађивању рада и родитељства јесу управо најјачи извор повећања психолошке цене материнства.

Мере, активности и механизми

Појединачни циљеви описани под бројем 2.1. и 2.2. са свим мерама које су наведене у тим одељцима, су истовремено и мере које ће да допринесу остваривању и овог појединачног циља.

Носилац: надлежна министарства за ове појединачне циљеве и мере.

1. Увођење плаћеног одсуства са рада („квота за очеве“) које треба да буде обавезно, плаћено, непреносиво, да траје две недеље, с тим да се може користити одједном или у више наврата

Носилац: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018–2020. година.

Појединачни циљ 3.2. Истицање значаја улоге оца у подизању детета

Мајка је у нашој средини тзв. „примарни родитељ“. То значи да се од ње очекује да испуњава највећи део обавеза око неге, бриге и подизања детета. Она та очекивања и испуњава. Овај, историјом и културом одређени образац је могао да се са нешто мање потешкоћа одржава у временима кад већина жена није била запослена, и кад се живот породице одвијао у проширеним породичним заједницама у којима је брига око деце била подељена између чланова више генерација једне те исте породице. Међутим, у садашњем тренутку, овај образац знатно доприноси повећању психолошке цене материнства. Истовремено, овај образац не одговара развојним потребама детета. Стога је неопходно равноправно укључивање мушкарца у родитељство.

Мере, активности и механизми

1. Обогаћивање програма основних и средњих школа садржајима везаним за значај оца у развоју детета и његовим врло специфичним доприносима формирању личности детета

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Национални просветни савет, Завод за унапређивање образовања и васпитања.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Промовисање очинства и његовог значаја за лични идентитет, стварањем повољније климе према очевима на радном месту и у друштву, кроз радионице, видео материјал, медијске садржаје, итд.

Носиоци: Министарство културе и информисања, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство просвете, науке и технолошког развоја.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 3.3. Снижавање психолошке цене родитељства олакшавањем вођења домаћинства

У многим земљама послови у домаћинству знатно су олакшани постојањем различитих сервиса који доприносе уштеди времена и енергије који су потребни да родитељи, посебно запослени, успешно воде своје домаћинство. Захваљујући тој уштеди енергије и времена, родитељи имају далеко мањи доживљај оптерећења које проузрокује подизање и брига око детета, могу више времена да проводе заједно и квалитетно, да се рекреирају и сл. У нашој средини, највећи терет ових послова поново пада на супругу/мајку, и евентуално на њене неформалне мреже подршке (рођаке са женске стране). Велики број домаћинстава и породица у условима дуготрајне транзиције, праћене пауперизацијом, не поседује апарате за уштеду времена и енергије у домаћинству (рецимо машину за судове, итд.), нити је у могућности да ангажује плаћену, повремену, помоћ. Зато је женин буџет времена током недеље попуњен плаћеним и неплаћеним пословима код куће, са мало слободног времена, које би се посветило рекреацији, доколици, итд. Стандард просечне породице онемогућава набавку готових јела, као и породичне годишње одморе, ван места становања.

Мере, активности и механизми

1. Развијање и економско подстицање мреже лако доступних (економски и локацијски) пружалаца услуга родитељима у вођењу домаћинства (сервиси за пеглање, прање, сервиси за припрему полуготових оброка, дечије исхране, сервиси за одвођење и довођење деце из школе, итд.)

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство финансија, Министарство привреде, цивилни сектор, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Одговарајуће обуке за помоћ око деце и старих (чување, нега и брига), намењених женама из локалних заједница (у суседству), (незапосленим, samozапосленим, пензионеркама, женама са ниским примањима, волонтеркама, итд.). Повећање броја агенција и услуга за збрињавање деце и старих у локалним заједницама, уз контролу квалитета услуга. Повећање броја и продужавање времена рада неговатељица – домаћица по кориснику

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство финансија, Министарство привреде, цивилни сектор, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 3.4. Јачање компетенције за испуњавање брачне и родитељске улоге

Родитељство је једна од најодговорнијих улога сваке особе. Такође је једна од улога која може да донесе највише сатисфакције ако је успешно обављена или највише фрустрације и патње уколико се не обави како треба. Шансе за накнадно исправљање грешака не постоје. Родитељство је доживотна улога или доживотни пројекат, јер се код нас на подршку породице рачуна и пре брака, и након рођења детета, и у старости када деца напусте дом било због помоћи запосленим родитељима или збрињавање старијих. И поред тог значаја, за испуњавање ове важне улоге у животу сваког појединца не постоји одговарајућа припрема, модели понашања из родитељске породице се преносе на следеће генерације, без обзира на све друштвене, технолошке, културне промене које се дешавају у окружењу, као и на вредносне промене у биографском смислу. О компетенцијама за живот у породици се не размишља, свакодневни породични живот је препуштен спонтанитету па и стихијном прилагођавању на промене на радном месту, у друштву, локалној заједници, и сл. Не постоји свест о потреби саветовања са експертима у вези са породичним кризама и променама, изазовима личног раста и „рада на односу“ у пару и у групи.

Мере, активности и механизми

1. Развијање мреже саветовалишта за родитеље у циљу једноставног информисања у вези са дилемама око неге и подизања деце. Развој мреже саветовалишта за брак и живот у двоје, посебно у вези са изазовима трансформације од брака ка породици, са новим улогама, одговорностима и (подељеним) ауторитетом

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство здравља, цивилни сектор, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018 година – континуирано.

2. Подизање брачне и родитељске компетенције путем програма школе брака, партнерства и родитељства

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе, цивилни сектор.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Оснивање клубова за брачне partnере и родитеље у циљу остваривања контаката и размена идеја, добијања подршке, савета и слично

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе, цивилни сектор.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Обезбеђивање приручника о „здравом“ браку и партнерству (односа у коме сваки партнер развија своје потребе и личност уз неговање односа заједништва), затим о породичним прелазима, припреми за нове улоге и задатке. Учење вештине преговарања, договарања и флексибилизације родних улога у породици

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, јединице локалне самоуправе, цивилни сектор.

Рок: 2018. година – континуирано.

5. Обезбеђење једноставне, кратке, лако читљиве литературе за младе родитеље у виду приручника, брошура, видео записа, мобилних апликација о нези и васпитању деце

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство здравља, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство културе и информисања.

Рок: 2018. година – континуирано.

Очекивани ефекти

Спровођење наведених мера допринело би смањењу субјективног доживљаја оптерећења жена/мајки и родитеља, односно експлоатације (женских) ресурса, од емотивних, преко материјалних, психолошких, здравствених, итд, посебно код рађања већег броја деце. Тако би се лакше доносиле одлуке о рађању више деце, у складу са идеалним бројем деце, а истовремено би се створила повољна основа за стимулисање додатних рађања другим мерама популационе политике. Важна добробит биће и подизање квалитета живота, пораст осећања задовољства сопственим животом, пре свега жена, а затим и мушкараца, родитеља са децом, што ће уз различите повољне ефекте имати за последицу и осећај благостања код деце. Школе брака и родитељства би требало да помогну и да се васпитни модел адаптира тако да се деца подижу не само као жељена и вољена, већ и одговорна, дисциплинована.

Захваљујући назначеним променама у правцу демократизације родних породичних односа, преузимањем одговорности и поделом ауторитета мушкараца, жена и деце, при доношењу важних личних и породичних одлука, створила би се клима која погодује наставку рађања. У таквој, промењеној клими, деца би усвајала нове, неауторитарне, моделе понашања, личне одговорности, али и толеранције, трагања за компромисом

и договором, што је у складу са прилагођавањем за живот у савременим, плуралним друштвима, брзих промена.

2.2.4. Посебни циљ 4. Очување и унапређење репродуктивног здравља

Образложење потребе

Рађање деце зависи од биолошке способности родитеља за репродукцију и телесне способности жене да одговори на повећане физиолошке захтеве трудноће. То добија све већи значај у савременим друштвима као што је наше, која карактерише све ранији почетак полног живота, односно одлагање рађања за касније животно доба. Са продужавањем периода сексуалне активности пре реализовања родитељства расту ризици за намерне прекиде трудноће, полно преносиве инфекције и последична обољења репродуктивног система. Услед веће учесталости хроничних обољења, као што су болести срца и крвних судова или шећерна болест, трудноћа у старијем животном добу носи већи ризик за њен патолошки ток и исход. Треба, међутим, нагласити да је велики број стечених оштећења здравља и репродуктивне функције могуће спречити одговарајућим превентивним програмима.

Промоција здравља је важна јер је здравствено стање појединаца и друштвене заједнице одређено интеракцијом позитивних (подстицајних и заштитних) и негативних (угрожавајућих) фактора који делују током живота. Повољан утицај на опште здравље и репродуктивну функцију имају здрава животна средина, умерена и разноврсна исхрана која је примерена животном добу, физичка активност, док штетно делују седентаран начин живота, гојазност, стрес, пушење, злоупотреба алкохола и наркотика. Репродуктивно здравље штите одлагање почетка сексуалне активности до постизања релативне телесне и психосоцијалне зрелости, безбедно сексуално понашање, планирање трудноћа уз помоћ савремене контрацепције и редовни превентивни здравствени прегледи. Ипак, образовање у погледу стицања способности за очување и унапређење општег и репродуктивног здравља сматра се једним од најважнијих покретача промене индивидуалне и друштвене свести која води усвајању здравих животних навика и безбедних облика сексуалног понашања.

Позитивни ефекти улагања у опште и репродуктивно здравље становништва су вишеструки. Непосредно се уочава боље здравствено стање, виталност, већа продуктивност и бољи потенцијал за реализовање родитељства садашње генерације репродуктивно способног становништва. Дугорочно, улагање у здравље једне генерације ствара добру основу за бољи раст и развој потомства, односно будућих генерација једног друштва.

Појединачни циљ 4.1. Промовисање здравих стилова живота

Здраве животне навике могу да умање ризике за настанак тзв. превентивних поремећаја здравља, као што су повишен крвни притисак, исхемијска болест срца и шећерна болест. Ипак, оне нису у довољној мери

развијене међу становништвом Србије. Према резултатима последњег репрезентативног истраживања⁸⁵, у 2013. години се рекреацијом у трајању од 90 минута недељно бавило 11% становника Србије, односно 16% мушкараца и 5% жена. Нездраво се хранила приближно половина становника, а сваки пети (20%) није размишљао о здрављу приликом избора начина исхране. Више од половине становништва Србије (56%) било је прекомерно ухрањено (предгојазно и гојазно), при чему је уочен пораст удела гојазног становништва са 17% у 2006. години на 21% у 2013. години. Учесталост пушења међу становништвом у Србији је изнад европског просека, а навику свакодневног или повремениг пушења имало је 19% адолесцената и 39% женских особа старости 18–64 године. Најмање једном месечно опијало се 17% адолесцената, односно 16% становништва Србије.

