Analiza stanja stanovništva u Bosni i Hercegovini

septembar 2019. (ažurirano u martu 2020.)

SeConS
development Initiative group

UNFPA

Stručni tim SeConS-a:

Marija Babović, voditeljica tima

Slađana Baruš, ekspertica

Danilo Vuković, ekspert

Gordana Vojković, ekspertica

Željka Stamenković, ekspert

Dragana Petrović, viši istraživač

Jovana Obradović, viši istraživač

Olga Bogdanov, mlađi istraživač

Tijana Veljković, mlađi istraživač

Olivera Vuković, osiguranje kvalitete

Tehnička podrška:

Ralph Hakkert

Ažuriranje podataka (mart 2020):

Amra Fetahović

Odricanje odgovornosti: *Podaci korišteni u analizi stanja stanovništva i predstavljeni u ovom izvještaju potiču uglavnom iz Izvještaja o konačnim rezultatima popisa stanovništva, domaćinstava i stanova u Bosni i Hercegovini 2013. godine koji je objavila Agencija za statistiku BiH. Izvještaj o konačnim rezultatima popisa stanovništva je osporio Republički zavod za statistiku Republike Srpske (RS) zbog neslaganja sa metodologijom obrade podataka. Republički zavod za statistiku Republike Srpske je objavio Izvještaj o popisu stanovništva, domaćinstava i stanova u Republici Srpskoj 2013. godine koji se koristi u tom entitetu. S obzirom na to da su razlike između ta dva izvještaja ispod 5%, te s obzirom da tako male razlike imaju mali uticaj na analizu, zaključci i preporuke analize stanja stanovništva se smatraju važećim za cijelu zemlju. Stajališta i analiza sadržana u ovom izvještaju o stanju stanovništva su stajališta i analiza autora i ne predstavljaju neophodno stajališta Ujedinjenih nacija niti bilo koje njihove organizacije.*

Lista skraćenica

ANC	Antenatalna zaštita
AIDS	Sindrom stečene imunodeficijencije (SIDA)
BAM	Konvertibilna marka Bosne i Hercegovine
BD	Brčko distrikt Bosne i Hercegovine
BiH	Bosna i Hercegovina
CEPAM	Centar ekspertize za stanovništvo i migracije
CHE	Tekuća potrošnja za zdravstvo
C-section	Carski rez
DEP	Direkcija za ekonomsko planiranje
DPT	Difterija, veliki kašalj, tetanus
EmOC	Hitno medicinsko opstetrično zbrinjavanje
ECDC	Evropski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti
FBiH	Federacija Bosne i Hercegovine
FH	Freedom House
FP	Planiranje porodice
FAO	Organizacija za hranu i poljoprivredu
GBD	Globalno opterećenje bolešću
GDP	Bruto domaći proizvod
GNI	Bruto nacionalni dohodak
GGHE-D	Opća domaća potrošnja vlade za zdravstvo
GoRS	Vlada Republike Srpske
HBS	Anketa o potrošnji domaćinstava
HIV	Virus humane imunodeficijencije
HIF	Faktor induciran hipoksijom
HDI	Indeks humanog razvoja
IBBS	Integrirana (bio) bihevioralna istraživanja
IDNCDI	Centar za demografsko istraživanje Instituta društvenih nauka Srbije
IOM	Međunarodna organizacija za migracije
ICT	Informacijsko-komunikacijske tehnologije
ILO	Međunarodna organizacija rada
IPA	Instrument pretpristupne pomoći
IMO	Međunarodna monitoring operacija
KM	Konvertibilna marka (valuta Bosne i Hercegovine)
MICS	Istraživanje višestrukih pokazatelja
MOH	Ministarstvo zdravstva/zdravlja
MHRR	Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice
MSM	Homoseksualci i drugi muškarci koji imaju spolni odnos sa muškarcima

MOE	Ministarstvo obrazovanja/prosvjete
NEET	Ne obrazuje se, nije zaposlen niti je na stručnom osposobljavanju
NGO	Nevladina organizacija
NHDR	Nacionalni izvještaj o humanom razvoju
NSO	Nacionalni statistički ured
OSCE	Organizacija za sigurnost i saradnju u Evropi (OEBS)
OST	Terapija supstitucijom opioida
PAC	Postpobačajna njega
PHI FBiH **PHIRS** **PHIBD**	Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske Odjeljenje za zdravstvo i ostale usluge Brčko Distrikta
PIRLS	Međunarodno istraživanje napretka u čitalačkoj pismenosti
PISA	Program za međunarodnu procjenu znanja učenika
PLHIV	Ljudi koji žive sa HIV virusom
PPS	Standard kupovne moći
PSA	Analiza stanja stanovništva
PWID	Osobe koje ubrizgavaju droge
RS	Republika Srpska
SEESSP	Projekat socijalnog istraživanja u Jugoistočnoj Evropi
SIGI	Indeks utjecaja institucija u društvu na rodnu ravnopravnost
Statističke institucije / Agencija	Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine Federalni zavod za statistiku Republički zavod za statistiku Republike Srpske
SRH	Seksualno i reproduktivno zdravlje
STIs	Spolno prenosive infekcije
STDs	Spolno prenosive bolesti
SZS	Savezni zavod za statistiku Jugoslavije
SWs	Seksualni radnici/radnice
TFR	Stopa ukupnog fertiliteta
TI	Transparency International
TIMSS	Međunarodno istraživanje trendova u znanju iz matematike i prirodnih nauka
ToR	Opis poslova i zadataka
UN	Ujedinjene nacije
UN Women	Organizacija Ujedinjenih nacija za rodnu ravnopravnost i osnaživanje žena
UNDAF	Okvir Ujedinjenih nacija za pomoć razvoju
UNDP	Razvojni program Ujedinjenih nacija
UNFPA	Populacijski fond Ujedinjenih nacija
UNICEF	Fond Ujedinjenih nacija za djecu
UNSD	Odsjek Ujedinjenih nacija za statistiku

UNECE	Ekonomska komisija Ujedinjenih nacija za Evropu
UNHCR	Visoki komesarijat Ujedinjenih nacija za izbjeglice
UNSDCF	Okvir saradnje Ujedinjenih nacija za održivi razvoj
VCT	Dobrovoljno savjetovanje i testiranje
WB	Svjetska banka
WGI	Pokazatelji upravljanja u svijetu
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija
WJP	Projekat za unapređenje vladavine prava u svijetu

Sadržaj

Lista skraćenica 3
Sadržaj 6
Popis slika 9
Popis tabela 12
Sažetak 15
O analizi stanja stanovništva 15
Ključna zapažanja 15
Preporuke 19
1. Uvod 21
1.1 Svrha i djelokrug analize 21
1.2 Analitički okvir i metodologija 21
1.3 Metodološka ograničenja 23
2. Socioekonomska i politička situacija u BiH 24
2.1 Politički i institucionalni kontekst 24
2.2 Ekonomski kontekst 30
2.3 Socio-kulturni kontekst 39
2.4 Potrošnja za socijalnu zaštitu 54
3. Dinamika stanovništva i osnovne socioekonomske determinante 58
3.1 Dugoročni trendovi stanovništva 59
3.2 Prostorna distribucija stanovništva 65
3.3 Utjecaj komponenti dinamike stanovništva 66
3.4 Transformacije dobne strukture stanovništva 67
4. Seksualno i reproduktivno zdravlje 73
4.1 Seksualno ponašanje, planiranje porodice i reproduktivno zdravlje 73
4.2 Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata 80
4.3 Antenatalna i postnatalna zaštita 84
5. Mortalitet 92
5.1 Promjene u ukupnom mortalitetu 92
5.2 Mortalitet dojenčadi i djece 94
5.3 Maternalni mortalitet 94

5.4 Specifičan mortalitet žena 95
5.5 Povećanje očekivane dužine života 96
5.6 Vodeći uzroci smrti 97
6. Morbiditet 101
6.1 Vodeći uzroci, stanja i ozljede 101
6.2 Specifične bolesti žena 106
7. Situacija i trendovi u pogledu HIV/AIDS-a i spolno prenosivih infekcija 110
7.1 Spolno prenosive infekcije 111
7.2 Infekcija HIV-om 112
7.3 Rizik od infekcije HIV virusom: opća i ključne populacije 115
7.4 Obuhvat programa za prevenciju širenja HIV virusa 117
8. Fertilitet 120
8.1 Promjene u obrascima fertiliteta 121
8.2 Fertilitet žena prema dobi 123
8.3 Ka budućem fertilitetu 126
9. Transformacija braka, domaćinstva i porodice 129
9.1 Stope zaključivanja braka i njegove karakteristike 129
9.2 Stope razvoda i njegove karakteristike 132
9.3 Struktura domaćinstava i porodica 134
9.4 Rani brak 137
10. Stanje glavnih populacijskih grupa 139
10.1 Populacija mladih 139
10.2 Starenje i starija populacija 148
10.3 Rodna ravnopravnost i položaj žena 152
11. Migracije i razvoj 158
11.1 Interna migracija, urbanizacija i ruralni razvoj 159
11.2 Emigracija i razvoj 163
11.3 Neregularna migracija, krijumčarenje i trgovina ljudima 169
11.4 Prisilna migracija 173
12. Kvaliteta i raspoloživost statističkih podataka 178
13. Izazovi i mogućnosti za djelovanje: politički, strateški i programski zaključci i preporuke 181

13.1 Političke, strateške i programske preporuke....186
Reference....190
Zakoni....201
Strategije....202
Web izvori....203

Popis slika

1. UVOD 21
Slika 1: Proces izrade studije analize stanja stanovništva 22
2. SOCIOEKONOMSKA I POLITIČKA SITUACIJA U BIH 24
Slika 2: WGI za Bosnu i Hercegovinu, 1996-2018. 27
Slika 3: Pokazatelji iz Izvještaja o indeksu vladavine prava Projekta unapređenja vladavine prava u svijetu 29
Slika 4: Stopa rasta BDP-a 2008-2018. 31
Slika 5: Promjene u učešću u BDP-u 2018. u odnosu na 2008. godinu, u % 33
Slika 6: Pokazatelji tržišta rada za zemlje Zapadnog Balkana, 2019. godina, i EU-28 36
Slika 7: Indeks ekonomskih sloboda za Bosnu i Hercegovinu 37
Slika 8: Indeks humanog razvoja 2000-2018, poređenje BiH i zemalja regije 40
Slika 9: Broj doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika 52
Slika 10: Broj kontakata sa ustanovama vanbolničke zdravstvene zaštite po osobi, godišnje 52
Slika 11: Broj doktora medicine na 100.000 stanovnika 53
Slika 12: Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika 54
3. DINAMIKA STANOVNIŠTVA I OSNOVNE EKONOMSKE I SOCIJALNE DETERMINANTE 58
Slika 13: Stope prirodne promjene stanovništva (na 1.000 stanovnika) 62
Slika 14: Veličina i distribucija stanovništva, naselja u BiH, 2013. 65
Slika 15: Dobne piramide 1971-2013-2050. 69
Slika 16: Omjer ovisnosti – demografska dividenda– aktivnost u radnom vijeku 71
Slika 17: Putanja kretanja ukupne populacije prema dobnoj skupini širokog opsega 81
4.SEKSUALNO I REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE 73
Slika 18: Stope rađanja u adolescentskoj dobi (dobna skupina 15-19), 2013-2017. 81
Slika 19: Postotak žena sa jednom do četiri i više posjeta od strane patronažne službe (asistirana njega) u toku trudnoće 84
Slika 20: Postotak porođaja obavljenih pod stručnim nadzorom, zaštita i savjetovanje žena u toku trudnoće, porođaja i u postporođajnom periodu 85
Slika 21: Broj porođaja carskim rezom na 1.000 živorođene djece 86
Slika 22: Postotak porođaja obavljenih carskim rezom 87
Slika 23: Postotak sve živorođene djece majki mlađih od 20 godina i starijih od 35 godina 88
Slika 24: Postotak živorođene djece sa porođajnom težinom ispod 2.500 grama 89
Slika 25: Postotak bolesti povezanih sa trudnoćom, porođajem i postpartalnim periodom 90
5.MORTALITET 92

Slika 26: Specifične stope mortaliteta prema dobi i spolu, 1950-2017.....93
Slika 27: Stopa smrtnosti od raka dojke na 100.000 žena svih dobi 96
Slika 28: Očekivana dužina života pri rođenju u Bosni i Hercegovini, 1952-2015.....97
Slika 29: Smrtnost prema uzroku smrti i dobi i spolu (%), Bosna i Hercegovina, 2017.....98
6.MORBIDITET 101
Slika 30: Vodeći uzroci smrti na 100.000 stanovnika u entitetima, 2018. 101
Slika 31: Vodeće bolesti na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u 2017. 104
Slika 32: Prevalencija malignih neoplazmi na 10.000 stanovnika 104
Slika 33: Teškoće koje uzrokuje invalidnost u Bosni i Hercegovini, 2013.....105
Slika 34: Stopa incidencije raka dojke na 100.000 žena svih dobi 107
Slika 35: Stopa incidencije raka grlića materice na 100.000 žena 108
7.SITUACIJA I TRENDOVI U POGLEDU HIV/AIDS-A I SPOLNO PRENOSIVIH INFEKCIJA 110
Slika 36: Stopa novodijagnosticiranih infekcija HIV virusom na 100.000 stanovnika u periodu 2007–2017. na nivou Bosne i Hercegovine i entiteta (Federacija Bosne i Hercegovine i Republika Srpska).....113
Slika 37: Nove dijagnoze HIV virusa, prema načinu prijenosa i zemlji u centralnom dijelu evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije, 2017. (n = 6.383).....114
8.FERTILITET 120
Slika 38: Dinamika pada stope ukupnog fertiliteta, Bosna i Hercegovina, 1950-2017. 121
Slika 39: Fertilitet kohorte (konačni fertilitet) žena, prema bračnom statusu.....122
Slika 40: Promjene u dobno specifičnim stopama fertiliteta, Bosna i Hercegovina, 1950-2017. 123
Slika 41: Efekat tempa fertiliteta u Bosni i Hercegovini 125
9.BRAK, DOMAĆINSTVO I TRANSFORMACIJA PORODICE 129
Slika 42: Stopa sklopljenih brakova u toku godine u BiH, 1971-2016. 130
Slika 43: Broj sklopljenih bakova na 1.000 stanovnika, 2007-2017.....130
Slika 44: Stopa razvoda (na 1.000 brakova) u BiH.....133
Slika 45: Stope razvoda (na 1.000 brakova) 2007-2017. 133
Slika 46: Domaćinstva sa i bez porodice, 2013, u %.....136
10.STANJE GLAVNIH POPULACIJSKIH GRUPA.....139
Slika 47: Populacija mladih u BiH u dobi 15-29 prema spolu, u % 139
Slika 48: Stope aktivnosti, zaposlenosti, nezaposlenosti i neaktivnosti za populaciju u dobi 15–24 u BiH u periodu od 2016. do 2019. 143
11.MIGRACIJE I RAZVOJ.....158
Slika 49: Tokovi interne migracije između administrativnih jedinica, kumulativno za period 2012-2016, za dobnu skupinu 25-54.....160
Slika 50: Udio ruralnog i urbanog stanovništva, 2013, u %.....161