За здравствено стање становништва свакако су битни заштита животне средине и решавање најважнијих еколошких изазова, попут загађења ваздуха и земљишта, превенције и рециклаже отпада, водних ресурса и третмана отпадних вода, као и просторног уређења и развоја инфраструктуре урбаних и руралних насеља.

Мере, активности и механизми

1. Стварање еколошки прихватљиве и просторно и организационо уређене животне средине која подржава здрав стил живота, повећање могућности за физичку активност, сузбијање пушења, постојање олакшица за бављење спортом и субвенционирање производње и потрошње здравих намирница, као и повећање пореза на алкохол и дуван

Носиоци: Министарство заштите животне средине, Министарство омладине и спорта, Министарство здравља, Министарство финансија.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Промовисање физичке активности и здраве исхране од рођења у класичним и друштвеним медијима, породици, предшколским и школским установама, радним организацијама, друштвеним групама и удружењима, на локалном, регионалном и националном нивоу

Носиоци: Министарство здравља, Министарство омладине и спорта, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство државне управе и локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Подизање друштвене свести о утицају здравог стила живота на спречавање или одлагање развоја хроничних незаразних обољења и утицају позитивних здравствених навика на квалитет живота и остваривање материнства

Носиоци: Министарство здравља, Министарство омладине и спорта.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 4.2. Промоција репродуктивног здравља адолесцената

Бројни чиниоци потенцијално угрожавају репродуктивно здравље адолесцената у Републици Србији, од којих су поједини јасно повезани са овим проблемом.

Младима недостају знања и вештине потребне за очување општег здравља и посебно репродуктивне функције. Несумњиво је доказано да је знање неопходан предуслов за усвајање позитивних здравствених навика, развој здраве сексуалности, безбедно сексуално и репродуктивно понашање и развој личне одговорности за очување здравља.⁸⁶ Ипак, за сада није искоришћена прилика коју пружају важећа законска решења да се наставни планови основног и средњег образовања обогате садржајима значајним за очување и унапређење репродуктивног здравља.⁸⁷ Стога су најчешћи извори информисања младих вршњаци, средства јавног информисања и Интернет.⁸⁸ ⁸⁹ Родитељи имају најчешће пасиван однос према сексуалности и заштити репродуктивног здравља њихове деце. Веома је, међутим, значајно да они помогну младима, јер је показано да се током одрастања с много више проблема суочавају деца чији родитељи нису разговором и директним ангажовањем учествовали у развоју и сазревању њихове сексуалности.⁹⁰

Учесталост сексуалне активности расте међу адолесцентима оба пола, а промене су интензивније међу девојкама. Према резултатима истраживања здравља становништва Србије из 2013. године, у сексуалне односе је ступило 33% младих узраста 15–19 година (40% младића и 26% девојака). Младићи најчешће прво сексуално искуство доживљавају у 17. години, а девојке у 18. години.⁹¹ Недавна студија о сексуалном понашању девојака из Србије, спроведена путем Интернета, показала је да највећи број остварује први сексуални однос са 17 година (20%), а ређе са 18 година (18%). Ипак, четвртина (29%) је постала сексуално активна са 16 и мање година.⁹²

Иако све већи број адолесцената у Србији следи савремене тенденције у сексуалном понашању, мали број их користи ефикасну контрацепцију. Устручавање и стид од одласка лекару и набавке ефикасног метода превенције зачећа, као и бојазан да ће околина сазнати да су сексуално активни главни су разлози, поред недовољног знања и предрасуда, што млади ретко користе ефикасну контрацепцију.⁹³ Проблем додатно отежава и чињеница да контрацепцију може да препише само изабрани гинеколог у дому здравља који често нема довољно времена за спровођење квалитетног саветовања или не жели да препише контрацепцију девојкама узраста 18 и мање година.⁹⁴

Истраживања спроведена у различитим срединама Републике Србије указују на раширеност ризичних понашања, као што су пушење, употреба алкохола у све ранијем узрасту и већој количини, и коришћење дроге, пре свега

марихуане, хашиша, деривата амфетамина и хероина. У порасту је и број младих са сексуалним искуствима под утицајем алкохола или дроге, као и оних који се понашају промискуитетно не користећи мере превенције трудноће и полно преносивих инфекција.^{95 96 97}

Процењује се да број адолесцентних трудноћа током једне календарске године износи најмање 50 на 1.000 девојака од којих се две петине завршавају рађањем детета, а преостале углавном намерним прекидом. Број порођаја опада у групама старијих адолесценткиња, али се одржава или чак лагано расте међу девојкама узраста 16 и мање година, што је свакако забрињавајућа чињеница ако се има у виду да су ризици од неповољног тока и исхода трудноће највиши код најмлађих адолесценткиња.⁹⁸

Полно преносиве инфекције су честе код сексуално активних адолесцената, посебно инфекција гениталним хламидијама, која значајно повећава ризик за настанак неплодности и инфекција хуманим папилома вирусом, која је директно повезана са карциномом грлића материце као и карциномима других органа репродуктивног система, главе и врата. Ипак, према последњим доступним подацима, у 2016. години је међу адолесцентима евидентирано само четири случаја сифилиса и три случаја гонореје.⁹⁹ За сада се не спроводи периодични скрининг сексуално активних адолесцената на гениталне хламидије, нити се вакцинишу млађи адолесценти против најчешћих и најважнијих типова хуманог папилома вируса, мада за то постоји препорука Светске здравствене организације, заснована на бројним и подударним научним доказима.¹⁰⁰

Прилагођавање здравствене заштите потребама младих резултовало је оснивањем саветовалишта за репродуктивно здравље младих у приближно четвртини општина Србије. Саветовалишта, међутим, нису на одговарајући начин подржана у оквиру реформе здравственог система. Увођење концепта изабраног лекара, давање предности куративној у односу на превентивну медицину, прогресивно смањивање броја педијатара и гинеколога у примарној здравственој заштити и немогућност евидентирања здравствених услуга пружених младима у саветовалишту довели су у питање не само даљи развој, већ и опстанак саветовалишта за младе.¹⁰¹

Мере, активности и механизми

1. Едукација у школама за очување репродуктивног здравља

У Републици Србији у оквиру школског система не постоји системско решење везано за едукацију у области заштите репродуктивног здравља. Искуства средина које су спроводиле програме ширења знања и изграђивања одговарајућих вештина међу адолесцентима недвосмислено показују позитивне резултате, исказане већим степеном одговорности тих девојака и младића за очување сопственог здравља. Поред тога, ти програми доприносе одлагању сексуалне активности младих ка старијем

узрасту и смањењу ризика за настанак нежељене трудноће и полно преносивих инфекција.¹⁰²

Посебне мере, активности и механизми

1.1. Обогаћивање планова и програма основних и средњих школа садржајима везаним за очување репродуктивног здравља младих

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља, Министарство омладине и спорта.

Рок: 2018. година – континуирано.

1.2. Израда приручника за наставнике и сараднике основних и средњих школа за рад у сфери очувања репродуктивног здравља младих

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

1.3. Израда едукативног материјала намењеног ученицима основних и средњих школа у циљу очувања њиховог репродуктивног здравља

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља, Министарство омладине и спорта.

Рок: 2018. година – континуирано.

1.4. Акредитовање програма за обавезно стручно усавршавање наставника, васпитача, стручних сарадника и директора предшколских установа, основних и средњих школа, у циљу њиховог професионалног оснаживања за реализацију програма и садржаја из области очувања репродуктивног здравља

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Завод за унапређивање васпитања и образовања.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Развој мреже саветовалишта за репродуктивно здравље младих

За заштиту репродуктивног здравља младих од изузетног значаја је прилагођавање здравствених служби, кроз развој одговарајућих саветовалишта. Мада је овај процес у Републици Србији покренут од краја 1990-их, у многим јединицама локалне самоуправе саветовалишта за репродуктивно здравље младих не постоје или нису комплетно развијена.

Посебне мере, активности и механизми

2.1. Оснивање саветовалишта за заштиту репродуктивног здравља младих у свим јединицама локалне самоуправе

Носиоци: Министарство здравља, Министарство државне управе и локалне самоуправе, Министарство омладине и спорта, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

2.2. Обезбедити да саветовалишта за заштиту репродуктивног здравља младих испуњавају услове стандарда квалитета, односно да су услуге прилагођене њиховим потребама, да су засноване на научним доказима и да су приступачне свим адолесцентима без разлике

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

2.3. Стварање подржавајућег окружења које ће повећати обухват младих радом саветовалишта за заштиту репродуктивног здравља, укључујући мотивисање родитеља, старатеља, породице и професионалаца из образовног система да адолесцентима пруже подршку у доношењу информисаних и безбедних одлука повезаних са репродуктивним здрављем

Носиоци: Министарство здравља, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство државне управе и локалне самоуправе, Министарство омладине и спорта, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Спречавање поремећаја репродуктивног здравља адолесцената

Услед биолошки условљене неотпорности и психосоцијалних карактеристика адолесценти су у значајно већем ризику за настанак полно преносивих инфекција од особа старијих од 20 година. Ширењу ових инфекција доприноси то што половина оболелих особа нема тегобе. Непрепознате и нелечене, ове инфекције могу да доведу до хроничног запаљења репродуктивног система, неплодности, гениталних карцинома, неповољног тока и исхода трудноће и рађања детета с аномалијама или оштећењима органа, а у случају инфекције вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ) и смртог исхода оболеле особе.

Адолесценти су у повећаном ризику за настанак непланиране трудноће јер су склони да не користе контрацепцију или да је користе неправилно и нередовно.

Одговарајућим превентивним мерама могуће је значајно смањити ризике за настанак полно преносивих инфекција и трудноће код адолесцената и тиме допринети очувању њиховог здравља и плодности.

Посебне мере, активности и механизми

3.1. Саветовање о сексуалности и значају редовне примене мера заштите од полно преносивих инфекција и трудноће при свакој посети адолесцената здравственој установи

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

3.2. Превенција насиља и сексуалног злостављања адолесцената и пружање свеобухватне подршке жртвама

Носиоци: Министарство здравља, Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство унутрашњих послова, Министарство правде.

Рок: 2018. година – континуирано.

3.3. Вакцинисање адолесцената против хуманог папилома вируса

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година и даље континуирано.

3.4. Периодични скрининг свих сексуално активних адолесцената на гениталне хламидије

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

3.5. Добровољно и поверљиво саветовање и тестирање на ХИВ

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 4.3. Спречавање обољења репродуктивног система

Репродуктивно здравље становништва Србије оптерећено је низом озбиљних проблема. Један од најважнијих је што се нежељено зачеће претежно превенира традиционалним методима недовољне ефикасности, због чега је последично често суочавање с непланираном и нежељеном трудноћом. Према резултатима последњег репрезентативног истраживања савремену и ефикасну контрацепцију у Србији користи мање од петине жена из опште популације које су у браку или стабилној партнерској вези (18%), а традиционалну контрацепцију двоструко више (40%).¹⁰³ Може се претпоставити да ниска учесталост коришћења ефикасне контрацепције у условима непромењене стопе укупног фертилитета за последицу има велики број намерних побачаја. Процењена стопа укупних абортуса у Србији је у 2014. години износила 2,89. То значи да током репродуктивног периода жена у Србији доживи просечно три намерна побачаја.

Репродуктивно здравље жена и мушкараца угрожавају и полно преносиве инфекције, јер могу да доведу до стечене неплодности или да угрозе нормалан ток и исход трудноће. Резултати истраживања показују да инфекције гениталним хламидијама и гонорејом у 10–25% случајева изазивају запаљење органа мале карлице. Код нелечених жена у значајном броју (10–40%) долази до затварања јајовода и шест пута је повећан ризик за настанак ванматеричне трудноће. На репродуктивну функцију негативно утичу и сифилис, бактеријска вагиноза, трихомонијаза, генитални херпес, генитална инфекција хуманим папилома вирусом и инфекција вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ).¹⁰⁴

Међу обољењима репродуктивног система чија учесталост може значајно да се умањи одговарајућим превентивним мерама посебну пажњу заслужује рак грлића материце. Са приближно 1.500 новооткривених случајева и 600 смртних исхода годишње, рак грлића материце представља други најчешћи узрок оболевања и умирања жена старости 15–44 године из Србије.¹⁰⁵ Највећи број случајева рака грлића материце може да се спречи периодичним скринингом у складу са националним препорукама.

Мере, активности и механизми

1. Повећање учесталости коришћења савремене контрацепције

У циљу промене начина регулисања плодности становништва од традиционалног ка модерном моделу потребно је да се одговарајућим информисањем и саветовањем жене и мушкарци мотивишу да усвоје савремени концепт планирања породице.

Посебне мере, активности и механизми

1.1. Промовисање планирања породице савременом контрацепцијом, уз благовремено решавање митова и заблуда о методима контрацепције коришћењем различитих комуникационих канала, укључујући класичне и друштвене медије

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

1.2. Интензивирање саветовања жена и парова о ефикасним и безбедним методима контрацепције које је засновао на поузданим подацима, тако што ће се од здравствених радника захтевати да примењују клиничке смернице које су засноване на научним доказима

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

1.3. Обезбеђивање саветовања и прописивања контрацепције свим женама и паровима без разлике, укључујући и лица која припадају

тзв. посебно осетљивим, односно рањивим групама, као што су адолесценти, лица која су у неповољном социјално-економском положају, оне које су маргинализоване или живе у институцијама, особе са инвалидитетом, мигранти и азиланти, особе које живе са инфекцијом ХИВ, и др.

Носиоци: Министарство здравља, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Снижавање учесталости и повећање безбедности извршења намерних побачаја

Велики број намерних побачаја који се обавља у Србији није званично евидентиран. Стога није познато да ли се сви побачаји обављају на безбедан начин и у складу са савременим клиничким препорукама.

Посебне мере, активности и механизми

2.1. Побољшање контроле пријављивања намерних побачаја.

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

2.2. Усвајање националних клиничких смерница за извршења намерних побачаја

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

2.3. Омогућавање безбедног намерног побачаја у законским оквирима свим женама, са квалитетном здравственом заштитом после побачаја, укључујући и подршку да избегну наредне непланиране трудноће правовременим почетком коришћења ефикасне контрацепције

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Снижавање учесталости полно преносивих инфекција

Различите активности могу да допринесу снижавању учесталости полно преносивих инфекција. Најважније су оне које становништву пружају одговарајућа знања и вештине и јачају

мотивацију, како за здраво сексуално понашање, тако и за правовремено обраћање здравственој служби у случају сумње на полно преносиву инфекцију. Здравствени систем, с друге стране, треба ефикасно да делује у превенцији, дијагностици и лечењу ових заразних обољења.

Посебне мере, активности и механизми

3.1. Општа популаризација и промоција превенције полно преносивих инфекција, укључујући усвајање безбеднијих облика сексуалног понашања и правовремену дијагностику и лечење инфицираних лица, уз коришћење различитих стратешких приступа и комуникационих канала, који обухватају кампање, шире интервенције у локалној заједници, вршњачку едукацију, групни здравствено васпитни рад, одговарајуће веб-сајтове, штампане и електронске медије

Носиоци: Министарство здравља, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

3.2. Повећање доступности здравствених услуга превенције, дијагностике и лечења полно преносивих инфекција и инфекције ХИВ-ом њиховим интегрисањем у програм очувања репродуктивног здравља

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

3.3. Спровођење лечења полно преносивих инфекција у складу са клиничким смерницама које су засноване на научним доказима

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Очување репродуктивног здравља жена

Правовремено откривање премалигних и малигних промена репродуктивног система жена, других гинеколошких обољења и поремећаја репродуктивне функције омогућава да се одговарајућим превентивним или терапијским интервенцијама повећају шансе за очување здравља и плодности.

Посебне мере, активности и механизми

4.1. Промовисање редовних превентивних гинеколошких прегледа који подразумевају и скрининг на рак грлића материце, коришћењем различитих комуникационих канала, укључујући класичне и друштвене медије

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

4.2. Обезбеђивање редовних превентивних гинеколошких прегледа који подразумевају и скрининг на рак грлића материце свим женама без разлике, укључујући и оне које припадају тзв. посебно

осетљивим групама, као што су лица која су у неповољном социјално-економском положају, маргинализоване, оне које живе у институцијама, особе са инвалидитетом, мигранткиње и азиланткиње, лица која живе са инфекцијом ХИВ, и др.

Носиоци: Министарство здравља, Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања.

Рок: 2018. година – континуирано.

Очекивани ефекти

Улагањем у мере које треба да доведу до позитивних промена у животним навикама могуће је значајно побољшати здравствено стање деце, адолесцената, жена и парова у репродуктивном периоду, спречити или одложити настанак хроничних обољења, попут кардиоваскуларних болести и дијабетеса мелитуса и побољшати квалитет њиховог живота. Посебно је значајно улагање у здравље адолесцената које је веома угрожено, јер тај развојни период живота одликује склоност ризичним понашањима, укључујући и рано ступање у сексуалне односе. Ипак, одговарајућом едукацијом, саветовањем и превентивним деловањем може се допринети лакшем одрастању, развоју здраве сексуалности, усвајању позитивног односа према здрављу и очувању репродуктивних потенцијала адолесцената и младих људи. Због повољних ефеката на репродуктивни систем, планирање трудноћа савременом и ефикасном контрацепцијом штити и унапређује репродуктивно здравље жена. За очување плодности од великог значаја је спречавање полно преносивих инфекција, као и правовремено откривање и лечење оболелих особа. Оптималном здравственом стању жена ће придонети и спровођење редовних превентивних прегледа.

2.2.5. Посебни циљ 5. Решавање проблема неплодности

Образложење потребе

Неплодност је проблем са којим се суочава 7–9% парова у развијеним земљама.¹⁰⁶ Услед слабе информисаности и едукованости становништва у сфери сексуалности и репродуктивног здравља, великог броја намерних прекида трудноће, распрострањености полно преносивих инфекција, као и интензивног одлагања рађања могуће је претпоставити да је учесталост неплодности у Републици Србији и виша.

Републику Србију одликује конзервативна контрола рађања која се претежно остварује традиционалном и недовољно ефикасном контрацепцијом, што за последицу има велики број непланираних трудноћа и намерних абортуса. Пошто од 1990-их у Републици Србији не постоји поуздана евиденција броја индукованих абортуса, процењује се да је стопа укупних намерних прекида трудноће износила 2,89 у 2014. години.¹⁰⁷ Она је врло висока, два пута је виша од стопе укупног фертилитета и међу највишима у свету.¹⁰⁸

Може се претпоставити и да је учесталост полно преносивих инфекција висока. Наиме, инциденција болести које се преносе полним путем по правилу расте у земљама у транзицији социоекономског система. Такође, дијагностика и лечење ових обољења нису доступни великом делу становништва Републике Србије, јер одговарајуће службе не постоје у оквиру примарне здравствене заштите.

Република Србија је суочена и са интензивирањем процеса одлагања рађања. Без деце у време спровођења Пописа 2011. године био је велики број жена старости од 20. до 24. године (82%). Утврђено је да преко половине (55%) жена старости од 25 до 29 година и трећина (31%) жена између 30. и 34. године није имала искуство родитељства. Због тога ће бити неопходна шира примена поступака биомедицински потпомогнуте оплодње, који претпостављају примену софистицираних дијагностичких и терапијских поступака доступних само у технолошки високо развијеним здравственим установама. Такође, рађање деце у каснијем животном добу повезано је са низом негативних биолошких и здравствених последица.

Национални програм биомедицински потпомогнуте оплодње, који привлачи велику пажњу јавности, део је мера који је у складу са смерницама ЕУ, и примењује се од краја 2006. године. Као такав доприноси увећању породице међу паровима који природним путем нису постали родитељи. У стварности је око 1500 бесплатних поступака годишње уз стопу порођаја од 26% (роди се око 600 деце, због вишеструких трудноћа), што чини удео од 0,9% у укупном броју живорођених. Одговарајући удео у европским земљама у 2013. кретао се у распону од 0,2% у Албанији и Литванији до 6,0% у Словенији и 6,2% у Данској.¹⁰⁹

Појединачни циљ 5.1. Пружање стручне помоћи везане за проблем неплодности

Ублажавање проблема неплодности захтева информисаност јавног мњења о свим релевантним питањима битним за очување и унапређење репродуктивног потенцијала, прилагођавање здравственог система за савремен и рационалан приступ дијагностици и терапији инфертилитета, финансијску подршку заинтересованима, и одговарајућу базу података о поступцима биомедицински потпомогнуте оплодње.