Slika 52: Žrtve trgovine ljudima prema vidu iskorištavanja, BiH 2017. 172

Slika 53: Broj otkrivenih dolazaka tražitelja azila i migranata u BiH u periodu 2017-2019.....174

Slika 54: Broj otkrivenih dolazaka, broj namjera podnošenja zahtjeva za azil i broj podnesenih zahtjeva za azil u BiH, 1. januar 2018 – 31. decembar 2019. 174

Slika 55: Najveći broj tražitelja azila i migranata prema zemlji porijekla, 1. januar 2018 – 31. decembar 2019, u % 175

Popis tabela

1. UVOD 21

2. SOCIOEKONOMSKA I POLITIČKA SITUACIJA U BIH 24

Tabela 1: Indeks percepcije korupcije koji objavljuje Transparency International i mjesto zemalja na rang listi 28

Tabela 2: Međunarodne konvencije koje je BiH ratificirala i godina ratifikacije 30

Tabela 3: Struktura zaposlenosti prema sektoru ekonomije, 2019, u % 34

Tabela 4: Osnovni pokazatelji tržišta rada za BiH i entitete /distrikt, 2016-2019, u % 35

Tabela 5: Rangiranje zemalja Zapadnog Balkana prema raznim globalnim indeksima koji mjere ekonomsko okruženje za konkurentnost, ekonomske slobode i poslovno okruženje, 2019. 38

Tabela 6: Trendovi u indeksu humanog razvoja za Bosnu i Hercegovinu 39

Tabela 7: Stope siromaštva prema zaposlenosti i statusu aktivnosti nosioca domaćinstva, 2015, u % 41

Tabela 8: Obrazovna struktura stanovništva u dobi od 15 i više godina 43

Tabela 9: Nivo obrazovanja prema dobnoj skupini u % 43

Tabela 10: Pohađanje osnovnog i srednjeg obrazovanja i rodni paritet u obrazovanju 44

Tabela 11: Broj korisnika novčane pomoći, 2018. 46

Tabela 12: Socijalna davanja prema kvintilima 47

Tabela 13: Broj korisnika naknada za vrijeme nezaposlenosti prema entitetu/Distriktu 48

Tabela 14: Sadašnja potrošnja za zdravstvo kao postotak bruto domaćeg proizvoda (BDP), u % 56

Tabela 15: Privatni izdaci za zdravstvo kao postotak sadašnje potrošnje za zdravstvo, u % 57

3. DINAMIKA STANOVNIŠTVA I OSNOVNE EKONOMSKE I SOCIJALNE DETERMINANTE 58

Tabela 16: Stanovništvo Bosne i Hercegovine prema podacima popisa stanovništva, 1948-2013. 61

Tabela 17: Projekcije broja stanovnika Bosne i Hercegovine do 2050. Odsjek UN-a za stanovništvo: Perspektive svjetskog stanovništva i scenariji Centra ekspertize za stanovnišvo i migracije (CEPAM) 64

Tabela 18: Promjena stanovništva po komponentama (prosječne godišnje stope na 100 osoba) 1948-2013. 67

4.SEKSUALNO I REPRODUKTIVNO ZDRAVLJE 73

Tabela 19: Korištenje kontracepcije među ženama u dobi 15-49, BiH 2011-2012. 75

Tabela 20: Prevalencija korištenja tradicionalnih i savremenih metoda kontracepcije među ženama u dobi 15-49, BiH 2011-2012. 75

Tabela 21: Korištenje tradicionalnih i savremenih metoda kontracepcije i njihova distribucija prema nivou obrazovanja, broju djece, indeksu bogatstva i ruralnim/urbanim područjima 76

Tabela 22: Neispunjenje potrebe među ženama u BiH (15-49 godina) 2006. i 2011-2012. 77

Tabela 23: Promjene u stopi nataliteta u proteklih 50 godina u Bosni i Hercegovini 87

5.MORTALITET 92
Tabela 24: Distribucija (%) dojenačke smrti prema dobi u toku prve godine života, 2017 94
Tabela 25: Specifične stope smrnosti prema uzroku smrti, dobi i spolu, 2013. 99
6.MORBIDITET 101
Tabela 26: Stope incidencije i mortaliteta u BiH prema najčešćem sijelu raka. 102
Tabela 27: Prevalencija poremećaja mentalnog zdravlja i poremećaja vezanih za upotrebu raznih supstanci (depresija, anksioznost, bipolarni poremećaj) 103
7.SITUACIJA I TRENDOVI U POGLEDU HIV/AIDS-a I SPOLNO PRENOSIVIG INFEKCIJA 110
8.FERTILITET 120
Tabela 28: Stope fertiliteta prema dobi 124
9.BRAK, DOMAĆINSTVO I TRANSFORMACIJA PORODICE 129
Tabela 29: Stanovništvo u dobi od 15 i više godina prema zakonskom bračnom stanju, 2013. u % 131
Tabela 30: Struktura stanovništva prema bračnom stanju i vrsti naselja, 2013, u % 132
Tabela 31: Broj i prosječna veličina domaćinstava u BiH, 1948-2013. 134
Tabela 32: Domaćinstva prema broju članova, 2013, u % 135
Tabela 33: Porodice prema strukturi, 1991. i 2013, u % 136
Tabela 34: Prevalencija ranih brakova 138
10.SITUACIJA GLAVNIH POPULACIJSKIH GRUPA 139
Tabela 35: Stopa nezaposlenosti populacije u dobi 15-24 u zemljama Jugoistočne Evrope 143
Tabela 36: Posebno povjerenje među mladima 146
Tabela 37: Stope zaposlenosti osoba u dobi od 65 i više godina prema spolu, 2016-2019. 149
Tabela 38: Matrica osnaživanja žena 154
Tabela 39: Osnovni pokazatelji tržišta rada, radno sposobno stanovništvo (15-64) prema spolu, 2019, u % 155
11.MIGRACIJA I RAZVOJ 158
Tabela 40: Broj osoba koje su odjavile prebivalište u BiH u periodu 2016 -2018. radi emigracije u druge zemlje, prema 8 najčešćih zemalja odredišta 164
Tabela 41: Broj državljana BiH u zemljama EU, EEA, EFTA i Šengena 165
Tabela 42: Broj građana u zemljama EU, EEA, EFTA i Šengena koji su rođeni u BiH 166
Tabela 43. Ukupan broj stranaca koji su vraćeni iz BiH uz pomoć IOM-a i Službe za poslove sa strancima od 2008. do 2018. 170

STANOVNIŠTVO BOSNE I HERCEGOVINE:

HISTORIJSKI TRENDOVI DINAMIKE STANOVNIŠTVA

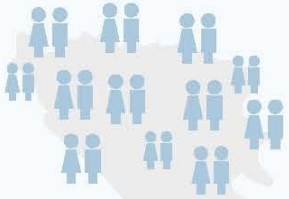
1948.

Ukupno stanovništvo **2.564.308**

Visok fertilitet:
Stopa ukupnog fertiliteta
(1950) **5,12**

Rast stanovništva:
Prosječna stopa prirodnog priraštaja stanovništva
(1948-1952) **2,31**
(1971-1980) **1,31**

Emigracija: prosječna stopa neto migracije
(1948-1952) **-0,22**
(1971-1980) **-0,35**



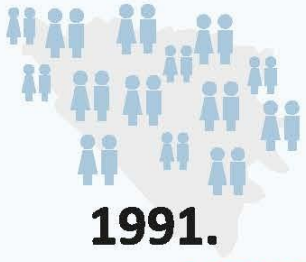
1981.

Ukupno stanovništvo **4.124.256**

Opadanje fertiliteta:
Stopa ukupnog fertiliteta
(1981) **2,01**

Rast stanovništva:
Prosječna stopa prirodnog priraštaja stanovništva
(1981-1990) **1,00**

Visoka emigracija:
prosječna stopa neto migracije
(1981-1990) **-0,41**



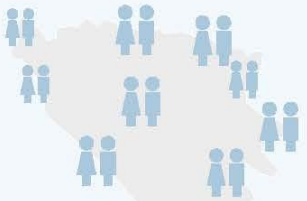
1991.

Ukupno stanovništvo **4.377.033**

Fertilitet ispod nivoa potrebnog za zamjenu stanovništva:
Stopa ukupnog fertiliteta
(1991) **1,65**

Rast stanovništva:
prosječna stopa prirodnog priraštaja stanovništva
(1991-2013) **0,11**

Visoka emigracija:
prosječna stopa neto migracije
(1991-2013) **-1,06**



2013.

Ukupno stanovništvo **3.531.159**

Najniži niski fertilitet:
Stopa ukupnog fertiliteta
(2013) **1,28**

Stopa prirodnog priraštaja stanovništva:
(2013) **-0,14**

Visoka emigracija:
prosječna stopa neto migracije
(2013-2017) **-0.01**

PROJEKCIJE STANOVNIŠTVA NA OSNOVU SADAŠNJIH TRENDOVA

Stopa ukupnog fertiliteta – prosječan broj djece koju bi jedna žena rodila u toku života.

Stopa prirodnog priraštaja stanovništva – razlika između broja živorođene djece i broja umrlih osoba – negativna vrijednost ukazuje na veći broj umrlih u odnosu na broj živorođene djece.

Stopa neto migracije: razlika između broja imigranata i broja emigranata – negativna vrijednost ukazuje na veći broj emigranata u odnosu na broj imigranata.

UN – Ujedinjene nacije

CEPAM – Centar ekspertize za stanovništvo i migracije

2050.

Stanovništvo
(Srednja varijanta UN-a)
3.058.000

Gubitak stanovništva
2013-2050: **13 %**

2050.

Stanovništvo
(Srednji scenarij CEPAM-a)
2.110.000

Gubitak stanovništva
2013-2050: **40 %**

Sažetak

O analizi stanja stanovništva

Cilj analize stanja stanovništva je na osnovu dokaza pružiti sveobuhvatnu sliku glavnih karakteristika stanovništva, njegovih trendova, potencijala i izazova, koja će poslužiti kao osnova za izradu relevantnih politika i omogućiti planiranje programa za zemlju. Analizu je uradila grupa za razvojnu inicijativu SeConS, nezavisna analitička organizacija iz Srbije, pod cjelokupnim nadzorom UNFPA i drugih agencija iz Tima Ujedinjenih nacija u Bosni i Hercegovini (BiH). Zvanični statistički podaci su dobiveni od tri institucije za statistiku (Agencije za statistiku BiH, Federalnog zavoda za statistiku Federacije Bosne i Hercegovine i Republičkog zavoda za statistiku Republike Srpske) i od dva zavoda za javno zdravstvo (Zavoda za javno zdravstvo FBiH i JZU Instituta za javno zdravstvo RS). Osim toga, korišteni su podaci i iz drugih izvora, kao naprimjer, podaci iz administrativnih izvora, konkretnih istraživanja, izvještaja i studija.

Ključna zapažanja

Bosna i Hercegovina se suočava sa nizom izazova vezanih za stanovništvo: pad stanovništva uzrokovan nivoima fertiliteta koji su daleko ispod zamjenskog nivoa …

Stopa fertiliteta u BiH iznosi 1,252 (2018), što je daleko ispod nivoa potrebnog za zamjenu generacija (2,1). Prijelaz sa visokih na izuzetno niske stope nataliteta se u BiH dogodio u prilično kratkom vremenu. Bosna i Hercegovina se nalazi u grupi zemalja sa „najnižim niskim fertilitetom“. Povećanje prosječne dobi u kojoj žene rađaju, nemogućnost žena da imaju željeni broj djece zbog socioekonomskih faktora i niske norme reprodukcije izazivaju promjene u mnogim demografskim varijablama u pogledu fertiliteta. Podaci ukazuju na procese transformacije braka, domaćinstva i porodice, u nekoliko proteklih dekada, sa tradicionalnih oblika i obrazaca na savremenije (naprimjer, snižene stope sklapanja braka i odlaganje stupanja u prvi brak, uz još uvijek nizak postotak izvanbračnih zajednica, povećanje stopa razvoda brakova, ali uz duže trajanje braka prije razvoda i starije stanovništvo koje se razvodi, povećanje razvoda brakova sa djecom, ali uz kontinuirano viši udio starateljstva nad djecom koje je dodijeljeno isključivo majci, čime se povećava rizik od socioekonomske ranjivosti samohranih majki). Iako je rasprostranjenost ranih brakova u opadanju, oni još uvijek predstavljaju raširen fenomen među određenim kategorijama stanovništva, kao što su Romi, podrivajući njihovo blagostanje i potencijal za razvoj.

Najvažnija demografska implikacija dugoročno niskog fertiliteta će se odraziti na veliki pad fertilnog kontingenta (ukupan broj žena u reproduktivnoj dobi). To će podrivati buduću reprodukciju i smanjiti mogućnosti djelotvornog povećanja novih generacija u budućnosti.

…Povećana emigracija mladog, kvalificiranog stanovništva i ubrzano starenje stanovništva, što ima dugoročne i dalekosežne posljedice …

Trebaju se očekivati značajne promjene u strukturi stanovništva, s obzirom na to da će se udio osoba starije životne dobi do sredine vijeka najvjerovatnije povećati za 75%, dok će broj radno sposobnog stanovništva biti prepolovljen. Povećana emigracija mladog, kvalificiranog stanovništva (ne postoje statistički podaci o trendovima iseljavanja, ali prema izvještajima sektora civilnog društva, oko 5% ukupnog stanovništva je napustilo zemlju u proteklih 5-6 godina) i ubrzano starenje stanovništva (15% ukupnog stanovništva je u dobi iznad 65 godina), imaju dugoročne i dalekosežne posljedice. Očekuje se povećanje omjera ovisnosti

(djece i starijih osoba o radno sposobnoj populaciji), čime će se na radno sposobno stanovništvo staviti ekonomski teret pokrića troškova javnih usluga, kao što su obrazovanje, zdravstvena zaštita, socijalna zaštita, uključujući i mirovine, itd. Ovisno o ekonomskim faktorima, time bi se mogle stvoriti mogućnosti zapošljavanja, ali bi to mogao biti i snažan ograničavajući faktor za ekonomski razvoj.