Мере, активности и механизми

1. Ширење информација о узроцима неплодности, могућностима лечења неплодности и доступности услуга биомедицински потпомогнуте оплодње

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Израда и примена клиничких смерница за испитивање и лечење неплодности

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2020. година.

3. Континуирана едукација професионалаца који се баве испитивањем и лечењем неплодности

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018 година – континуирано.

4. Јачање капацитета одговарајућих здравствених установа за испитивање и лечење неплодности

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018 година – континуирано.

5. Континуирана контрола квалитета рада здравствених установа које пружају услуге испитивања и лечења неплодности

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018 година – континуирано.

6. Поступно повећање броја покушаја биомедицински потпомогнуте оплодње у складу са садржајем и обимом права из обавезног здравственог осигурања

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2020. година – континуирано.

7. Увођење јединственог државног регистра поступака биомедицински потпомогнуте оплодње

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2019. година.

8. Формирање банке репродуктивних ћелија, ткива и ембриона

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2020. година.

Очекивани ефекти

Већа информисаност о узроцима неплодности, односно о начинима очувања плодности уз реализовање осталих наведених активности битних за репродуктивно здравље, пре свега масовнија примена савремене контрацепције у циљу планирања трудноће и боља контрола полно преносивих инфекција, ће смањити број особа са проблемом примарне и секундарне неплодности. Очување потенцијала становништва Републике Србије представља један у низу корака потребних за остваривање индивидуалних тежњи везаних за жељени број деце. Истовремено, стварање

предуслова за ефикасно коришћење поступака биомедицински потпомогнуте оплодне доприносе да се реализује родитељство у већем броју, што је посебно значајно у условима интензивирања процеса одлагања рађања деце.

2.2.6. Посебни циљ 6. Ка здравом материнству

Образложење потребе

И поред бројних законских и подзаконских решења која дефинишу високи стандард здравствене заштите жена током трудноће, порођаја и периода материнства до 12 месеци после порођаја постоји простор за унапређење квалитета пружених услуга у области здравствене заштите жена, те смањење морбидитета и морталитета мајки и новорођенчади, перинаталне смртности, мртворођености и учесталости конгениталних аномалија у Републици Србији.

6.1. Здравствена заштита жена у току трудноће

Недовољно ангажовање у остваривању одговарајуће преконцепцијске припреме, непотпун обухват трудница радом саветовалишта у домовима здравља, слабија информисаност опште популације о чиниоцима који позитивно и негативно делују на здравље мајке и детета и територијална неуједначеност у остваривању сарадње између одговарајућих служби које припадају различитим нивоима здравствене заштите, само су неки од фактора који угрожавају ток и исход трудноће.

Питање припреме жене за трудноћу је и даље отворено, јер су недовољно развијене активности које промовишу здраве стилове живота, периодичне провере здравственог стања и личну одговорност за здравље. Проблем додатно оптерећује интензивно одлагање рађања услед чега расте учесталост преегзистирајућих хроничних обољења и других чинилаца који угрожавају оптимални ток и исход трудноће јер према подацима Републичког завода за статистику у 2016. години просечна старост мајке при рођењу детета износи 29,6 година, а при рођењу првог детета 28,3 године.

Појави компликација током трудноће и порођаја доприноси што се велики број трудница не контролише у службама здравствене заштите жена у домовима здравља и што су недовољно повезани дијагностички и терапијски поступци које треба обављати на различитим нивоима здравствене заштите. У Србији је у првом триместру трудноће обухваћено првим прегледом око 60% трудница, што је незадовољавајући обухват у односу на циљеве у области превентивне здравствене заштите труднице и у односу на квалитет здравствене заштите.¹¹⁰

Отуда изванредан број трудница није упознат са чиниоцима значајним за активан однос према трудноћи, нередовно и неодговарајуће контролише ток трудноће, није укључен у скрининг за правовремену детекцију поремећаја у развоју плода и патолошких стања (првенствено гестацијског дијабетеса

мелитуса и хипертензије) и није на одговарајући начин психо-физички припремљен за порођај.

Различита подручја Републике Србије немају једнаке могућности превенције конгениталних аномалија код плода и снижавања учесталости мртворођења. Наиме, саветовалишта за труднице у оквиру примарне здравствене заштите су у неједнаком обиму развијена, првенствено у погледу квалитета опреме и обучености кадрова за рану детекцију поремећаја у развоју плода и патолошких стања током трудноће.

Подизање свести о здравим стиливима живота и здравом и безбедном материнству опште популације становништва један је од приоритета у области здравствене заштите жена у смислу унапређења организовања Школе родитељства за будуће родитеље на нивоу примарне здравствене заштите у сарадњи са породилиштима, уз активније учешће будућих очева у циљу информисања будућих родитеља са заштитом здравља током трудноће, порођаја и након порођаја, као и заштитом и негом новорођеног детета.

6.2. Здравствена заштита жена у порођају

У Србији у велика породилишта (са више од 2000 порођаја годишње, према (стандардима ЕУ)), спада осам породилишта од којих се у три обави близу 20.000, или скоро 1/3 од укупног годишњег броја порођаја. С обзиром да се у тим установама по правилу збрињавају и трудноће високог ризика, тешко је оспорити аргументе да услед преоптерећености особља и простора, може доћи до одређеног занемаривања некомплицованих трудноћа, или неоправдане примене индукције, као и оперативног довршења нормалних порођаја, који је у драматичном порасту и у ЕУ и у Србији.¹¹¹

Иницијатива „Болница пријатељ новорођенчади“ Светске здравствене организације и УНИЦЕФ-а, која је покренута 1991. године, је глобална иницијатива која има за циљ да се сваком новорођенчету обезбеди најбољи могући почетак живота тако што се ствара окружење које подржава дојење и одговарајућу здравствену негу као норму здравствене заштите. УНИЦЕФ је био катализатор ове иницијативе у којој је учествовао велики број различитих партнера, како у почетној фази, тако и годинама које су уследиле. Програм који се спроводио био је комбинација програма промовисања, подршке и заштите дојења и иницијативе за стварање болница које су биле наклоњене мајци и новорођенчету. Од 2005. године, ова иницијатива у Србији више не добија директну подршку УНИЦЕФ-а, а и други извори финансирања су такође постали ограничени. Евалуација од стране независних експерата, која је урађена 2009. године, а на иницијативу УНИЦЕФ-а у Србији, је указала на бројне недоследности и пропусте у имплементацији ове иницијативе. И *Истраживање вишеструких показатеља здравствене заштите мајке и детета* потврдило је недовољни обухват деце искључивим дојењем.

Незадовољство породиља демонстрирано је и формалним и неформалним анализама. Све ово је указало да је неопходно унапређење перинаталне заштите да би одговорило потребама мајке, детета и породице те мултисекторски рад на Иницијативама „Болница пријатељ родитеља и деце“ и „Болница пријатељ новорођенчади“. Предлог независних евалуатора је да иницијатива треба убудуће да се интегрише у редовну праксу у породицишћима као рутинска активност, кроз постојеће механизме осигурања стандарда и квалитета здравственог система и здравствене заштите. УНИЦЕФ подржава Министарство здравља у овим напорима, од 2010. године.¹¹²

Национални координациони тим је током 2011. године донео стандарде, које је прихватило Министарство здравља, а затим Републичка стручна комисија за здравствену заштиту жена, деце и омладине, да здравствена заштита која је прилагођена потребама мајке и детета треба да буде:

„демедикизована“, заснована на коришћењу одговарајућих технологија, заснована на доказима, мултидисциплинарна, холистичка, реферална, културолошки прилагођена, оријентисана ка породици, треба да укључи жене у доношење одлука, да поштује приватност, достојанство и поверљивост“.¹¹³

Најчешће неиспуњен стандард „Болница пријатељ родитеља и деце“ иницијативе је везан за могућност присуства оца, тј. партнера или друге особе током порођаја. Остварење овог стандарда захтева одређена просторна прилагођавања и зато може бити потребно више времена за његово потпуно испуњавање. Међутим, породицишта морају наћи начина да макар одређеном броју трудница, ако не може свим, омогуће присуство партнера или друге жељене особе на порођају¹¹⁴, те да пружање услуге аналгезије у порођају буде једнако доступно за све породиље у Србији.

6.3. Здравствена заштита жена у периоду после порођаја

Према Националном програму здравствене заштите жена, деце из 2009. године здравствена заштита жена после порођаја подразумева активно учешће и планирање активности служби здравствене и социјалне заштите на свим нивоима са циљем да се смање учесталост стања и обољења породиље и новорођенчета који могу да се заврше компликацијама и хроничним обољењима.¹¹⁵

У области контролних прегледа породиље првим прегледом у периоду до шест недеља је обухваћено око 48% породиља и око 15% породиља контролним прегледом шест месеци после порођаја. Обухват породиља у Србији и првим и контролним прегледима после порођаја је и даље незадовољавајући и далеко од достизања планираног циља према Плану здравствене заштите за 2016. годину.¹¹⁶

Заштита здравља деце у периоду када највише зависе од непосредног окружења, током првих пет година живота, добро је развијена у Републици

Србији. Остварује се раним откривањем обољења чије последице могу да се спрече, праћењем здравственог стања и елиминисањем заразних болести путем активне имунизације.

Проблеми и тешкоће настали због несразмере броја порођаја и неравномерног распореда одељења за неонаталну интензивну негу по управним окрузима, могу се превазићи применом савремених принципа и стандарда територијалног организовања неге и лечења болесног новорођенчета, уз приступ прогресивној нези на три нивоа и то основно збрињавање, специјализовано збрињавање и неонатална интензивна нега и терапија.

У структури перинаталног морталитета, слично као и у другим земљама у транзицији, доминирају патолошка стања повезана с превременим порођајем, перинаталном асфиксијом и конгениталним аномалијама. Издваја се респираторни дистрес синдром код превремено рођене деце услед незрелости плућа, због високе заступљености у структури перинаталног морталитета, као и могућности ефикасне превенције у смислу увођења скрининга на инфекције у трудноћи у секундарним и терцијарним породилиштима које за циљ имају смањење инциденце неонаталне сепсе, менингитиса и пнеумоније.