Sa stajališta zdravstvene zaštite, kapaciteti zdravstvenih ustanova su na zadovoljavajućem nivou, iako bi se u budućnosti to moglo promijeniti usljed emigracije kvalificiranog stanovništva (doktora medicine i medicinskih sestara/tehničara), dok zbog nepostojanja univerzalne pokrivenosti zdravstvenom zaštitom sve kategorije stanovništva nemaju jednak pristup uslugama zdravstvene zaštite. Osim toga, stanovništvo u ruralnim sredinama nailazi na problem dostupnosti usluga zdravstvene zaštite...

U 2013. godini je BiH imala 19,1 doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika (WHO), što ukazuje na potrebu za daljnjim povećanjem ovog omjera kako bi se postigao nivo EU, gdje taj omjer iznosi 83,9 doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika, ili standard Jugoistočne Evrope koji iznosi 77,1 doktor porodične medicine na 100.000 stanovnika. U Bosni i Hercegovini postoji 515 medicinskih sestara/tehničara na 100.000 stanovnika, što je ispod evropskog prosjeka (691), s tim da je ovaj omjer u konstantnom porastu još od 2007. godine, što je važno sa aspekta osiguranja standardnog medicinskog tima koji se sastoji od doktora medicine i medicinske sestre/tehničara (slika 2.11). Prema važećim evropskim standardima, na jednog doktora medicine u timu dolaze dvije medicinske sestre/dva medicinska tehničara, dok odnos broja doktora medicine i medicinskih sestara/tehničara u BiH iznosi 0,5, što je zadovoljavajuće u pogledu osnovnih pokazatelja pružanja usluga zdravstvene zaštite.

Usluge planiranja porodice koje direktno utječu na promjene u nivoima fertiliteta još uvijek nisu zadovoljavajuće sa stajališta raspoloživosti i korištenja savremenih metoda kontracepcije...

Zvanična stopa ukupnih abortusa u BiH je na nivou stopa u državama članicama EU. Međutim, kvaliteta zdravstvene statistike se dovodi u pitanje s obzirom na pretpostavku da se većina abortusa obavlja u privatnim klinikama i ne prijavljuje se institucijama vlasti, zbog čega je BiH sklonija korištenju abortusa kao sredstva planiranja porodice. Istovremeno, mlađim generacijama se rjeđe nudi mogućnost stjecanja adekvatnog znanja o svom seksualnom i reproduktivnom zdravlju (njihovi najčešći izvori informacija su društvene mreže i vršnjaci), čime se potencijalno izlažu velikom riziku od spolno prenosivih infekcija, neželjene trudnoće i sekundarne neplodnosti.

Podaci o prevenciji i liječenju neplodnosti nisu potpuni...

U Republici Srpskoj Fond zdravstvenog osiguranja u cijelosti finansira tri postupka vantjelesne oplodnje, dok u Federaciji BiH zavodi zdravstvenog osiguranja snose troškove dva postupka. Važno je naglasiti da postoje ograničenja u pogledu (su)finansiranja postupka vantjelesne oplodnje ovisno o dobi žene, pri čemu žene u dobi iznad 42 godine nemaju pravo na (su)finansiranje.

Zdravstvena zaštita žena u trudnoći, tokom poroda i u razdoblju nakon poroda je dobro organizirana...

Komplikacije u trudnoći su minimalne (obično su uzrokovane infekcijama, hipertenzijom, dijabetesom ili edemima) i većina žena ima pristup adekvatnom liječenju takvih zdravstvenih problema. Maternalna smrtnost je na nultom nivou (iako Svjetska zdravstvena organizacija pretpostavlja da je stvarni omjer mortaliteta i registrirane incidencije blizu 11, što odgovara omjeru u drugim zemljama regije). Osim toga, rizici po zdravlje djeteta su niski zbog činjenice da se porodi gotovo u cijelosti obavljaju u zdravstvenim ustanovama (uz mali broj djece rođene sa manje od 2.500 grama i uz porast broja djece rođene carskih rezom).

Postignut je značajan napredak u tranziciji mortaliteta (očekivana dužina života iznosi 74 godine za muškarce i 79 godina za žene), iako je ona još uvijek ispod prosjeka u razvijenim evropskim zemljama ….

Došlo je do primjetnog pomjeranja mortaliteta ka starijoj životnoj dobi, s tim da je mortalitet u mlađoj srednjoj dobi još uvijek relativno visok (zbog malignih oboljenja, pri čemu je rak dojke vodeći uzrok smrti među mladim ženama, dok je to među mladićima nasilna smrt). Razlike u mortalitetu među spolovima ukazuju na potrebu za pružanjem usluga preventivne zdravstvene zaštite (uključujući i programe skrininga na rak) i značajnom promjenom stila života radi sprečavanja nastanka nezaraznih bolesti.

Što se tiče spolno prenosivih infekcija, iako je registrirana prevalencija infekcije HIV-om i spolno prenosivih infekcija niska, situacija će biti potencijalno nesigurna ako odgovor na HIV i spolno prenosive infekcije ne bude unaprijeđen. Pretpostavlja se da značajan broj slučajeva spolno prenosivih infekcija i zaraze HIV-om nije prijavljen. Iako je prevalencija infekcije HIV-om niska (ispod 1% u općoj populaciji i ispod 5% u ključnim populacijama), u ključnim populacijama još uvijek postoji rizično seksualno ponašanje, nizak nivo adekvatnog poznavanja prevencije prenošenja HIV-a spolnim putem, kao i niska pokrivenost savjetovanjem i testiranjem na HIV, što sve nosi rizik od smanjenog dijagnosticiranja te, usljed toga, kasnog otkrivanja zaraze HIV-om u tim populacijama. Osim toga, primijećeno je da su sifilis i gonoreja češći u muškoj populaciji, dok je klamidijska infekcija češća kod žena, a svi doprinose neplodnosti mladih.

Mladi (u dobi od 15-29 godina) u Bosni i Hercegovini su u mnogim aspektima ugroženi u odnosu na odraslu populaciju, a posebno mladi iz marginaliziranih kategorija, kao što su Romi, ruralno i siromašno stanovništvo …

Stope pohađanja osnovnog i srednjeg obrazovanja su visoke za opću populaciju mladih, s tim da je primjetna upečatljiva nejednakost u pogledu mladih iz romske populacije, s obzirom na to da su njihove stope znatno niže u poređenju sa općom populacijom. Mladi u BiH imaju jednu od najviših stopa nezaposlenosti u regiji Jugoistočne Evrope. Iako se ta stopa snižava nekoliko proteklih godina, ona još uvijek predstavlja jedan od glavnih problema sa kojima se mladi suočavaju na tržištu rada i u direktnoj je korelaciji sa kvalitetom njihovog života. Ovaj problem pogađa više žene nego muškarce. Također i siromaštvo više pogađa mlade u poređenju sa drugim dobnim skupinama. Domaćinstva sa troje ili više djece, kao i domaćinstva sa većinom članova starije dobi i domaćinstva čiji je nosilac nezaposlen, više su izložena siromaštvu. Učešće mladih u političkom životu se uglavnom ogleda kroz tradicionalni model učešća putem glasanja na izborima. U poređenju sa njihovim vršnjacima u razvijenim zemljama, mladi su rijetko uključeni u volonterske aktivnosti.

Međugeneracijske nejednakosti se ogledaju i u ugroženom položaju starije populacije (65+)…

BiH se suočava sa starenjem stanovništva, a taj proces posebno napreduje u Republici Srpskoj (20,17% stanovništva iznad 65 godina spram 15,66% u FBiH – prema procjenama stanovništva za 2019). Teško je steći sistematičnu i sveobuhvatnu sliku stanja starije populacije s obzirom na to da podaci nisu na raspolaganju ili nisu u dovoljnoj mjeri razvrstani po dobi. Mnoga područja se uopće ne prate kroz redovnu statistiku ili posebna istraživanja, kao što su neispunjene potrebe starijih osoba za zdravstvenom zaštitom, njihovo građansko učešće, materijalna deprivacija i subjektivno blagostanje, prepreke mobilnosti, pristup raznim socijalnim uslugama, itd. Međutim, moglo bi se zaključiti da slika starenja u BiH nije svijetla. Starija populacija je ekonomski aktivna, uglavnom u ruralnoj poljoprivrednoj proizvodnji za zadovoljenje potreba vlastitog domaćinstva i njihova ekonomska situacija, u prosjeku, nije povoljna zbog niskih penzija koje nisu dovoljne za pokriće osnovnih životnih troškova. Iako je većina osoba starije životne dobi pokrivena zdravstvenim osiguranjem, njihov pristup uslugama zdravstvene zaštite nije zadovoljavajući, posebno u ruralnim sredinama, dok je sa druge strane njihov pristup zdravstvenoj zaštiti i lijekovima ograničen zbog niskog dohotka ili niske dostupnosti usluga. Na stariju populaciju otpada preko 40% ukupnih usluga socijalne zaštite, dok žene starije dobi koriste socijalnu zaštitu više nego stariji muškarci zbog dužeg očekivanog trajanja života i nepostojanja usluga njege i pomoći od strane druge osobe (žene vode računa o muškarcima, ali kada muškarci umru, nema nikoga ko bi se starao o njima).

Rodne nejednakosti su izražene u BiH i ogledavaju se u svim ključnim oblastima javnog i privatnog života …

Primijećeno je da žene ne učestvuju u politici jednako kao muškarci niti imaju jednak utjecaj na politike i zakonske okvire kao osnove za razvojne procese. Žene su izrazito nedovoljno zastupljene u svim granama vlasti (zakonodavnoj, izvršnoj) na svim nivoima (državnom, entitetskom, kantonalnom i na nivou jedinica lokalne samouprave). Osim toga, žene ne sudjeluju u ekonomiji jednako kao muškarci. One su manje aktivne i u manjem broju zaposlene i prisutne na tržištu rada. Kada su zaposlene, njihov radnopravni status je manje povoljan s obzirom da češće rade, naprimjer, u sektoru poljoprivrede u RS-u ili u socijalnim službama na svim nivoima uprave, to jeste, u sektorima koje prate nepovoljnije mogućnosti zapošljavanja i niži dohodak. Osim toga, žene su disproporcionalno uključene u neplaćeni rad u domaćinstvu i staranje o članovima porodice (o djeci i starijim osobama). Žene su izložene raznim oblicima nasilja od strane partnera i drugim oblicima nasilja, čime se podriva njihovo blagostanje i zbog čega se nalaze u manje moćnom položaju u raznim sferama javnog i privatnog života. Nepovoljna situacija u kojoj se one nalaze utječe na trendove stanovništva koji su opisani u gornjem tekstu u pogledu niskog fertiliteta, odlaganja sklapanja braka i rađanja.

Regionalni dispariteti su dodatni vid nejednakosti koji sprečava održivi razvoj u BiH…

Znatna prostorna i demografska polarizacija i nejednaka distribucija stanovništva (posebno uzrokovana internim migracijama iz ruralnih i urbana područja) onemogućavaju usklađen regionalni razvoj i funkcionalnu prostornu održivost. Teško je pratiti migracije ljudi iz ruralnih u urbana područja zbog nedostatka statističkih podataka o ruralnim područjima. Evidentni su tokovi migranata (spori, ali postojani) koji se kreću iz ruralnih područja i manjih gradova ka glavnom gradu i većim urbanim centrima. Ti tokovi su dio procesa modernizacije, ali su i posljedica regionalnih nejednakosti, a istovremeno doprinose daljnjem produbljivanju regionalnih nejednakosti. Iako većina stanovništva još uvijek živi u ruralnim

sredinama, egzistencijalne mogućnosti i jednakost života u ruralnim područjima su gore nego u gradovima koji magnetski privlače stanovništvo, nudeći im veće mogućnosti.

Složena slika migracija u BiH ukazuje na činjenicu da upravljanje raznim vrstama migracija i migracijskim tokovima ne ide u prilog procesima razvoja.

Bosna i Hercegovina je poznata po emigraciji. Masovni emigracijski tokovi hiljadu devetsto devedesetih godina su prerasli u postojane tokove ekonomskih migranata ka razvijenim zemljama u potrazi za boljim mogućnostima zapošljavanja i obrazovanja. Loše perspektive zapošljavanja, nizak životni standard i politička nestabilnost su glavni potisni faktori savremenih valova emigracije, dok sa druge strane prethodno uspostavljene mreže migranata (dijaspora) olakšavaju migraciju u zemlje odredišta. Emigracija kvalificiranih ljudi vrlo malo doprinosi razvoju zemlje sa obzirom da se doznake iz inostranstva uglavnom koriste za potrošnju, a ne za ulaganje u socioekonomski razvoj. Postoji malo dokaza o socijalnim doznakama i koristi od emigracije u smislu razmjene vještina i ideja ili unapređenja demokratskih praksi.

Neregularne migracije su u porastu, pri čemu je BiH tranzitna zemlja za hiljade izbjeglica i ekonomskih migranata na putu u Zapadnu Evropu. Zbog zatvaranja sjeverne granice balkanske rute iz Egejske regije u EU, migranti koriste alternativnije rute kroz BiH. Broj tražitelja azila je u porastu, ali samo mali broj migranta, ustvari, želi ostati u zemlji te koristi postupak po zahtjevu za azil samo za legalizaciju svog statusa, dok istovremeno traga za načinima nastavka putovanja do država članica EU.

Preporuke

Sva zapažanja vezana za dugoročne trendove stanovništva u Bosni i Hercegovini trebaju biti jasan znak upozorenja kreatorima politika u BiH da je neophodno neodložno djelovanje i provođenje odlučnijih mjera. Trenutno, BiH nema jedinstvenu opću populacijsku niti migracijsku politiku koja bi se direktno odnosila na pitanje demografskog razvoja:

• Izraditi jedinstvenu populacijsku politiku koja će biti zasnovana na jasnoj i realnoj viziji načina na koji će se postići struktura stanovništva koja će biti povoljna za razvoj zemlje. Ona treba biti politika svih politika i biti jasno povezana sa drugim relevantnim politikama, kao što su strategija općeg razvoja, strategije regionalnog razvoja, politike upravljanja migracijama, politika zapošljavanja, politika obrazovanja i zdravstvena politika, politike o starenju, itd.
• Izraditi sveobuhvatnu politiku upravljanja migracijama koja će biti usko povezana sa populacijskom politikom i politikom razvoja. U slučaju kontinuirane visoke emigracije i niskog fertiliteta, otvorenija imigraciona politika će biti jedini alternativan način ograničavanja pada stanovništva i obezbjeđenja potrebnog ljudskog kapitala za razvoj.
• Podržati razna anketna i naučna istraživanja preferencija u pogledu veličine porodice, rodnih normi, vrijednosti, uključujući i one koje se odnose na brak, rađanje, planiranje porodice, zdravlje, roditeljstvo, društvenu inkluziju starijih osoba, itd. To bi bila osnova za izradu gore spomenutih politika.
• Uvesti u formalno obrazovanje podučavanje o zdravim stilovima života u cilju sprečavanja rizičnih oblika ponašanja, omogućavanja uspostavljanja rane dijagnoze (kroz programe skrininga) i liječenja bolesti i zaustavljanja širenja nezaraznih bolesti.
• Raditi sa dijasporom kako bi se zainteresirala za BiH i da bi se iskoristili njeni kapaciteti (finansijski i ljudski) za razvoj zemlje.

• Unaprijediti statistiku stanovništva u cilju njenog usklađivanja sa standardima, klasifikacijama i metodologijama EU. Potrebno je povećati kvalitetu i unaprijediti uporedivost podataka potrebnih za međunarodno standardizirane pokazatelje u svim statističkim oblastima, uključujući i statistiku stanovništva. Također osnažiti kapacitete Agencije za statistiku BiH i entitetskih zavoda za statistiku za prikupljanje i analizu statističkih podataka u svrhu izrade politika na osnovu dokaza. Od ključne važnosti je unapređenje podataka o stanovništvu, migracijama, obrazovanju, zdravstvenoj zaštiti, nejednakostima, siromaštvu, društvenoj inkluziji, socijalnoj zaštiti i rodnoj ravnopravnosti.

1. Uvod

Prvu analizu stanja stanovništva za Bosnu i Hercegovinu je krajem 2018. godine naručio Ured UNFPA u BiH kako bi stekao sveobuhvatnu sliku glavnih karakteristika stanovništva, njegovih trendova, potencijala i izazova, koja će biti utemeljena na dokazima i koja će poslužiti kao osnova za izradu relevantnih politika i planiranje programa. Studiju je izradila grupa za razvojnu inicijativu SeConS, koja je angažirala multidisciplinarni stručni tim koji je obuhvatio, među ostalima, demografe, sociologe, doktore medicine, stručnjake u oblasti javnog zdravstva, ginekologe i stručnjake u oblasti upravljanja podacima. Podršku stručnom timu je pružao Ralph Hakkert, međunarodni stručnjak za razvoj stanovništva, sa posebnim naglaskom na metodologiju analize stanja stanovništva. S obzirom da je proces prikupljanja podataka i analize trajao duže nego što se očekivalo, izvještaj je ažuriran novim podacima u martu 2020. godine.

1.1 Svrha i djelokrug analize

Opća svrha analize stanja stanovništva je:

a) Podržati izradu politika zasnovanih na dokazima od strane relevantnih aktera u zemlji (uključujući institucije vlasti, nevladine organizacije i međunarodnu zajednicu) i
b) Uspostaviti ključni resurs u procesu izrade Okvira Ujedinjenih nacija za saradnju u održivom razvoju za ciklus 2021-2025 kako bi se bolje uskladila podrška koju sistem Ujedinjenih nacija pruža zemlji, s obzirom na to da će on pružiti kontekstualne i situacione dokaze koji su potrebni u procesu planiranja programa na osnovu dokaza.

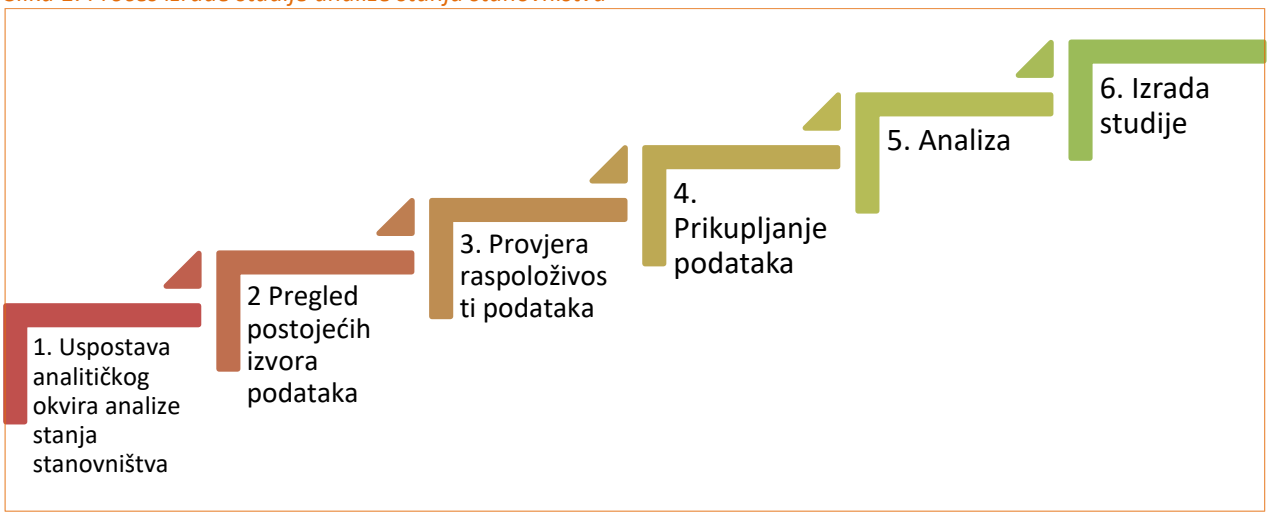
Djelokrug analize je definiran u smislu tematskog, geografskog i vremenskog djelokruga. Tematski djelokrug je definiran prema metodologiji analize stanja stanovništva (koja je opisana u narednom dijelu). Analiza je provedena na državnom nivou BiH, kao i na nivou administrativnih jedinica: Federacije Bosne i Hercegovine (FBiH), Republike Srpske (RS) i Brčko distrikta (BD). Vremenski djelokrug nije jedinstven, s obzirom da neki trendovi stanovništva zahtijevaju uvid u veoma duge periode (to jeste, promjene u veličini populacije, prirodnom priraštaju stanovništva, fertilitetu, mortalitetu, natalitetu, očekivanoj dužini života, itd.), dok drugi zahtijevaju fokus na kratkoročne trendove i sadašnju situaciju (to jeste, na zaposlenost, siromaštvo, nejednakost, broj upisane djece i mladih u obrazovne ustanove na svim nivoima obrazovanja, pristup uslugama zdravstvene zaštite, itd.).

1.2 Analitički okvir i metodologija

Analiza je provedena u skladu sa pristupom i metodologijom izrade analize stanja stanovništva, koju je definirao Ured za stanovništvo i razvoj Tehničkog odsjeka UNFPA. Ovo je fleksibilan i metodološki okvir za provođenje analize stanovništva i opis tranzicija, dugoročnih i novih trendova u zemlji.[1] Proces izrade studije analize stanja stanovništva za Bosnu i Hercegovinu je obuhvatio nekoliko ključnih faza koje su opisane na slici u nižem tekstu.

[1] *UNFPA, Population Situation Analysis. A Conceptual and Methodological Guide,* https://www.unfpa.org/publications/population-situation-analysis

Slika 1: Proces izrade studije analize stanja stanovništva



Proces je obuhvatio izradu analitičkog okvira analize stanja stanovništva sa pokazateljima, identificiranje izvora podataka, pregled relevantnih studija, izvještaja, politika, provjeru raspoloživosti podataka institucija koje su glavni izvori podataka za tematske oblasti pokrivene analizom, prikupljanje podataka iz zvaničnih statističkih i drugih izvora, kao što su administrativni, određena istraživanja, izvještaji i studije, te nakon toga analizu i izradu studije.

Glavni izvori podataka su bili zvanični statistički podaci koje su statističke institucije objavile ili dostavile na zahtjev. Do 1991. godine je Zavod za statistiku Bosne i Hercegovine bio dio jedinstvenog statističkog sistema bivše Jugoslavije. Od 1996. godine je Agencija za statistiku BiH glavni imalac, diseminator i koordinator sistema zvaničnih statistika Bosne i Hercegovine. Statistički sistem BiH čine: na državnom nivou, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine (Podružnica/Ekspozitura Brčko je u sastavu Agencije za statistiku BiH), Federalni zavod za statistiku Federacije BiH i Republički zavod za statistiku Republike Srpske (Agencija, 2012). U skladu sa organizacijom statističkih institucija, podatke za FBiH i RS prikupljaju entitetski zavodi za statistiku, dok za državni nivo i Brčko distrikt podatke prikuplja Agencija za statistiku BiH.

Analitički okvir analize stanja stanovništva je obuhvatio sljedeće ključne aspekte: u poglavlju (2) analizu situacije u širem socioekonomskom, političkom i kulturološkom kontekstu; u poglavlju (3) dinamiku stanovništva; u poglavlju (4) seksualno i reproduktivno zdravlje; u poglavlju (5) mortalitet; u poglavlju (6) morbiditet; u poglavlju (7) situaciju i trendove u pogledu HIV-a/AIDS-a i spolno prenosivih infekcija; u poglavlju (8) fertilitet; u poglavlju (9) promjene u obrascima braka i porodice; u poglavlju (10) socijalne nejednakosti koje se manifestiraju kao međugeneracijske i rodne nejednakosti i stanje glavnih kategorija stanovništva, kao što su mladi, starija populacija i položaj žena u postojećim rodnim nejednakostima i u poglavlju (11) migracije i njihovu povezanost sa razvojem. Sadržaj studije prati ovaj analitički okviri i organiziran je kroz poglavlja o ključnim tematskim oblastima. Osim toga, jedno poglavlje, dvanaesto, fokusirano je na procjenu kvalitete podataka, dok je završno poglavlje, trinaesto, posvećeno sintetičkoj analizi izazova i mogućnosti povezanih sa stanovništvom koje je potrebno uzeti u obzir prilikom planiranja politika i programa.

1.3 Metodološka ograničenja

U izradi studije analize stanja stanovništva su postojali mnogi metodološki izazovi i ograničenja koja je potrebno uzeti u obzir prilikom čitanja njegovog sadržaja i korištenja njegovih zapažanja. Podaci za državni i entitetski nivo, kao i za nivo distrikta ili nedostaju ili su nekonzistentni, posebno kada se radi o podacima iz popisa stanovništva, s obzirom da su Federacija BiH, Brčko distrikt i državni nivo BiH usvojili jednu metodologiju obrade podataka, dok je Republika Srpska usvojila drugačiju metodologiju, što je dovelo do objave različitih rezultata popisa stanovništva. Iako su podaci koji su korišteni u analizi uglavnom preuzeti iz izvještaja o zvaničnim rezultatima popisa stanovništva koji je objavljen na državnom nivou i koji je usvojila Međunarodna promatračka misija (IMO), za analizu su bili potrebni i drugi izvori informacija. Generalno, primarni izvor podataka za BiH je bila Agencija za statistiku BiH, kao i međunarodne baze podataka i izvještaji. Kada Agencija za statistiku BiH nije imala podatke za entitetski nivo, korišteni su podaci entitetskih zavoda za statistiku i zavoda za javno zdravstvo. Na kraju, kada nije bilo zvaničnih statističkih podataka za određene trendove stanovništva i zdravlja, korišteni su podaci iz drugih anketa i naučnih istraživanja.

Identificirane su praznine u historijskim podacima, posebno onim koji se odnose na ratni i poslijeratni period. Također postoji i nedostatak nekih konkretnih podataka koji se odnose na određena tematska područja i koji su bili potrebni za konkretne pokazatelje, kao što su migracija iz ruralnih u urbana područja, podaci o normama i vrijednostima, međunarodno uporediva stopa siromaštva, itd. Ova ograničenja je rješavao stručni tim primjenom raznih strategija. Nedostatak podataka za određene pokazatelje je rješavan redefiniranjem pokazatelja ili uvođenjem zamjenskih pokazatelja kako se ne bi ispustio dio slike, u skladu sa analitičkim okvirom. Podaci o emigraciji su jedan primjer toga. Umjesto podataka o ukupnoj emigraciji stanovništva iz BiH, korišteni su zamjenski pokazatelji kako bi se procijenila veličina emigracije iz BiH u nekoliko država članica EU i u druge razvijene zemlje, pri čemu su korišteni podaci iz baza podataka njihovih državnih institucija za statistiku. Mali broj pokazatelja za koje podaci nisu bili dostupni izostavljeni su iz analitičkog okvira, ali time nisu stvorene veće praznine u tematskom obuhvatu.

Što se tiče podataka samo za određeni dio BiH, donesena je odluka da se u analizu uključe pokazatelji za koje su podaci dostupni barem za oba entiteta (FBiH i RS), čak i ako podaci nisu dostupni (i ne mogu se preračunati) za Brčko distrikt i državni nivo.

Na kraju, što se tiče nedostajućih podataka za određene godine ili podataka koji nikada nisu zvanično potvrđeni (kao što je broj žrtava rata), analiza trendova je prilagođena raspoloživim podacima ili su, kao alternativa, korištene međunarodne procjene.

Kvaliteta podataka i ograničenja usljed nedostajućih podataka su detaljnije predstavljeni u poglavlju 12 ove studije.