Стопа смртности одојчади је значајан и осетљив индикатор како здравственог стања и здравствене заштите становништва, тако и стања у социо-економској и другим сферама друштва. У посматраном периоду, стопа умрле одојчади на 1000 живорођених опада са 6,2 у 2012. на 5,4 у 2016. години.¹¹⁷ У Србији однос матерналне смртности у последњих пет година има тренд опадања (са 14,9 у 2012. на 10,8 на 100.000 живорођених у 2016. години).¹¹⁸

Појединачни циљ 6.1. Побољшање квалитета здравствене заштите током трудноће

Очување и унапређење здравља жене претпоставља ангажовање здравствених радника на ширењу знања која доприносе усвајању здравих стилова живота и преузимању одговорности за сопствено здравље укључујући и периодичне провере здравственог стања, као и јачање капацитета здравственог система да изађе у сусрет потребама жена као и њиховим партнерима у сфери психо-физичке припреме за родитељство.

Мере, активности и механизми

1. Оснаживање примарне здравствене заштите за остваривање оптималног тока и исхода трудноће, укључујући и услове за задовољавање потреба посебно осетљивих група (инвалидидкиње, адолесценткиње, социјално депривиране)

Носиоци: Министарство здравља, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. године – континуирано.

Појединачни циљ 6.2 . Побољшање квалитета здравствене заштите током порођаја

У циљу обезбеђивања пружања квалитетних здравствених услуга у току порођаја и периода материнства до 12 месеци после порођаја, са резултујућим снижавањем стопа материнског, перинаталног и неонаталног морбидитета и морталитета потребно је да се свакој трудници, породиљи и новорођенчету обезбеди максимални могући стандард здравствене заштите.

1. Организовање и стандардизација концепта „болница пријатељ родитеља и деце“ у породилиштима

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018–2020. година.

2. Јачање капацитета одговарајућих здравствених установа секундарног и терцијарног нивоа за контролу тока и исхода патолошких трудноћа и збрињавања ургентних стања

Носиоци: Министарство здравља, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. године – континуирано.

3. Повезивање здравствених установа различитих нивоа здравствене заштите у циљу ефикасног и територијално уравнотеженог обезбеђивања здравственог надзора током трудноће, порођаја и периода материнства до 12 месеци после порођаја

Носилац: Министарство здравља.

Рок: 2018–2020. година.

Појединачни циљ 6.3. Подршка безбедном материнству, здравом расту и развоју новорођенчета и малог детета

Здраво материнство и стварање предуслова за здрав почетак живота, раст и развој новорођенчета и малог детета претпостављају ангажовање здравственог система на превенцији и раној детекцији поремећаја здравља код мајке и детета, као и припрему родитеља за правилан телесни и психо-социјални раст и развој детета.

Мере, активности и механизми

1. Јачање капацитета здравственог система за очување здравља жене у периоду материнства до 12 месеци после порођаја, као и за заштиту здравља новорођенчади, дојенчади и мале деце

Носиоци: Министарство здравља, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. године – континуирано.

Очекивани ефекти

Процењује се да ће информисање трудница о садржајима везаним за здраво материнство, обезбеђивање одговарајућег надзора свих трудница, квалитетна организација здравствене неге и збрињавања ургентних стања моћи да спрече око 40% смрти жена током трудноће, порођаја и периода материнства до 12 месеци после порођаја. Поред смањења материнске смртности, позитивни ефекти предложених мера ће бити и смањење перинаталне смртности, умирања новорођенчади, дојенчади и мале деце као и рађања деце са менталним или телесним оштећењима, односно аномалијама. Истовремено ће се побољшати здравствено стање жена и деце. Поред директних, индиректна демографска добробит ће бити ублажавање препрека за рађање везаних за здравствени систем.

2.2.7. Посебни циљ 7. Популациона едукација

Образложење потребе

Знање, као један од основних елемената свести, значајан је чинилац при успостављању одређеног система вредности, утиче на погледе, уверења и вољу, на стварање мотивације, те је битно у процесу одлучивања у многим областима живота. Стога се, у изналажењу начина за регулацију фертилитета, стицање специфичних знања о свим релевантним питањима од непосредног или посредног значаја за репродукцију наметнуло као нова мера популационе политике. У први мах изгледа необично да прогресија образовања може бити мера за подстицање рађања, с обзиром на историјски потврђен инверзан однос нивоа образовања и висине плодности. Но, за разлику од општег образовања чији је пораст детерминанта ниског фертилитета, јер одлаже рађање и традиционалне репродуктивне норме замењује модерним, специфично образовање је стратешко опредељење које може променити уврежене релације образовање-фертилитет, а пре свега помоћи реализацији жељеног броја деце, који је у Србији већи од оствареног. Историјска потврда да упливом нових сазнања може доћи до заокрета у репродуктивном понашању¹¹⁹, оснажује идеју о едукацији о популационим питањима као стимулативној мери, али мери која мора бити утемељена на универзалним вредностима хуманог друштва.

Због условљености недовољног рађања факторима демографског и недемографског карактера и узрочно-последичног карактера демографског развитка, специфичну едукацију треба схватити у најширем смислу, не само као ону која се односи директно на проблематику фертилитета, већ и на друге популационе феномене. Она подразумева стицање специфичних знања о целокупном развоју становништва, утицају недовољног рађања на старење популације и обрнуто, значају миграција за демографски развој, као и знања о континуираном смањивању фертилног и радног контингента и неодрживости економског система у условима даљег редуковања фертилитета. Њен неизоставан део су и знања о родним улогама у традиционалним и модерним друштвима, интер-генерацијској подршци и улози старијег становништва за функционисање породице,

комплементарности активног старења и подршке родитељству. Садржаји популационе едукације су и проблематика репродуктивног здравља и правне регулативе од значаја за родитељство и подстицање рађања. Специфична едукација треба да промовише вредности одговорног понашања унутар породице, одговорног партнерства и родитељства. Она подстиче хумане односе међу људима, отвореност за друге културе, уважавање вредности људског живота и афирмацију личности, а истовремено и друштва и друштвених вредности и потреба. Важан део образовања односи се на тенденције и перспективе развитка становништва и припрему за нову демографску реалност коју будућност доноси („друштво старих“ нпр.).

Циљ едукације о популационим питањима је стицање специфичних знања на основу којих се шири разумевање о карактеристикама и значају популационог фактора, сагледава однос између индивидуалног понашања и макро процеса, упознају последице незадовољавајућих популационих тенденција, њихов значај за функционалну организацију друштвених система, као и значај за будуће генерације и изазове са којима ће се они суочавати.

Едукација, такође, доприноси усвајању и утемељивању знања која указују на вредности родитељства. Начини и садржаји овакве едукације морају бити суптилни, уз дужно уважавање свих људских права и деликатности питања репродукције.

Особеност едукације о популационим питањима, као мере за подстицање рађања, јесте што она није директно намењена учесницима у репродукцији, нити је фокусирана на особе у репродуктивном периоду. Ако се под едукацијом првенствено мисли на ону која се стиче кроз процес формалног образовања, очито је да је усмерена ка будућим носиоцима репродукције, с обзиром на године када пролазе кроз процес школовања с једне стране, а просечну старост при рађању првог детета (већу од оне када се завршава највиши ниво образовања), са друге стране. Због тога њени садржаји треба да подстакну правилну перцепцију демографских токова, њихових ефеката на друштво и појединца, прихватање одговорног понашања у складу са постулатима хуманог друштва, чиме се утиче и на обликовање филозофије и стилова живота, укључујући и ставове према родитељству. Потомство је, несумњиво, високо вредновано од стране појединаца, но како са друге стране стоје тзв. ризици родитељства (временска, материјална и емоционална улагања, разни опортунитетни трошкови и структурне препреке), мотивација за родитељством може се задовољити рађањем само једног детета, због чега су у раскораку не само индивидуални и друштвени интереси и норме, већ и жељени и реализовани број деце.

Још једна особеност едукације о популационим питањима јесте да је она само један од фактора, и да није пресудна за обликовање репродуктивних норми. За изградњу ставова о (не)учествовању у репродукцији и бројности потомства важан је и постојећи модел репродукције, који се усваја од

најранијег детињства као уобичајени модел из окружења или познати модел из сопствене породице. Тако изостају оне норме о квантуму фертилитета које нису примерене искуству становништва. У Србији доминантан репродуктивни модел недовољног рађања не доприноси афирмацији родитељства, већ представља „замку ниског фертилитета“, како га демографска литература дефинише. Зато активности на стицању специфичног образовања јесу нужност, али и процес чији су ефекти дугорочни, те се не могу спроводити кампањски већ системски и континуирано, како би се репродуктивно понашање приближило намерама, на добробит и појединачна и друштва.

Појединачни циљ 7.1. Оснаживање система образовања и васпитања као кључног носиоца и реализатора програма популационе едукације

Треба наставити активности на даљем планском и систематском укључивању садржаја из области едукације са популационом проблематиком у систем образовања и васпитања у Републици Србији. Као и до сада, програме и методолошке поступке образовања треба прилагодити узрасту полазника, с обзиром да су полазници формалног образовања у развојном периоду, односно периоду одрастања и сазревања за поједине садржаје и начине едукације. Наставници и даље нису довољно припремљени и обучени за најцелисходније укључивање популационих садржаја у своје предмете и активности. Систем образовања и васпитања, поред кључне улоге у промоцији садржаја из популационе едукације код деце, младих, и њихових родитеља, део активности мора усмерити и ка јачању компетенција образовног кадра. Ради оснаживања система образовања и васпитања као основног носиоца едукације о популационим питањима неопходно је, поред обогаћивања наставних програма адекватним садржајима о популационим феноменима и њихове дифузије кроз више предмета, изградити додатне посебне програме едукације. Посебни програми подразумевају већу фокусираност на жељену тематику и бољу препознатљивост феноменологије која се представља. Уједно, могу бити креирани на начин који подстиче активне облике наставе (радионице, тематске дискусије, квизови, тематски наградни конкурси) и праћени савременим едукативним материјалом (сајтови, видео материјал, интерактивне игрице, мобилне апликације).