2. Socioekonomska i politička situacija u BiH

Veze između karakteristika stanovništva i socioekonomskog razvoja su vrlo složene i pod utjecajem su raznih socioekonomskih, institucionalnih i političkih faktora. Stanovništvo je uz još neke druge faktore glavni kapital za razvoj društva. Brojnost, dobna struktura, zdravstveno stanje, stručna osposobljenost i obrazovanost, norme i vrijednosti ljudi su među ključnim pokretačima razvoja. Zdravo stanovništvo koje je sposobno razviti svoj potencijal do vještina koje su potrebne za unapređenje ekonomije i društva i koje je motivirano da aktivno učestvuje u ekonomiji, politici, socijalnim uslugama, predstavlja kapital koji pokreće razvoj. Ali, da bi imalo takvo stanovništvo, društvo treba osigurati dobru zdravstvenu zaštitu, zapošljavanje i pristojan rad, kvalitetno obrazovanje, socijalnu zaštitu, osnovnu sigurnost ljudi, jednakost muškaraca i žena i jednakost među generacijama i regijama, kao i druge atribute koji stvaraju ljudske identitete i utječu na njihove životne šanse.

Stanje stanovništva je, stoga, puno više od njegovih demografskih karakteristika. Ono obuhvata interakciju između demografskog, ekonomskog, socijalnog i kulturološkog stanja u zemlji. Stoga, da bi se shvatile glavne karakteristike stanovništva i njegova dinamika i potencijal za razvoj, neophodno je shvatiti socioekonomski i kulturološki kontekst u kojem su oblikovane karakteristike i trendovi stanovništva. Kako bi se pružio takav uvid, u ovom poglavlju su predstavljene glavne osobine političkog, ekonomskog, socijalnog i kulturološkog konteksta u BiH.

2.1 Politički i institucionalni kontekst

2.1.1 Ustavni i politički sistem

BiH je administrativno vrlo složena država sa jedinstvenom arhitekturom nadležnosti i ovlaštenja. Ustavni i politički sistem Bosne i Hercegovine je uspostavljen krajem 1995. godine, kada je potpisan *Dejtonski mirovni sporazum* kojim je okončan četverogodišnji rat. Dejtonski mirovni sporazum je rezultirao teritorijalnom podjelom zemlje na dvije administrativne jedinice koje se nazivaju entitetima. Federacija Bosne i Hercegovine je veći entitet. Prostire se na oko 51% teritorije BiH sa pretežno bošnjačkim i hrvatskim stanovništvom. Osim toga, Federacija BiH se sastoji od deset administrativnih jedinica koje se nazivaju kantonima.[2] Drugi entitet je Republika Srpska koja se prostire na 49% teritorije, sa pretežno srpskim stanovništvom. Treća administrativna jedinica je Brčko distrikt Bosne i Hercegovine, pod direktnim suverenitetom Vijeća ministara Bosne i Hercegovine.[3]

Prema Dejtonskom mirovnom sporazumu, entitetske vlasti imaju široke nadležnosti, dok institucije BiH imaju ograničene nadležnosti, uglavnom u oblasti vanjskih poslova, vanjske trgovine i carinske politike, monetarne politike, imigracije i azila, primjene krivičnih zakona, komunikacija i transporta. U desetljećima nakon rata su neke entitetske nadležnosti prenijete na državne institucije Bosne i Hercegovine. Među njima su odbrana i sigurnost (što se ogleda u uspostavi Oružanih snaga Bosne i Hercegovine, Obavještajno-sigurnosne agencije BiH i Državne agencije za istrage i zaštitu), pravosuđe (što se ogleda u uspostavi

[2] *Unsko-sanski kanton sa sjedištem u Bihaću, Posavski kanton sa sjedištem u Orašju, Tuzlanski kanton sa sjedištem u Tuzli, Zeničko-dobojski kanton sa sjedištem u Zenici, Bosansko-podrinjski kanton sa sjedištem u Goraždu, Srednjobosanski kanton sa sjedištem u Travniku, Hercegovačko-neretvanski kanton sa sjedištem u Mostaru, Zapadnohercegovački kanton sa sjedištem u Širokom Brijegu, Kanton Sarajevo sa sjedištem u Sarajevu i Kanton 10 sa sjedištem u Livnu.*

[3] https://peacemaker.un.org/sites/peacemaker.un.org/files/BA_951121_DaytonAgreement.pdf

Visokog sudskog i tužilačkog vijeća Bosne i Hercegovine), uspostava jedinstvenog sistema indirektnih poreza na državnom nivou, itd.

Politički sistem uspostavljen prema Dejtonskom mirovnom sporazumu je zasnovan na konceptima jednakog učešća konstitutivnih naroda (Bošnjaka, Srba i Hrvata) u vlasti, teritorijalne autonomije entiteta, kantona i Brčko distrikta i uspostave mehanizama zaštite njihovih vitalnih interesa (uglavnom u vidu prava veta). Jednako učešće znači da svaki konstitutivni narod ima jednak broj članova parlamenta, zajedničkog predsjedništva, ministarstava, sudija i drugih zvaničnika. Teritorijalna autonomija je zasnovana na etničkom principu kojim se osigurava da svaki konstitutivni narod ima većinu i kontrolu nad određenim dijelovima teritorije. Na kraju, mehanizam ulaganja veta osigurava donošenje svih političkih odluka konsenzusom, uz saglasnost predstavnika svih konstitutivnih naroda.

Na nivou BiH, **zakonodavnu vlast** vrši Parlamentarna skupština Bosne i Hercegovine koja se sastoji od Zastupničkog doma i Doma naroda. Zastupnički dom Parlamentarne skupštine BiH ima 42 zastupnika od kojih se 28 bira na teritoriji Federacije Bosne i Hercegovine, a 14 na teritoriji Republike Srpske. Dom naroda se sastoji od 15 delegata od kojih je 10 iz FBiH (5 Bošnjaka i 5 Hrvata) i 5 (Srba) iz Republike Srpske. Hrvatske i bošnjačke delegate iz FBiH biraju u Dom naroda FBiH hrvatski odnosno bošnjački delegati, dok delegate iz Republike Srpske bira Narodna skupština Republike Srpske.

Najvažnije institucije **izvršne vlasti** na državnom nivou su Predsjedništvo BiH i Vijeće ministara BiH. Predsjedništvo Bosne i Hercegovine se sastoji od jednog bošnjačkog, jednog srpskog i jednog hrvatskog izabranog člana. Predsjedništvo je nadležno za vođenje vanjske politike, imenovanje ambasadora, zastupanje Bosne i Hercegovine u međunarodnim institucijama, izvršenje odluka Parlamentarne skupštine, itd. Vijeće ministara Bosne i Hercegovine je zaduženo za vanjsku politiku, sigurnost, finansije, pravdu, vanjsku trgovinu i ekonomske odnose sa stranim zemljama, komunikaciju i transport, ljudska prava i izbjeglice i civilne poslove. U poslijeratnom periodu je uloga Vijeća ministara BiH proširena, tako da je broj ministarstava povećan sa početna tri na devet.

Sudska vlast na državnom nivou se sastoji od Ustavnog suda Bosne i Hercegovine i Suda Bosne i Hercegovine (koji je osnovan 2002. godine odlukom Visokog predstavnika). Osim državljana Bosne i Hercegovine, u radu oba suda sudjeluju međunarodni članovi; što se tiče Ustavnog suda Bosne i Hercegovine, sudije imenuje predsjednik Evropskog suda za ljudska prava nakon konsultacija sa Predsjedništvom Bosne i Hercegovine, a u slučaju Suda Bosne i Hercegovine, sudije imenuje Visoko sudsko i tužilačko vijeće Bosne i Hercegovine. Vijeće se sastoji od 15 članova imenovanih iz reda sudija, tužilaca, advokata i od jednog međunarodnog člana.

Federacija Bosne i Hercegovine je visoko decentralizirani entitet koji se sastoji od **deset kantona.** Zakonodavnu vlast u FBiH vrši Parlament Federacije Bosne i Hercegovine koji se sastoji od Zastupničkog doma i Doma naroda, dok izvršnu vlast vrše predsjednik, potpredsjednici i Vlada Federacije Bosne i Hercegovine. **Vlada FBiH** je nadležna za utvrđivanje energetske politike, ekonomske politike, uređivanje trgovine, uključujući i finansije, suzbijanje terorizma i međukantonalnog kriminala. S kantonalnim vladama ima zajedničku nadležnost nad ljudskim pravima, zdravstvom, politikom zaštite okoliša, komunikacijskom infrastrukturom i socijalnom politikom (Ustav Federacije Bosne i Hercegovine, Član III. 3). Kantoni imaju svoje ustave, vlade i ministarstva. U oblastima u kojima su nadležnosti podijeljene, postoje kompleksni mehanizmi podjele vlasti između FBiH i kantona. Naprimjer, u oblasti zdravstvene zaštite, osim Federalnog

ministarstva zdravstva i Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine, postoje kantonalna ministarstva i zavodi.

Za razliku od Federacije Bosne i Hercegovine, **Republika Srpska** ima centraliziraniju strukturu. Zakonodavnu vlast vrše Narodna skupština Republike Srpske i Vijeće naroda. Izvršnu vlast vrše predsjednik i Vlada Republike Srpske. Kao i predsjednik Republike Srpske, predsjednik vlade ima dva zamjenika iz druga dva konstitutivna naroda. Vlada Republike Srpske je nadležna nad sljedećim sektorima koji su relevantni za analizu stanja stanovništva: ekonomija, unutarnji poslovi, pravda, lokalna samouprava, zdravstvena i socijalna zaštita i obrazovanje. Druge institucije, kao što je Institut za javno zdravstvo i Republički pedagoški zavod, sudjeluju u provođenju socijalne, zdravstvene i obrazovne politike.

Brčko distrikt Bosne i Hercegovine je uspostavljen odlukom Visokog predstavnika 2000. godine na cijeloj teritoriji prijeratne općine Brčko. Teritorija općine Brčko, današnjeg distrikta, je postala zajednička teritorija (takozvani kondominijum) koja istovremeno pripada oba entiteta. Prema članu 11. Konačne arbitražne odluke, entiteti nemaju nadležnost unutar granica distrikta kojim rukovodi Vijeće ministara BiH. Distrikt ima svoju zakonodavnu, izvršnu i sudsku vlast. Zakonodavnu vlast vrši Skupština distrikta. Poslanici se biraju na mandat od četiri godine i Skupština određuje opću politiku distrikta. Skupština ima ukupno 31 poslanika, od kojih su dva predstavnici nacionalnih manjina (član 23. Statuta). Izvršnu vlast vrše Vlada i javna uprava distrikta. Vladu čine gradonačelnik, njegov zamjenik, glavni koordinator vlade i šefovi odjeljenja. Gradonačelnika i njegovog zamjenika bira Skupština. Sudsku vlast vrše Osnovni i Apelacioni sud. Distrikt je nadležan u oblastima koje su relevantne za analizu stanja stanovništva, uključujući, između ostalog, i ekonomiju, finansije, obrazovanje, zdravstvo, socijalnu zaštitu, pravosuđe i policiju.

Ured visokog predstavnika (OHR) je uspostavljen Dejtonskim mirovnim sporazumom kao glavno međunarodno tijelo za provođenje civilnih aspekata Dejtonskog mirovnog sporazuma u Bosni i Hercegovini. Mandat Ureda visokog predstavnika je uređen Aneksom 10 Sporazuma. Visoki predstavnik je vrhovni autoritet za tumačenje civilnih aspekata Mirovnog sporazuma i koordinira aktivnosti civilnih organizacija i agencija koje djeluju u zemlji. Do 2002. godine je visokog predstavnika predlagao Odbor direktora Vijeća za implementaciju mira (PIC), a imenovalo Vijeće sigurnosti Ujedinjenih nacija. Danas tu funkciju obavlja EU i Visoki predstavnik je službeni izaslanik EU u Bosni i Hercegovini.

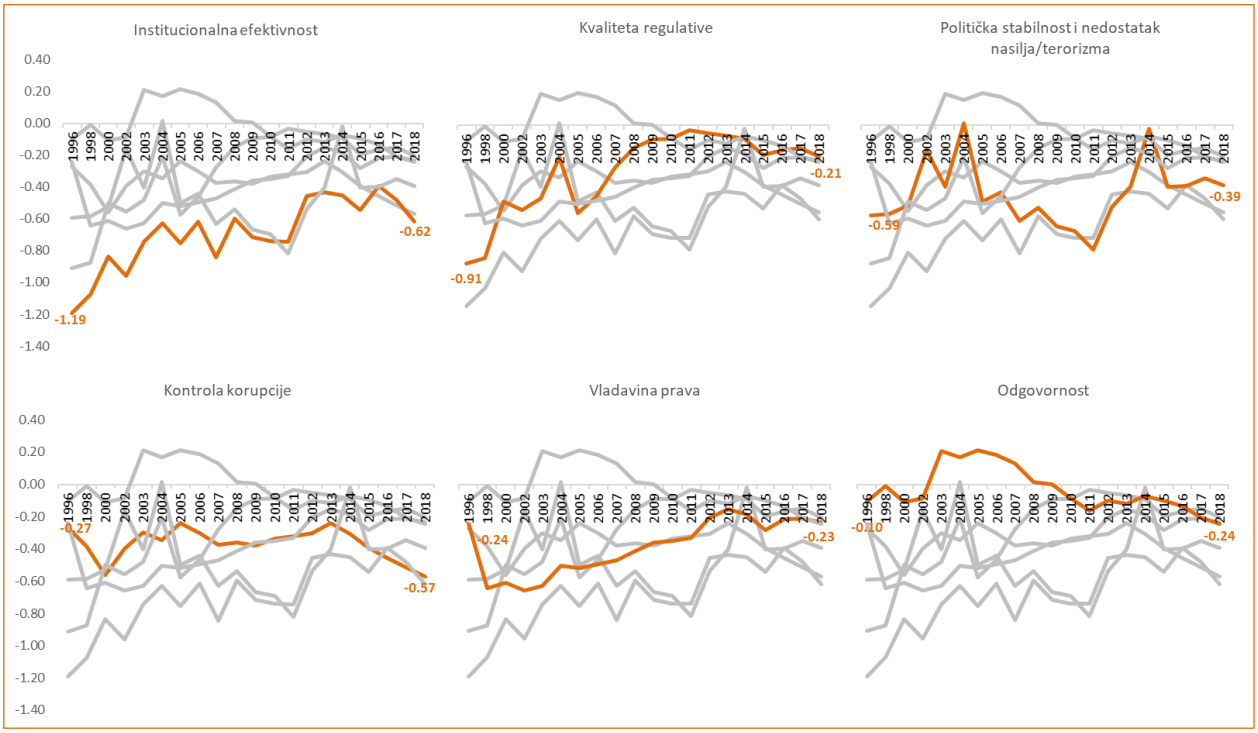
2.1.2 Demokratija i vladavina prava

Kompleksnost struktura vlasti na svim nivoima i dugoročni nesporazumi među etničkim /entitetskim elitama su rezultirali relativno sporim napretkom ka demokratskoj vladavini prava, posebno u suzbijanju korupcije. Pokazatelji uprave širom svijeta (WGI), koje objavljuje Svjetska banka, mjere kvalitetu uprave od 1996. godine za 200 zemalja u šest kategorija: građanske slobode i odgovornost, politička stabilnost i odsutnost nasilja i terorizma, djelotvornost vlade, kvaliteta zakonske regulative, vladavina prava i kontrola korupcije.[4] Kada se posmatra kroz WGI, Bosna i Hercegovina je od 1996. godine ostvarila određeni napredak u nekoliko oblasti. Najveći napredak je ostvaren u pogledu regulatorne kvalitete, s obzirom da je prosječna vrijednost indeksa povećana sa -0,91 na -0,21 (na skali od -2,5 do +2,5). Ovaj rast bi se trebao pripisati provođenju Reformske agende za pristupanje EU. Međutim, u tom procesu su primijećeni nedostaci koji se, prije svega, odnose na odsustvo mehanizma koordinacije politika na državnom nivou i

[4] Mjerenje je bazirano na stajalištima velikog broja preduzeća, građana i stručnjaka, to jeste, preko 30 individualnih izvora podataka koje proizvode razni zavodi koji provode istraživanja, stručno-analitičke organizacije, nevladine organizacije i firme iz privatnog sektora.

na nivou Federacije Bosne i Hercegovine. Također je došlo do napretka i u pogledu djelotvornosti vlasti, a vrijednost indeksa je povećana sa -1,19 na -0,62.