Мере, активности и механизми

1. Обогаћивање планова и програма предшколских установа, основних и средњих школа различитим програмима везаним за едукацију о популационим питањима

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља, Министарство омладине и спорта.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Акредитовање програма за обавезно стручно усавршавање постојећих васпитача, наставног кадра и стручних сарадника у циљу њиховог професионалног оснаживања за реализацију програма и садржаја из области популационе едукације у раду са децом, младима и њиховим родитељима

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Завод за унапређивање образовања и васпитања.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Израда приручника за рад за едукаторе, и информативно-едукативног материјала за децу и ђаке различитог узраста, са посебним нагласком на електронске форме и подстицање активних облика наставе и учења.

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља, Министарство омладине и спорта.

Рок: 2018. година – континуирано.

Појединачни циљ 7.2. Проширивање учесника процеса едукације о популационим питањима ван система образовања и васпитања

За сензибилизацију становништва за популациона питања потребно је, поред утемељивања специфичног образовања током школовања, обезбедити одговорно информисање о популационим питањима и ван система образовања, и у процес укључити разне учеснике (носиоце) неформалног образовања. Формални систем подразумева процедуре око иновирања наставних планова и програма и припреме наставног материјала, које захтевају више времена. Неформални систем је флексибилнији, па су и могућности бржег и адекватног информисања и промовисања одређених садржаја боље.

Облици рада путем неформалних канала едукације могу бити базирани на истим или сличним електронским материјалима, а у зависности од професионалне сфере и компетентности организација и тимова који едукацију спроводе. Наравно, и ова активност мора бити перманентна, а не кампањска, због бољег перципирања стварности о којој се не размишља увек.

У процес едукације треба укључити медије који најлакше допиру до свих слојева становништва и највише утичу на јавно мњење. Уз широк спектар тема из популационе феноменологије намењене особама које су ван система школовања, односно целокупној јавности, специфична едукација се неформалним путем може усмерити и ка конкретним учесницима репродукције, тј. младима у периоду заснивања породице (када су афирмативни према рађању), у раном родитељству, трудницама. Како би се подстакла реализација репродукције у складу са жељеним бројем деце, промовисање рађања треба реализовати на афирмативан начин и као вид

потпоре осталим стратешким мерама, указивањем на сатисфакције које родитељство доноси, на изградњу друштвене подршке рађању, упознавањем са законском регулативом која олакшава родитељство. Најцелисходније је у неформалној едукацији користити канале који су већ прихваћени од корисника као места где се прикупљају знања и вештине из области трудноће и родитељства, у којима се јачају компетенције за живот у породици и омогућава промоција очинства (школе за труднице, школе родитељства, сајтови за информације о подизању и васпитању деце и сл.).

За формирање хуманог друштва и лакше суочавање са изазовима у будућности, неопходна је већа посвећеност образовању са популационом тематиком. Оно се не може спроводити стихијски, нити третирати као споредна активност разних институција. Едукација о популационим питањима је одговорна друштвена активност, те је морају водити компетентни стручњаци, добри познаваоци популационих феномена. Неопходна су експертска знања у формулисању и прилагођавању садржаја едукације актуелним друштвеним ситуацијама, дефинисање циљних група и структурисање садржаја и облика популационе едукације према њима. Формирање посебног тела обезбеђује планско деловање и већу ефикасност и у формалном и неформалном сектору образовања.

Мере, активности и механизми

1. Формирање стручног тела или радне групе за саветовање, креирање, континуирано ажурирање и иновирање едукације о популационим питањима састављеног од демографа, педагога, психолога, стручњака из области репродуктивног здравља, информатичара, статистичара, стручњака за маркетинг

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, Министарство здравља, Министарство културе и информисања, у сарадњи са Кабинетом министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику.

Рок: 2018. година – континуирано.

2. Ангажовање медија, посебно електронских (аналогних и дигиталних), са програмом који укључује теме и садржаје из едукације о популационим питањима

Носиоци: Министарство омладине и спорта, Министарство здравља, Министарство културе и информисања у сарадњи са Кабинетом министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Израда сајта намењеног популационој едукацији са садржајима за различите циљне групе

Носиоци: Министарство просвете, науке и технолошког развоја, Министарство здравља, Министарство омладине и спорта, Министарство културе и информисања, у сарадњи са Кабинетом министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику.

Рок: 2018. година – континуирано.

Очекивани ефекти

У првој фази – откривање истина и заблуда о демографском развоју и репродукцији становништва, пораст интересовања за популациона питања и репродуктивно здравље, уочавање значаја динамичких и структурних карактеристика становништва за функционисање друштва, сагледавање регулативе која подстиче рађање и родитељство, сагледавање разних могућности решавања популационих проблема. У наредном периоду – утемељење демографских садржаја у наставни процес и обезбеђивање њихове трајности, а тиме и добре информисаности младих, непрестано информисање јавности и константно присуство едукације о популационим питањима у медијима, професионално и документовано пласирање информација о демографском развоју и сродним темама, реална перцепција демографске будућности и суочавање са изазовима које носи. Крајњи циљ – унапређење репродуктивног здравља, стварање позитивне климе за рађање, подстицање реализације репродуктивних намера, оживљавање плуралитета репродуктивних норми, хуманизација односа.

2.2.8. Посебни циљ 8. Активирање локалне самоуправе

Образложење потребе

Мере пронаталитетне политике спроводе се јединствено на територији Републике Србије. Ниједна државна пронаталитетна политика, ма колико била развијена не може одговорити на све потребе и очекивања становништва, нити узети у обзир све специфичности живљења у једној средини. Зато, програме планирања породице треба допунити мерама органа јединица локалне самоуправе, које се финансирају локалним изворима јавних прихода. На тај начин се мере које утврђује и обезбеђује држава, проширене и обогаћене мерама локалне самоуправе, спроводе кроз организацију власти у локалној самоуправи. Тиме се обезбеђује доступност свих мера заинтересованим грађанима, који лакше долазе до информација о њима и условима за њихово коришћење.

Локална самоуправа вршењем јасно дефинисаних функција из свог изворног делокруга и обављањем поверених послова утиче на квалитет живота грађана. Побољшање квалитета живота је један од неопходних услова за рехабилитацију рађања и родитељства. Локална самоуправа треба да полази од свакидашњег живота у коме се непрекидно одвијају процеси артикулисања потреба породица, породица са децом и деце, и у коме треба да се одвијају и процеси проналажења, покретања и коришћења ресурса за њихово задовољење.

Са становишта положаја и улоге локалне самоуправе у политичком систему нема значајнијег питања од непосредног интереса за локално становништво него што је питање репродукције тог становништва. Локална самоуправа је тај друштвени чинилац који најбоље може препознати потребе конкретних родитеља и у оквирима својих овлашћења и компетенција активирати одређене механизме којима се те потребе могу задовољити на најбољи могући начин. На усаглашавање популационе политике државе и репродуктивног понашања становништва у дужем временском периоду у доброј мери ће утицати и начин на који органи локалне самоуправе врше своју функцију.

Скупштина општине, односно града, као највиши орган власти у локалној самоуправи најпозванија је да се бави проблемима развитка становништва и да, на основу сагледавања стања у свим битним аспектима, утврђује мере пронаталитетне политике у општини, односно граду.

Активно укључивање локалне самоуправе у спровођење програма планирања породице подразумева низ предуслова. Потребно је сагледати све потенцијале којима општина располаже, а чијим се активирањем и оснаживањем могу очекивати позитивни ефекти у побољшању демографске ситуације у локалној самоуправи као што су материјална средства намењена програму планирања породице, стање институција и структура кадрова за креирање и спровођење програма. Истовремено је важно утврдити активности и механизме у овој сфери и повезати све који могу да допринесу афирмацији породице, родитељства и друштвених циљева везаних за репродукцију становништва.

Појединачни циљ 8.1. Успостављање ефикасније популационе политике у локалној самоуправи

У модерном свету пронаталитетни програми су, углавном, на глобалном нивоу, иако се понекад они неко време тестирају на локалној територији. С обзиром да је становништво Србије у врло специфичном положају, са економијом традиционалног света и демографијом модерног света, потребно је дефинисати и специфични циљ, тј. обавезујући минимум заједничких мера којима ће локалне самоуправе у подстицати рађања на својој територији.

Мере, активности и механизми

1. Формирање Одбора за становништво, породицу и децу као стручног саветодавног тела локалне самоуправе са задатком праћења развитка становништва као и предлагања и евалуације спровођења мера пронаталитетне политике у локалној самоуправи и активирања ванбуџетских извора средстава за спровођење локалних мера

Носиоци: Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања, јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година.

2. Годишње праћење одговарајућих индикатора развика становништва локалне самоуправе и друштвено-економског положаја породица са децом и обавештавање надлежног министарства

Носилац: Јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

3. Годишње утврђивање висине средстава у буџету локалне самоуправе за спровођење финансијских мера у циљу подстицања рађања трећег и четвртог детета у јединицама локалне самоуправе

Носилац: Јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

4. Годишње утврђивање мера нематеријалне и организационе природе у циљу подстицања рађања

Носилац: Јединице локалне самоуправе.

Рок: 2018. година – континуирано.

Очекивани ефекти

Ефикасније спровођење и надградња мера које је држава промовисала, као и тражење нових, одговарајућих специфичним проблемима и потребама датог окружења деловаће подстицајно за родитељство на више начина. Најважнији су стварање позитивне популационе климе, слање јасне демографске поруке локалне самоуправе као и отклањање уочених баријера за родитељство уопште, а поготово за рађање трећег и четвртог детета.

3. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА И ПЕРИОДИЧНО ПРЕИСПИТИВАЊЕ СТРАТЕГИЈЕ

Ова стратегија је основа за правце активности и за израду нормативних и других аката неопходних за њену реализацију.

Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику координише активности и главни је носилац и иницијатор досадашњих и даљих стратешких активности.

Као координатор активности, Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику предузимаће мере да са надлежним актерима успостави структурисане и оперативне партнерске односе и да установи механизме за координацију стратешких активности, као и процедуре за договарање, сарадњу и одлучивање.

Даље активности на разради документа укључиће израду акционог плана и дефинисање конкретних мера, носилаца активности, рокова за реализацију активности и потребних средстава.

Периодично, најмање сваке две године, Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику ће спроводити евалуацију постигнутих стратешких активности и остварених резултата. За потребе евалуације Кабинет ће користити интерне и екстерне ресурсе.

4. ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Овом стратегијом замењује се Стратегија подстицања рађања („Службени гласник РС”, број 13/08).

Ову стратегију објавити у „Службеном гласнику Републике Србије”.

1У тексту се овај термин односи на Републику Србију без података за АП Косово и Метохију.