Slika 2: WGI za Bosnu i Hercegovinu, 1996-2018.



Izvor: World Governence Indicators, https://databank.worldbank.org/source/worldwide-governance-indicators, Ažurirano 11.07.2019.

Sa druge strane, ograničeni napredak po određenim pokazateljima je posljedica kompleksnosti struktura uprave, uprkos nizu ustavnih i institucionalnih reformi čiji je cilj bio riješiti ovo pitanje. Ta kompleksnost je evidentna na dva nivoa: podjela vlasti između entiteta i relativno nizak nivo političkih nadležnosti na državnom nivou; i složena upravna struktura FBiH u kojoj svaki kanton ima niz institucija koje vrše zakonodavnu i izvršnu vlast po pitanjima iz zajedničke nadležnosti kantona i FBiH. Po nekim kategorijama WGI nije postignut nikakav napredak, a također je došlo i do određenog pogoršanja prethodno postignutih rezultata, posebno u pogledu pokazatelja koji se odnose na građanske slobode i odgovornost, vladavinu prava, kontrolu korupcije i političku stabilnost. Nepostojanje jasnog razgraničenja nadležnosti institucija je u velikoj mjeri doprinijelo takvom stanju.

Kontrola korupcije predstavlja jedno od centralnih političkih i društvenih pitanja koja oblikuju javnu scenu u Bosni i Hercegovini. U prvim godinama nakon rata je postignut skroman napredak u ovoj oblasti, a nakon toga je Bosna i Hercegovina kontinuirano loše ocjenjivana, uprkos činjenici da je kasnije usvojen Zakon o zaštiti lica koja prijavljuju korupciju u Republici Srpskoj, da su izmijenjeni zakoni o finansiranju političkih stranaka, kao i razne strategije (na entitetskom i kantonalnom nivou), dok je Agencija za prevenciju korupcije i koordinaciju borbe protiv korupcije formirana ranije (2009).

Indeks percepcije korupcije koji objavljuje Transparency International pokazuje da Bosna i Hercegovina nije uspjela postići vidljiviji napredak u nekoliko proteklih godina na uspostavi transparentnih i odgovornih

vlasti. Osim toga, od 2012. godine Bosna i Hercegovina čak bilježi niži rezultat i pad na rang listi zemalja. S tim u vezi, ona spada u kategoriju najgore ocijenjenih zemalja u tranziciji (tabela 2.1).

Tabela 1: Indeks percepcije korupcije koji objavljuje Transparency International i mjesto zemalja na rang listi

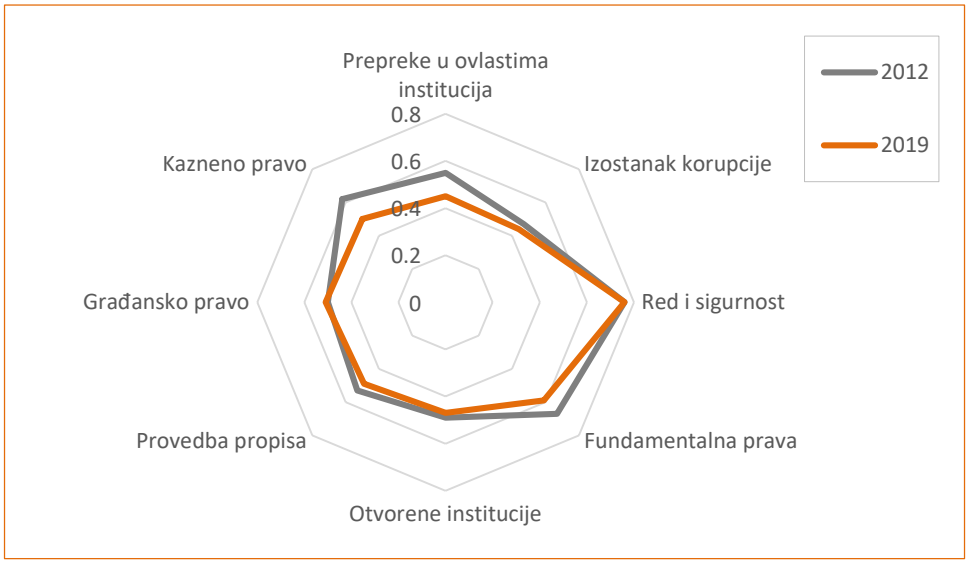
Godina	Indeks	Rang	Broj obuhvaćenih zemalja
2019.	36	101	180
2018.	38	89	180
2017.	38	91	180
2016.	39	83	176
2015.	38	76	167
2014.	39	80	174
2013.	42	72	176
2012.	42	72	174

Izvor: Transparency international, https://www.transparency.org/cpi2019?/news/feature/cpi-2019, podacima pristupljeno 18.02.2020.

Druge međunarodne mjere, kao što su one koje primjenjuje Projekat za unapređenje vladavine prava u svijetu u mjerenju indeksa vladavine prava[5] potvrđuju da je u nekoliko proteklih godina došlo do slabljenja institucija demokratske vladavine prava. Do najvećeg pada je došlo u indeksima koji mjere ograničenja ovlaštenja vlasti, temeljnih prava i krivične pravde. U svega nekoliko indeksa se Bosna i Hercegovina nalazi u gornjoj polovini ukupno 126 zemalja obuhvaćenih tom studijom: temeljna prava (53. mjesto na rang listi zemalja) i krivična pravda (50. mjesto). Procjene iz Izvještaja o indeksu vladavine prava ukazuju na nekoliko oblasti javnog i političkog života koje su posebno problematične. Bosna i Hercegovina ima najniži rezultat u kategoriji odsutnosti korupcije u zakonodavnim tijelima (0,19) i organima izvršne vlasti (0,38). Kao što se očekuje, vrlo nizak rezultat se odnosi i na sankcije za nesavjesno postupanje u službi (0,35), nerazumno odugovlačenje sudskih postupaka (0,33), utjecaj vlasti na krivične postupke (0,36), itd.

[5] *Indeks se računa na osnovu stručnih intervjua vođenih sa uglednim pravnicima i podataka iz anketa provedenih u domaćinstvima. Rezultati se kreću od najnižeg, 0, do najvišeg, 1, koji istovremeno označava najbolji postignuti rezultat u datoj dimenziji.*

Slika 3: Pokazatelji iz Izvještaja o indeksu vladavine prava Projekta unapređenja vladavine prava u svijetu



Izvor: WJP 2019: https://worldjusticeproject.org/sites/default/files/documents/ROLI-2019-Reduced.pdf,: strana 49, WJP, 2012: https://worldjusticeproject.org/sites/default/files/documents/WJP_Index_Report_2012.pdf strana 68.

Freedom House je ocijenio zemlju kao „djelomično slobodnu". Ova ocjena je bazirana na činjenici da odluka Evropskog suda za ljudska prava u predmetu Sejdić i Finci nije provedena, kao i na ograničenim postignućima u borbi protiv korupcije i nepostojanju neovisnog pravosuđa.[6] Osim toga, Freedom House procjenjuje da je korupcija rasprostranjena i sistemska, dok je slabo provodi zakon za borbu protiv korupcije. Kada se otvore istrage u predmetima korupcije, one se rijetko kad završe osuđujućom presudom. Na kraju, iako je pravosuđe zvanično neovisno, u praksi je to vrlo slab sektor. Freedom House procjenjuje da postojanje četiri sistema pravosuđa – na državnom nivou i na nivou Republike Srpske, Federacije Bosne i Hercegovine i Brčko distrikta kao jedinstvene administrativne jedinice lokalne samouprave – doprinosi sveukupnoj neefikasnosti pravosuđa.

Nakon 2000. godine EU je usvojila Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju kao zajednički politički i pravni okvir za integraciju zemalja i teritorija Zapadnog Balkana. Bosna i Hercegovina zaostaje u ovom procesu, a Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju (SSP) je potpisan 2008. godine. U periodu između 2008. i 2015. godine je na snazi bio Privremeni sporazum. Nakon što su se institucije i vodstvo Bosne i Hercegovine u pisanoj formi obavezali da će provesti reforme, SSP je stupio na snagu sredinom 2015. godine. Međutim, Bosna i Hercegovina je još uvijek za EU „potencijalna zemlja kandidat".

Uprkos nešto sporijem napretku u procesu evropskih integracija, Bosna i Hercegovina je u potpunosti integrirana u međunarodni pravni poredak. Potpisnica je nekoliko relevantnih međunarodnih konvencija i predana je njihovom potpunom provođenju. Lista međunarodnih konvencija o temeljnim pravima i datuma njihove ratifikacije se nalazi u tabeli 2.2.

[6] https://freedomhouse.org/report/freedom-world/2018/bosnia-and-herzegovina

Tabela 2: Međunarodne konvencije koje je BiH ratificirala i godina ratifikacije

Konvencije	Godina
Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima (1976)	1993.
Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (1976)	1993.
Međunarodna konvencija o eliminaciji svih oblika rasne diskriminacije (1969)	1993.
Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije žena (1981)	1993.
Konvencija o pravima djeteta (1990)	1993.
Fakultativni protokol uz Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima	1995.
Fakultativni protokol	2002.
Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom (2008)	2010.
Konvencija Vijeća Evrope o sprečavanju i borbi protiv nasilja nad ženama i nasilja u porodici (2011)	2013.

2.2 Ekonomski kontekst

Bosna i Hercegovina je prema klasifikaciji Svjetske banke[7] zemlja gornjeg srednjeg dohotka i zauzima mjesto u toj grupi skupa sa drugim zemljama regije Zapadnog Balkana (Srbija, Crna Gora, Sjeverna Makedonija i Albanija).[8] Njenu ekonomiju obilježava relativno stabilan ekonomski rast nakon oporavka od ekonomske krize 2008. godine, niska zaduženost i relativno stabilno makroekonomsko okruženje, ali i nizak nivo zaposlenosti, niska produktivnost, slab potencijal za inovacije i ne baš povoljno poslovno okruženje.

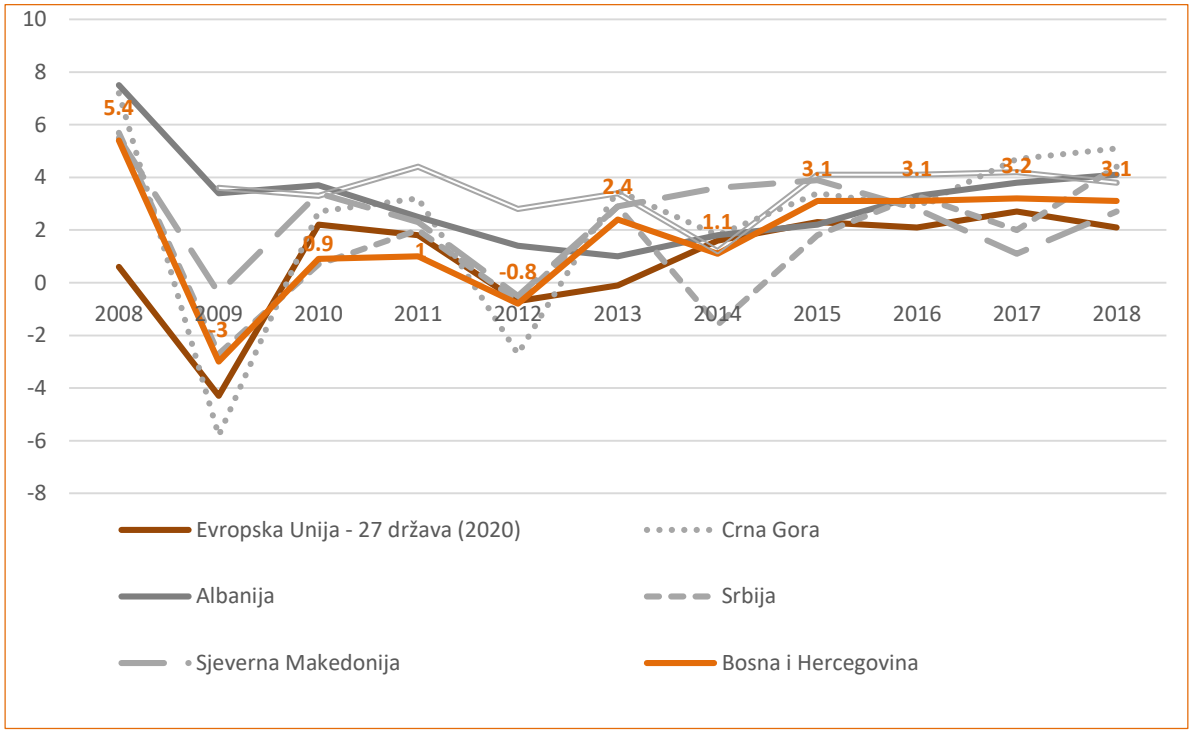
2.2.1 Ekonomski rast i makroekonomska stabilnost

Ekonomski rast u Bosni i Hercegovini je od 2013. godine pozitivan i stabilan. Stopa rasta BDP-a je iznosila 3,2% u 2018. godini i bila je slična stopi u drugim zemljama Zapadnog Balkana (Svjetska banka, 2018: 2). Postignut je stabilan rast nakon recesije i nestabilnosti izazvane svjetskom ekonomskom krizom koja je u najvećoj mjeri pogodila ekonomiju, obilježenu nezavršenim ekonomskim reformama. Stopa rasta je još uvijek ispod nivoa iz 2008. godine, prije nego što su nastupili efekti ekonomske krize, ali je snažnija i stabilnija u poređenju sa ekonomijom u godinama poslije krize, obilježenom niskim stopama rasta BDP-a i novim valom recesije u 2012. godini (slika 4).

[7] Prema novoj klasifikaciji za period 2018-2019. zemlje gornjeg srednjeg dohotka su zemlje čiji je bruto nacionalni prihod po glavni stanovnika iznosio između 3.896 i 12.055 američkih dolara po tekućem kursu u tom periodu. https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019

[8] Svjetska banka, podacima pristupljeno 25.03.2019. na https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups

Slika 4: Stopa rasta BDP-a 2008-2018.



Izvor: Baza podataka EUROSTAT-a, podacima pristupljeno 18. februara 2020.
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table?lang=en

Uprkos višoj stopi rasta, nivo BDP-a u BiH je još uvijek daleko iza prosjeka EU. Rezultati Evropskog programa za poređenje cijena i BDP-a pokazuju da je BDP BiH po stanovniku prema standardu kupovne moći u 2018. godini iznosio 31% prosjeka EU 28, dok je stvarna individualna potrošnja po stanovniku prema standardu kupovne moći za istu godinu iznosila 41% prosjeka EU 28.[9] Inflacija mjerena indeksom potrošačkih cijena u toku 2018. godine je iznosila 1,3%.[10]

Javni dug BiH je iznosio 32,9% BDP-a u 2018. godini[11] i smatra se umjerenim u međunarodnom smislu. Međutim, povećan je nakon 2008. godine kada je iznosio 28,2% BDP-a.[12] Iako se javni dug smatra održivim u srednjoročnom periodu, zbog trendova realnog rasta od preko 3%, inflacije od 1,3% i efektivne kamatne stope od 2,5%, postoje rizici koji su povezani sa dugom, a koji proističu iz njegovih drugih karakteristika, kao što su udio duga nerezidentnih aktera i duga u stranim valutama. Naime, u 2017. godini je visok udio duga (71,3%) bio u rukama nerezidentnih aktera, što je iznad preporučenog praga od 60%. Udio duga u stranim valutama (71,3%) ne prelazi prag od 80%, ali još uvijek nosi visok rizik koji može podrivati održivost javnog duga.[13]

[9] *Agencija za statistiku BiH, BHAS, http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Saopstenja/2019/NAC_05_2018_Y1_0_HR.pdf*
[10] *Ibid.*
[11] *Ibid.*
[12] *Ministarstvo finansija i trezora BiH, 2018. http://mft.gov.ba/bos/images/stories/javni_dug/informacije/2018/Analiza%20odrzivosti%20duga%20BiH%202018%20-%202022%20god.%20Bos.pdf*
[13] *Učešće duga u stranim valutama u ukupnom javnom dugu koji se kreće između 20% i 60% se smatra umjerenim rizikom, dok se učešće od preko 60% smatra visokim rizikom.*

Rizici koji bi mogli podrivati ekonomski rast obuhvataju eksterne i interne faktore. Prema procjeni Svjetske banke, moguće pooštravanje finansijskih uvjeta na međunarodnim tržištima kapitala bi moglo predstavljati negativan rizik, posebno u slučaju eksternih i fiskalnih disbalansa. Uz domaća suverena tržišta obveznica, koja su često nedovoljno razvijena, kao što je slučaj u BiH, kao i u drugim zemljama Zapadnog Balkana, postoje rizici od izloženosti porastu globalnih kamatnih stopa (Svjetska banka, 2018: 2). Potencijalna fluktuacija u ekonomskoj aktivnosti u Eurozoni bi također mogla utjecati na ekonomiju BiH i drugih zemalja regije kroz smanjenje potražnje za proizvodima koji se uvoze iz drugih zemalja, kroz smanjenje direktnih stranih ulaganja, kao i kroz smanjenje doznaka iz inostranstva (Centar za politiku i upravu, 2018b: 8). Interni rizici su povezani sa povećanjem neformalnog sektora zbog visokih troškova oporezivanja rada, ograničenog pristupa finansijskim tržištima i političke nestabilnosti, koji utječu na brzinu strukturnih reformi (Centar za politiku i upravu, 2018b: 8, Svjetska banka, 2018a: 2).

Ekonomski rast u BiH u periodu 2017-2018. je bio stimuliran uglavnom većim javnim ulaganjima i potrošnjom. Zbog povećanja plata i zaposlenosti, potrošnja je poticala ekonomsku aktivnost (Svjetska banka, 2018: 5). BDP po glavni stanovnika u američkim dolarima (tekuće cijene) se nije značajno promijenio, povećao se sa 4.851 u 2010. na 5.265 u 2014. godini, a zatim ponovo pao na 4.817 u 2016. godini. Podaci za entitetski nivo pokazuju da udio BDP-a entiteta i Brčko distrikta u ukupnom BDP-u ostaje manje-više nepromijenjen. U 2018. godini je Agencija za statistiku izvijestila da učešće BDP-a FBiH u BDP-u BiH iznosi 65,7%, učešće BDP-a RS-a 31,9% i učešće BDP-a Brčko distrikta 2,34%.

U Bosni i Hercegovini izvoz brzo raste, kao i u drugim zemljama regije (Sjeverna Makedonija i Srbija). Međutim, sve veća potrošnja i veliki infrastrukturni projekti u zemlji su povećali uvoz. Stopa povećanja izvoza je iznosila 17,4% u 2017. godini, dok je uvoz povećan za 12,2% (Centralna banka BiH, 2017: 42). Ukupna vrijednost izvoza je iznosila 1,64 milijarde KM više nego u 2016. godini, a povećanje je potaknuto uglavnom ekonomskim oporavkom i povećanjem potražnje u EU i državama članicama sporazuma CEFTA. Među najvažnijom robom koja se izvozi su željezo, čelik i aluminij. Učešće izvoza robe i usluga u BDP-u je iznosilo 35,32% u 2016. godini (Agencija za statistiku BiH, 2016a). U 2017. godini je trgovinski bilans bio povoljniji u RS-u nego u FBiH, pri čemu je pokrivenost uvoza izvozom bio na nivou od 71% u RS-u, u poređenju sa 58.3% u FBiH (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017b, Republički zavod za statistiku RS, 2017b).

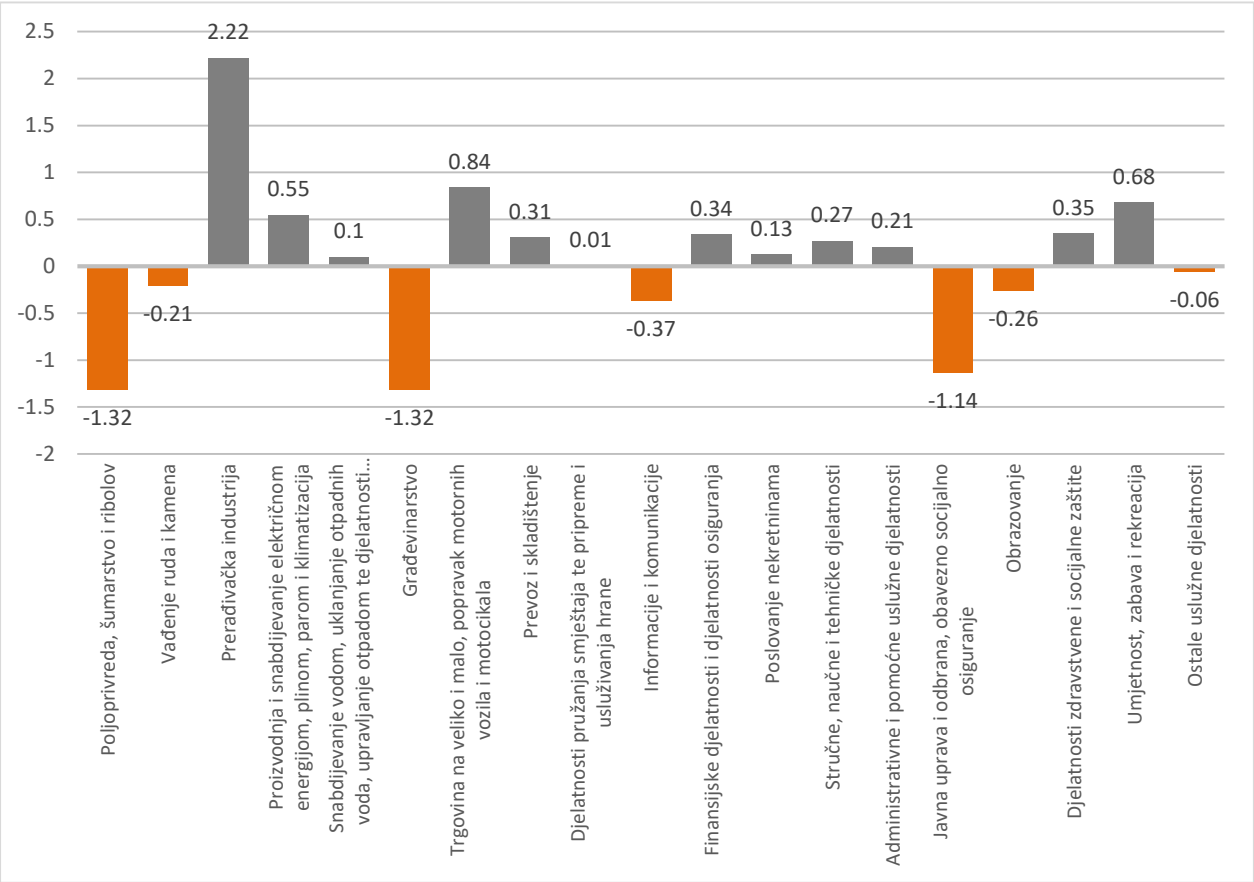
Prema procjeni Svjetske banke, održivi viši izvoz će doprinijeti održavanju makroekonomske stabilnosti, rastu i smanjenju siromaštva. Šanse za povećanjem izvoza se pronalaze u faktorima povezanim sa regionalnom saradnjom i integracijom. Logika ovog argumenta je da izvoz iz zemalja Zapadnog Balkana najvećim dijelom nije uzajamno konkurentan i one bi mogle imati korist od regionalne integracije u lance vrijednosti Evropske unije (Svjetska banka, 2018:2).

2.2.2 Struktura ekonomije i produktivnost rada

Struktura ekonomije se može posmatrati iz perspektive učešća raznih sektora u ukupnom BDP-u, kao i kroz strukturu zaposlenosti po industriji. Prema oba pokazatelja, ekonomija BiH je pretežno uslužna ekonomija, ali još uvijek uz znatno učešće prerade. Longitudinalni trendovi (2008-2018) ukazuju na činjenicu da bez obzira na određene fluktuacije (od kojih su neke posljedica ekonomske krize koja je pogodila BiH 2009. godine), sektori koji povećavaju svoje učešće u BDP-u su sektor prerade, trgovine, transporta i skladištenja, finansijskih usluga i osiguranja, profesionalnih, naučnih i tehnoloških djelatnosti, administrativnih usluga i

usluga podrške, zdravstvenih usluga i usluga socijalnog rada, kao i umjetnost, usluge zabave i rekreacije. Pad učešća u BDP-u je evidentiran u poljoprivredi, šumarstvu i ribolovu, građevinarstvu, eksploataciji ruda i kamena, građevinarstvu, informacijama i komunikacijama, javnoj upravi, odbrani i obaveznom socijalnom osiguranju i obrazovanju (dijagram 5).

Slika 5: Promjene u učešću u BDP-u 2018. u odnosu na 2008. godinu, u %



Izvor: http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2020/NAC_00_2018_Y1_0_BS.pdf

Iako struktura ekonomije na entitetskom nivou prati slične obrasce, postoje razlike između FBiH i RS. Učešće poljoprivrede u bruto dodatnoj vrijednosti je veće u RS-u nego u FBiH, kao i snabdijevanje električnom energijom, plinom i klimatizacija, građevinarstvo, javna uprava, odbrana i obavezno socijalno osiguranje, dok u FBiH prerađivačka industrija, trgovina, finansijske usluge, osiguranje i poslovanje nekretninama imaju veće učešće u dodatnoj vrijednosti.

Razlike su vidljive kada se struktura ekonomije posmatra iz ugla zaposlenosti. Struktura zaposlenosti u RS-u je još uvijek značajno bazirana na poljoprivredi, dok prerađivački sektor zapošljava tek nešto više radne snage, a uslužni sektor još uvijek nije prešao prag od 50% zaposlenosti da bi se nazvao „uslužnom ekonomijom“. Sa druge strane, ekonomija FBiH i Brčko distrikta je uslužna i zapošljava preko polovine zaposlene radne snage u uslužnim sektorima i više je orijentirana na prerađivačku industriju, dok ima nižu zaposlenost u poljoprivredi (tabela 2.4).

Tabela 3: Struktura zaposlenosti prema sektoru ekonomije, 2019, u %

Industrijska grana	BiH	FBiH	RS	BD
Poljoprivreda, šumarstvo, ribarstvo	18,0	8,9	29,8	((7,2))
Prerađivačka industrija	31,7	35,5	27,1	(25,3)
Usluge	50,3	55,6	43,1	67,5
Ukupno	100	100	100	100

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2019, http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2019/LAB_00_2019_Y1_0_BS.pdf , str. 39-40.
Napomena: Zagrade su stavljene radi nivoa tačnosti podataka.