2Sobotka, T. (2011). *Fertility in Central and Eastern Europe after 1989. Collapse and Gradual Recovery. Historical Social Research* 36(2): 246–296.
<http://www.jstor.org/stable/41151282>

3Eurostat (2017). *Eurostat on-line database.*
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> In: *Demography and migration/Fertility: Fertility indicators table.*

4 Sobotka, T. (2008). *The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe. Demographic Research* 19: 171–224.

5 Рашевић, М. (2015). Фертилитет женског становништва. У В. Никитовић (ур.) *Популација Србије почетком 21. века (стр. 74–95).* Београд: Републички завод за статистику Србије, 77.

6 Frejka, T., & Gietel-Basten, S. (2016). *Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe after 1990. Comparative Population Studies* 41(1): 3–56.

7 Рашевић, М. (2015). Фертилитет женског становништва, 79.

8 UN (2017). *World Population Prospects – The 2017 Revision, Key findings and advance tables.* New York: United Nations – Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

9Myrskylä, M. & Margolis, R. (2014). *Happiness: Before and after the kids. Demography* 51(5): 276–347.

10Margolis, R. & Myrskylä, M. (2015). *Parental Well-being Surrounding First Birth as a Determinant of Further Parity Progression. Demography* 52(4): 1147–1166.

11 European Commission (2005). *Communication from the Commission. Green Paper “Confronting demographic change: a new solidarity between the generations”.* Brussels: European Commission, 5.

https://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/1_avrupa_birligi/1_6_raporlar/1_2_green_papers/com2005_green_paper_confronting_demographic_change.pdf

12 Sobotka, T. (2011). *Reproductive Decision Making in a Micro-Macro Perspective (REPRO). Synthesis and Policy Implications. European Demographic Research Papers. Vienna: Austrian Academy of Sciences.*

https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/EDRP/edrp_2011_01.pdf

13 Myrskylä, M., Kohler, H.-P. & Billari, F. C. (2009). *Advances in development reverse fertility declines. Nature 460: 741–743.*

14 Sobotka, *Reproductive Decision Making.*

15 Матковић Г. (1994). *Демографски чиниоци и понуда радне снаге. Београд: Економски институт.*

16 Thornton, A. & Philipov, D. (2009). *Sweeping changes in Marriage, Cohabitation and Childbearing in Central and Eastern Europe: New Insights from the Developmental Idealism Framework. European Journal of Population 25(2): 123–156.*

17 Станковић, Б. и Пенев, Г. (2010). *Трендови ванбрачних рађања у Србији у другој половини 20. и почетком 21. века у ширем европском контексту. Становништво 48 (2): 1–24; Станковић Б. (2014). Самохране мајке и њихова мрежа подршке. Социодемографско истраживање ванбрачног родитељства у Србији. Становништво 52(1): 55–76.*

18 Sobotka, *Diverse Faces of the SDT in Europe.*

19 Sedlecky, K., Rašević, M. & Topić, V. (2011). *Family planning in Serbia – The perspective of female students from the University of Belgrade, European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 16(6): 469–479.*

20 РЗС (2017). *Електронска база података. Београд: Републички завод за статистику. <http://webrzs.stat.gov.rs>*

21 Eurostat, *On-line database.*

22 Никитовић, В. (2016). *Дугорочне демографске импликације ниског фертилитета у региону бивше Југославије. Становништво 54(2): 27-58. <https://doi.org/10.2298/STNV161115009N>.*

23 РЗС, *База података.*

24 *За такав исход, постоји мање од 10% шанси и то под условом да стопа укупног фертилитета достигне 2,4 детета по жени до 2050, што је и емпиријски и теоријски неутемељено из данашње перспективе.*

25 Никитовић, В. (2014). *Може ли се зауставити смањење и старење радне снаге у Србији?. У Ч. Оцић (ур.) Могуће стратегије развоја Србије.*

Економски зборник, књ. XIII (стр. 261–271). Београд: Одељење друштвених наука САНУ.

26 UN, *World Population Prospects*.

27 Lutz, W., Skirbekk, V. & Testa, M. R. (2006). *The Low Fertility Trap Hypothesis: Forces that may lead to further postponement and fewer births in Europe*. *Vienna Yearbook of Population Research 2006*: 167–192.

28 McDonald, P. (2006). *Low Fertility and the State: The Efficacy of Policy*. *Population and Development Review 32*(3): 485–510.

29 Szreter, S. (1993). *The idea of demographic transition and the study of fertility change. A critical intellectual history*. *Population and Development Review 19*(4): 659–701.

30 Fassmann, H. & Reeger, U. (2012). *Old' immigration countries in Europe. The concept and empirical examples*. In M. Okólski (ed.), *European Immigrations: Trends, structures and policy implications* (pp. 66-90). *IMISCOE Research Series*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

31 Demeny, P. (2003). *Population Policy Dilemmas in Europe at the Dawn of the Twenty-First Century*. *Population and Development Review 29*(1): 1–28.

32 Никитовић, Дугорочне демографске импликације.

33 *Ibid*.

34 Lutz, W. (2014). *A Population Policy Rationale for the Twenty-First Century*. *Population and Development Review 40*(3): 527–544.

35 Van Dyk, S., Lessenich, S., Denninger, T. & Richter, A. (2013). *The Many Meanings of 'Active Ageing'. Confronting Public Discourse with Older People's Stories*. *Recherches sociologiques et anthropologiques 44*(1): 97–115.

36 Van de Kaa, D. (2006). *Temporarily New: On Low Fertility and the Prospect of Pro-natal Policies*. *Vienna Yearbook of Population Research 2006*: 193-211; Lutz, "A Population Policy Rationale".

37 Lutz, *A Population Policy Rationale*, 528.

38 UNFPA (2013). *ICPD Beyond 2014 Review in the UNECE Region*. New York, Geneva: UNFPA, UNECE, 7.

39 *Ibid*, 28.

40 Gauthier, A.H. & Hatzius, J. (1997). *Family benefits and fertility: An econometric analysis*. *Population Studies 51*(3): 295–306.; Rønsen, M. (2004). *Fertility and public policies – Evidence from Norway and Finland*. *Demographic Research 10*: 143–170.

41 Rønsen, *Fertility and public policies*.

42 Sobotka, *Reproductive Decision Making*.

- 43 Neyer, G. & Andersson, G. (2008). *Consequences of family policies on childbearing behavior: effects or artifacts?*. *Population and Development Review* 34(4): 699–724.
- 44 Sobotka, *Reproductive Decision Making*, 28.
- 45 Frejka & Gietel-Basten, *Fertility and Family Policies*.
- 46 UNFPA, *ICPD Beyond 2014*, 38.
- 47 Kupiszewski, M., Kupiszewska, D. & Nikitović, V. (2012). *Impact of demographic and migration flows on Serbia*. Belgrade: International Organization for Migration – Mission to Serbia.
- 48 Lutz, *A Population Policy Rationale*.
- 49 Becker, Gary S. (1960). *An economic analysis of fertility*. In *Universities-National Bureau Committee for Economic Research, Demographic and Economic Change in Developed Countries*. Princeton: Princeton University Press; Becker, Gary S. (1981). *A treatise on the family*. Cambridge, Massachusetts: [Harvard University Press](#).
- 50 Wolf, D. A., Lee, R. D., Miller, T., Donehower, G. & Genest, A. (2011). *Fiscal Externalities of Becoming a Parent*. *Population and Development Review* 37 (2): 241–266.
- 51 Gauthier, A. H. (2007). *The impact of family policy on fertility in industrialized countries: a review of the literature*. *Population Research and Policy Review* 26 (3): 323–346; Letablier, T., Luci, A., Math, A. & Thévenon, O. (2009). *The costs of raising children and the effectiveness of policies to support parenthood in European countries: a Literature Review*. Brussels: European Commission.
- 52 Gauthier, A. H. (2007). *The impact of family policy on fertility in industrialized countries: a review of the literature*. *Population Research and Policy Review* 26 (3): 323–346; Luci, A. & Thevenon, O. (2013). *The Impact of Family Policies on Fertility Trends in Developed Countries*. *European Journal of Population*.
- 53 Frejka, T., Gietel-Basten, S. (2016). *Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe after 1990*. *Comparative Population Studies* 41(1): 3–56.
- 54 *Ibid*; Letablier, T., Luci, A., Math, A. & Thévenon, O. (2009). *The costs of raising children and the effectiveness of policies to support parenthood in European countries: a Literature Review*. Brussels: European Commission.; Luci, A., Thevenon, O. (2013). *The Impact of Family Policies on Fertility Trends in Developed Countries*. *European Journal of Population*.
- 55 Mijatović, B. (2014). *Roditeljski dodatak*. U G. Matković, B. Mijatović, & K. Stanić, *Novčana davanja za decu i porodice sa decom u Srbiji* (стр. 81–104). Beograd: UNICEF; CLDS; CSP.

56 СУФ за треће и четрво дете је стабилна, док се СУФ за прво дете незнатно смањила.

57 Према подацима 2016. године дечији додатак је у породицама на линији сиромаштва износио приближно 45% потрошње која се приписују деци 0 до 13 година и свега 33% потрошње која се приписује деци старој 14+ година.

58 Према подацима Анкете о приходима и условима живота (2016), 29% домаћинстава са децом троши преко 40% свог расположивог дохотка на трошкове становања, док је одговарајући удео у ЕУ мањи од 10% (Евростат база података, Табеле Housing cost overburden rate by household type – EU-SILC survey).

59 Томановић С., Станојевић, Д. (2015). Млади у Србији 2015. Београд: ФЕС.

60 „Службени гласник РС” бр. 24/05, 61/05, 54/09, 32/13, 75/14 и 13/17. Закон о раду.

61 На пример у Шведској родитељи могу да искористе одсуство до осме године детета.

62 Закон о финансијској подршци породици са децом, члан 16. („Службени гласник РС”, број 113/17).

63 Станојевић Д., (2015). Транзиција од образовања ка тржишту рада младих у Србији – анализа СИЛК података. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва.

64 Томановић, С., Станојевић, Д. & Љубичић М. (2016). Постајање родитељем у Србији. Социолошко истраживање транзиције у родитељство. Београд: Филозофски факултет.

65 Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику (2017). Усклађивање рада и родитељства (радна верзија). Београд; Благојевић – Хјусон, М. (2013). Родни барометар у Србији: Развој и свакодневни живот. Београд: UN Women.

66 Усклађивање рада и родитељства (радна верзија) (2017).

67 Томановић С., Станојевић, Д. Млади у Србији 2015.

68 Усклађивање рада и родитељства (радна верзија) (2017).

69 Републички завод за статистику (2008). Жене и мушкарци у Србији. Београд; Жене и мушкарци у Републици Србији (2011); Жене и мушкарци у Републици Србији (2014).

70 Жене и мушкарци у Републици Србији (2014); Томановић, С., Станојевић Д. & Љубичић М. (2016). Постајање родитељем у Србији; Томановић, С. et al. (2012). Млади – наша садашњост. Истраживање социјалних биографија

младих у Србији. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета.

71 Томановић, С., Станојевић Д. & Љубичић М. (2016). Постајање родитељем у Србији; Благојевић Хјусон, М., (2014). Трансформација родитељства: полупериферијска перспектива. *Социологија* 56(4): 383–402.

72 Томановић, С., Љубичић, М. & Станојевић, Д. (2013). Једнородитељске породице у Србији данас. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета; Хјусон, М. (2015). Много одговорности, премало подршке, сами родитељи на Западном Балкану. Београд: Институт за криминолошка и социолошка истраживања.

73 Милић, А. et al. (2010). Време породица. Социолошка студија о породичној трансформацији у савременој Србији. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета; Томановић, С. (2010). Одрастање у Београду. Београд: Чигоја и Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета; Бобић, М. и Станојевић М. (2014). Процесуалност породичне трансформације и рефлексивност актера – дијадна перспектива. *Социологија* 56 (4): 445–457.

74 Закон о високом образовању („Службени гласник РС”, број 88/17)

75 Томановић, С., Станојевић Д. & Љубичић М. (2016). Постајање родитељем у Србији.

76 Републички завод за статистику (2011). Жене и мушкарци.

77 Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику (2017). Усклађивање рада и родитељства.

78 Благојевић Хјусон, М. (2012). Родни барометар у Србији: Развој и свакодневни живот, Београд: UN WOMEN; Благојевић Хјусон, М. (2014). Трансформација родитељства: полупериферијска перспектива. *Социологија* 56(4): 383–402.

79 Хјусон, М. (2017). Мушкарци у Србији. Друга страна родне неравноправности. Београд: Институт за криминолошка и социолошка истраживања.

80 Станојевић, Д. (2015). Обликовање новог очинства кроз праксе очева у Србији, (одбрањена докторска дисертација). Београд: Филозофски факултет; Goldsheider, F., E. Bernhardt & Lappegård, T. (2015) *The Gender Revolution: A Framework for Understanding Changing Family and Demographic Behavior. Population and Development Review* 41(2): 207–239.

81 Бобић, М. (2010). Родна (не)равноправност. Репродукција патријархата на локалном нивоу. У М. Петровић (ур.) *Глокалност трансформацијских процеса у Србији*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета; Бобић, М., и Лазић, С. (2015). *Праксе у свакодневном животу брачних парова на почетку родитељства*. У Јарић И.

(ур.) Политике родитељства: Искуства, дискурси и институционалне праксе. Београд: Филозофски факултет.

82 Благојевић, М., (1997). Родитељство и фертилитет. Србија 90-тих, Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета; Благојевић Хјусон, М., (2014). Трансформација родитељства: полупериферијска перспектива. Социологија 56(4): 383–402.

83 Станковић, Б. (2014). Жена као субјект порођаја. Социологија 56(4): 524–544; Станковић, Б. (2014). Дистрибуирана субјективност у трудноћи: селф, тело и медицинска технологија. Одбрањена докторска дисертација, Београд: Филозофски факултет; Секулић, Н. (2016) Култура рађања. Социолошко истраживање о сексуалној и репродуктивној социјализацији жена, Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета, Чигоја штампа.

84 Републички завод за статистику (2014). Жене и мушкарци у Републици Србији. Београд: РЗС.

85 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2014). Истраживање здравственог стања становништва Србије 2013. Београд: ИЗЈЗС; 2014. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/index.php?content=1043>

86 Kirby DB, Laris BA, Roller LA. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health* (40): 206–217.

87 Закон о основама система образовања и васпитања („Службени гласник РС“, број 88/17).

88 Кисић-Тепавчевић Д, Штерић М, Кисић В, и сар. (2010). Знања, ставови и понашање адолесцената Београда у вези с репродуктивним здрављем. *Срп Арх Целок Лек* (138): 214–218.

89 Delva W, Guillaume F, Vansteelandt S, et al. (2007). Sexual behaviour and contraceptive use among youth in the Balkans. *Eur J Contracept Reprod Health Care* (12): 309–316.

90 Рончевић Н. (2006). Здравље адолесцената. *Срп Арх Целок Лек* 134(1): 34–44.

91 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2014).

92 Рашевић М, Седлецки К. (2013). Сексуално и репродуктивно понашање младих корисница Интернета у Србији. *Срп Арх Целок Лек* 141(9–10): 654–659.

93 Кисић-Тепавчевић Д, Штерић М, Кисић В, и сар. (2010); Delva W, Guillaume F, Vansteelandt S, et al. (2007).

- 94 Sedlecky K, Rašević M. (2008). Are Serbian gynaecologists in line with modern family planning? *Eur J Contracept Reprod Health Care* (13): 158–163.
- 95 Јеремић В, Матејић Б, Солдатовић И, Раденовић С. (2014). *Early sexual initiation and risk factors in Serbian adolescents: data from the National Health Survey*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* (19): 211–219.
- 96 Golo DL, Cirić-Janković S, Santrić-Milićević M, Simić S. (2013). *Alcohol use among adolescents in Serbia*. *Srp Arh Celok Lek* (141): 207–213.
- 97 Busza J, Douthwaite M, Bani R, Scutelnicuic O, Preda M, Simic D. (2013). *Injecting behaviour and service use among young injectors in Albania, Moldova, Romania and Serbia*. *Int J Drug Policy* (24): 423–431.
- 98 Републички завод за статистику (2016). Демографска статистика 2015. Београд.
- 99 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2017). Здравствено-статистички годишњак Републике Србије 2016. Београд: ИЗЈЗС; 2017. Доступно на: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2016.pdf>; преузето 24. октобра 2017.
- 100 The Minsk Declaration: the life-course approach in the context of Health 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015. Доступно на: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2015/10/WHOEuropan-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Contextof-Health-2020/documentation/the-minsk-declaration>; преузето 20.09.2017.
- 101 Седлеци К, Грбић Д, Радојевић М, Капамација А, Здравковић Д, Станковић З, Радовановић М. (2014). Приручник за здравствене раднике и сараднике са стандардима рада у саветовалишту за младе. Београд: Институт за здравствену заштиту мајке и детета Србије „Др Вукан Чупић“, Републички центар за планирање породице, 2014.
- 102 Loeber O, Reuter S, Apter D, van der Doef S, Lazdane G, Pinter B. (2010). *Aspects of sexuality education in Europe – definitions, differences and developments*. *Eur J Contracept Reprod Health Care* (15): 169–176.
- 103 Републички завод за статистику и УНИЦЕФ (2014). Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у Србији 2014 и Истраживање вишеструких показатеља положаја жена и деце у ромским насељима у Србији 2014, Коначни извештај. Београд, Србија: Републички завод за статистику и УНИЦЕФ; 2015.
- 104 Apari P, de Sousa JD, Müller V (2014). Why Sexually Transmitted Infections Tend to Cause Infertility: An Evolutionary Hypothesis. *PLoS Pathog* 10(8): e1004111. доступно на: <http://journals.plos.org/plospathogens/article/file?id=10.1371/journal.ppat.1004111&type=printable>; преузето 9. октобра 2017.

- 105 Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gómez D, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Serbia. Summary Report 27 July 2017. доступно на: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>; преузето 24. септембра 2017.
- 106 Bahamondes, L. & Makuch, Y. M. (2014). Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reproductive Biology and Endocrinology* 12(87): 1–7.
- 107 Sedlecky, K. & Rašević, M. (2015). The abortion culture issue in Serbia. Paper presented at ESCHR conference "Removing medical, social, cultural and religious barriers to effective and safe contraception", Tel Aviv, Israel, September, 2–4, 2015.
- 108 Sedgh, G. et al. (2007). Legal abortion worldwide: Incidence and recent trends. *International Family Planning Perspectives* 3 (33): 106–116.
- 109 Calhaz-Jorge, C. et al. (2017). Assisted reproductive technology in Europe, 2013: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction* 32 (10): 1957–1973.
- 110 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2017). Анализа планираног и оствареног обима и садржаја права осигураних лица на примарну здравствену заштиту у 2016. години. Београд 2017, стр. 27.
- 111 Лозановић Драгана, Јанковић Борисав (2014). Показатељи стања перинаталне здравствене заштите у Србији- резултати анкете. XVII Педијатријска школа Србије, Зборник предавања, Златибор 2014, (стр. 3–12).
- 112 Зајегановић-Јаковљевић Ј. (2011). Спровођење и праћење иницијативе „Болница пријатељ новоронђечади у Србији у протеклих 15 година и у будућности – Виђење УНИЦЕФА-а. Педијатријски гласник (18–21), 2011, стр. 2.
- 113 Лозановић Д. (2011). Стандарди здравствене заштите прилагођени потребама мајке и детета. Педијатријски гласник (18–21), 2011, стр. 7.
- 114 Зајегановић Ј., Лозановић Д., Јанковић Б. (2014). Могућности унапређења примене националних стандарда здравствене заштите прилагођавањем потребама мајке и детета. XVII Педијатријска школа Србије, Зборник предавања. Златибор □□□□ (стр. □□–□□).
- 115 „Службени гласник РС“, број 28/09. Уредба о Националном програму здравствене заштите жена, деце и омладине.
- 116 Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2017). Анализа планираног и оствареног обима и садржаја права осигураних лица на примарну здравствену заштиту у 2016. години Београд 2017, стр. 30.

117 *Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2017). Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2016. Београд 2017, стр. 20.*

118 *Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (2017). Здравствено статистички годишњак Републике Србије 2016. Београд 2017, стр. 61.*

119 *Идеационе теорије фертилитета истичу значај сазнавања оног што је битно и утврђивање оног што је сазнато за промену ставова и норми, истовремено наглашавајући да имају спор ефекат и да се могу развијати кроз неколико декада или дуже.*

05 број 56-2307/2018

У Београду, 16. марта 2018. године

Влада

Председник,

Ана Брнабић, с.р.