Kontinuirani značaj sektora poljoprivrede, posebno u RS-u, se pripisuje činjenici da je BiH u cijelosti, posebno određene regije, još uvijek pretežno ruralna, što zahtijeva poseban pristup ekonomskom razvoju kojim se priznaje značaj ruralnog razvoja. Prema definiciji ruralnih područja OECD-a, BiH je četvrta najruralnija zemlja u Evropi (iza Crne Gore, Finske i Irske), gdje 61% stanovništva živi u ruralnim područjima (UNDP, 2013:33). Razlike između urbanih i ruralnih područja i karakteristike i izazovi ruralnog razvoja, opisani su u poglavlju 11.

Produktivnost rada, koja je jedan od bitnih pokretača ekonomskog razvoja, još uvijek je niska u BiH. Komparativna analiza produktivnosti rada sa EU u 2015. godini pokazuje da je produktivnost rada u BiH na nivou od tek 31% od prosjeka EU[14] (Federalni zavod za planiranje razvoja, 2016.). U periodu 2011-2015. produktivnost rada je donekle povećana, sa 37.792 KM na 39.586 KM po zaposlenoj osobi. Produktivnost rada u FBiH je u 2011. godini iznosila 38.403 KM i povećana je na 40.767 KM po zaposlenoj osobi u 2015. godini. Produktivnost rada u RS-u je iznosila 36.333 KM u 2011. i povećana je na 36.688 KM po zaposlenoj osobi u 2015. godini. Postoje znatne razlike u produktivnosti između ekonomskih sektora u oba entiteta. U FBiH je najveća produktivnost rada zabilježena u poslovanju nekretninama sa 573.000 KM po zaposlenoj osobi, nakon čega slijedi poljoprivreda sa 94.000 KM i snabdijevanje vodom i električnom energijom sa 76.000 KM po zaposlenoj osobi. Sa druge strane, među industrijama sa najnižom produktivnošću rada je prerada sa svega 25.000 KM po zaposlenoj osobi (Ibid: 8). Situacija je slična u Republici Srpskoj. Najniža produktivnost je zabilježena u prerađivačkoj industriji (15.719 KM po zaposlenoj osobi), što je 6-7 puta manje nego u prerađivačkom sektoru u EU. Istovremeno, najviša produktivnost je zabilježena u sektoru informacija i komunikacija (94.082 KM po zaposlenoj osobi), sektoru snabdijevanja vodom i električnom energijom (50.871 KM) (Duduković, Martić, M, 2015).

Ključni faktori koji doprinose niskoj produktivnosti su nedostatak tehnoloških inovacija, nizak ili neadekvatan ljudski kapital i neproduktivna organizacija rada. Prema istim procjenama, proizvođačka oprema u BiH je u prosjeku stara oko 25 godina, dok je u EU prosječna starost opreme 9,67 godina (Duduković, Martić, 2015). Ulaganja u istraživanje i razvoj su na niskom nivou, dok su ljudski resursi nerazvijeni ili nedovoljno iskorišteni. Prema indeksu ljudskog kapitala, dijete koje je danas rođeno u BiH će ostvariti svega 62% svog produktivnog potencijala kada odraste, u poređenju sa djecom rođenom u zemljama sa najboljim obrazovanjem i zdravstvenom zaštitom (Svjetska banka, indeks ljudskog kapitala za BiH[15]).

[14] *Produktivnost rada je mjerena kao BDP po zaposlenoj osobi.*
[15] *https://databank.worldbank.org/data/download/hci/HCI_2pager_BIH.pdf*

2.2.3 Tržište rada

Odgovor tržišta rada na rast je bio sporiji od očekivanog, čime je odražavao privremeni karakter rasta vođenog potrošnjom i porast neaktivnosti radno sposobnog stanovništva (Svjetska banka, 2018: 2). Podaci o stanju tržišta rada u BiH ukazuju na nepovoljne trendove. Stopa aktivnosti[16] je smanjena u periodu 2016-2019. u FBiH i Brčko distriktu. U istom periodu je stopa aktivnosti u RS-u donekle povećana (tabela 2.5). U BiH je stopa zaposlenosti[17] malo povećana, uglavnom zbog povećanja stope u RS-u. Stopa nezaposlenosti[18] je smanjena na svim nivoima, uglavnom zbog smanjenja radno sposobne populacije (tabela 2.5). Podaci razvrstani po rodu i dobi su prikazani u poglavlju 10.

Tabela 4: Osnovni pokazatelji tržišta rada za BiH i entitete/distrikt, 2016-2019, u %

Pokazatelji	BiH				FBiH				RS				BD			
	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.
Stopa aktivnosti	43,1	42,6	42,1	42,1	41,0	40,2	39.,5	39,1	47,2	47,2	46,7	47,8	40,6	38,5	39,3	30,1
Stopa zaposlenosti	32,2	33,9	34,3	35,5	30,5	32,2	31.,9	31,9	35,5	37,3	38,7	42,2	27,2	28,1	31,5	22,9
Stopa nezaposlenosti	25,4	20,5	18,4	15,7	25,6	20,0	19,2	18,4	24,8	21,0	17,2	11,7	33,1	26,9	19,8	(24,1)
Stopa neaktivnosti	56,9	57,4	57,9	57,9	59,0	59,8	60,5	60,9	52,8	52,8	53,3	52,2	59,4	61,5	60,7	69,9

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2019.
http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2019/LAB_00_2019_Y1_0_BS.pdf

Uprkos određenim poboljšanjima, učešće žena u radnoj snazi je i dalje nisko. Visoka neaktivnost radno sposobnog stanovništva znači da je veliki broj faktora proizvodnje i izvora još uvijek neiskorišten, čime se usporava ekonomski rast (više o rodnim nejednakostima u poglavlju 10.3). Pozicija mladih na tržištu rada je posebno nepovoljna sa stopom nezaposlenosti od 33,8% (više o populaciji mladih u poglavlju 10.1) (Agencija za statistiku BiH, 2019: 29).

Ovisnost o radno sposobnom stanovništvu u BiH[19], kao i na cijelom Zapadnom Balkanu, je izuzetno visoka (2,9 u BiH u 2018. i 2,2 na cijelom Zapadnom Balkanu u 2017.) (Agencija za statistiku BiH 2018b i Svjetska banka 2018a). To znači da u prosjeku, zaposlena odrasla osoba izdržava više od dvije radno sposobne osobe koje o njoj ovise. Visoka stopa ovisnosti stavlja veći teret na radnike i vlasti da izdržavaju nezaposlene. Time se pogoršavaju postojeći destimulansi za rad i s obzirom na starenje stanovništva, to podrazumijeva smanjenje radne snage (Svjetska banka, 2018a: 10).

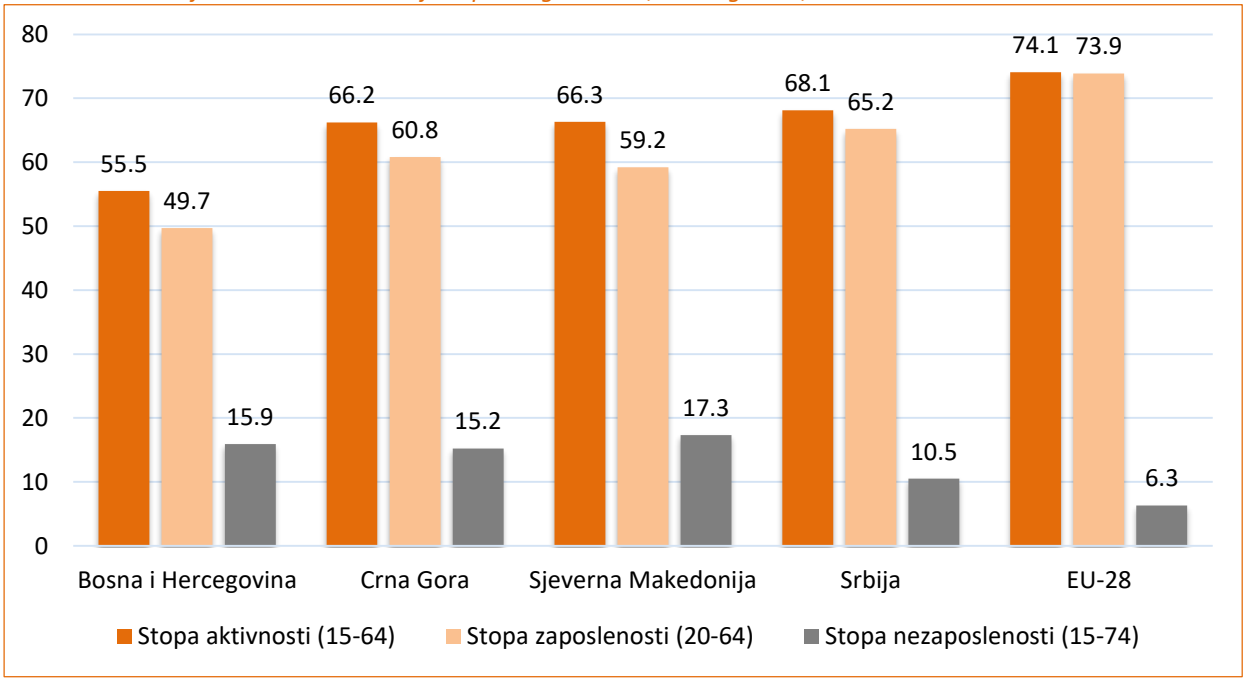
U BiH je među zaposlenim osobama u 2019. godini bilo 21,9% osoba koje ostvaruju dohodak od samostalne djelatnosti (15,7% u FBiH, 29,6% u RS-u i 24,4% u BD). Zaposlenost na pola radnog vremena je bila relativno niska u 2019. godini, pri čemu je 8,7% zaposlenih osoba radilo kraće od punog radnog

[16] Stopa aktivnosti mjeri učešće osoba koje su već zaposlene ili traže posao (zaposleni + nezaposleni) u ukupnoj radno sposobnoj populaciji (15-64).
[17] Stopa zaposlenosti predstavlja učešće zaposlenih osoba koje rade u toku referentne sedmice najmanje jedan sat za platu ili besplatno, bez obzira na zvaničan status ili osoba koje nisu radile, ali su imale posao na koji se mogu vratiti (Agencija za statistiku BiH, 2018b: 14).
[18] Stopa nezaposlenosti je učešće osoba koje nisu radile u toku referentnog perioda, koje su četiri sedmice aktivno tražile posao ili su pronašle posao i trebale su početi raditi u bliskoj budućnosti i koje mogu početi raditi u periodu od dvije sedmice nakon referentne sedmice ako im se ponudi posao (Agencija za statistiku BiH, 2018b: 14).
[19] Omjer zaposlenih osoba u dobi 15-64 i ukupnog radno sposobnog stanovništva u dobi 15-64.

vremena (8,4% u FBiH, 9,0% u RS-u i 9,4% u BD). Iako učešće dugoročne zaposlenosti opada, ona još uvijek predstavlja veliki problem koji utječe na vještine, kontakte i samopouzdanje nezaposlenih osoba. Što je duži status nezaposlenosti, manje su šanse ponovnog zapošljavanja. Posebno zabrinjava činjenica da je 76% nezaposlenih osoba u 2019. godini u BiH bilo nezaposleno 12 mjeseci ili duže (definicija dugoročne nezaposlenosti EU) (Agencija za statistiku BiH, 2019).

Pokazatelji tržišta rada otkrivaju daleko goru situaciju u BiH nego u drugim zemljama Zapadnog Balkana. Aktivnost i stope nezaposlenosti su mnogo niže nego u Crnoj Gori, Sjevernoj Makedoniji i Srbiji, dok je stopa nezaposlenosti viša nego u Srbiji i Crnoj Gori, ali niža nego u Sjevernoj Makedoniji.

Slika 6: Pokazatelji tržišta rada za zemlje Zapadnog Balkana, 2019. godina, i EU-28



Izvor: Eurostat za: EU 28, Srbiju, Sjevernu Makedoniju i Crnu Goru, za Agenciju za statistiku BiH
Stopa zaposlenosti - % radno sposobnog stanovništva (aktivo+neaktivno stanovništvo)
Stopa nezaposlenosti - % aktivnog stanovništva

2.2.4 Poslovno okruženje, investicije i konkurentnost

Poslovno okruženje u BiH, sa stajališta povoljnih uvjeta za poslovni razvoj, investicije i ekonomsku konkurentnost, nije zadovoljavajuće. Pokazatelji ove situacije se nalaze u izvještajima međunarodnih organizacija koje primjenjuju razne globalne indekse kojima mjere nekoliko aspekata uvjeta poslovanja. Prema indeksu globalne konkurentnosti[20] za period 2017-2018. (Svjetski ekonomski forum, 2019), BiH se nalazi na 92. mjestu (među 141 zemljom), što je manje povoljan rang u poređenju sa periodom 2013-2014,

[20] *Indeks globalne konkurentnosti je složena mjera konkurentnosti određene ekonomije. Sastoji se od tri podindeksa, a svaki se opet sastoji od skupa stubova konkurentnosti sa individualnim indeksima. Osnovni podindeks obuhvata 4 stuba: institucije, infrastrukturu, makroekonomsko okruženje, zdravstvo i osnovno obrazovanje; podindeks pojačivača efikasnosti obuhvata 6 stubova: visoko obrazovanje i stručna obuka, efikasnost tržišta robe, efikasnost tržišta rada, razvoj finansijskog tržišta, tehnološka spremnost i veličina tržišta; podindeks faktora inovacije i sofisticiranosti obuhvata 2 stuba: poslovna sofisticiranost i inovacije (Svjetski ekonomski forum, 2017: 12).*

kada se nalazila na 87. mjestu (među 148 zemalja), ali poboljšanje u poređenju sa periodom 2016-2017, kada se nalazila na 107. mjestu (među 138 zemalja). Među najnepovoljnijim aspektima su: neefikasna vlast, korupcija, porezne stope, nestabilnost politika, nestabilnost vlasti, pristup finansijskim sredstvima, porezni propisi, ograničeni zakonski propisi o radu, kriminal i krađa i loša radna etika domaće radne snage.

Prema indeksu ekonomskih sloboda[21], BiH se nalazi na 83. mjestu (među 180 zemalja) i u kategoriji umjereno slobodnih zemalja. Prema posljednjoj procjeni, rezultat BiH je povećan za 0,5 bodova, uglavnom zahvaljujući unapređenju u radnim slobodama i potrošnji vlade koje je nadmašilo pad rezultata u pogledu djelotvornosti pravosuđa i trgovinske slobode. BiH se nalazi na 37. mjestu među 44 evropske zemlje i njen ukupni rezultat je ispod regionalnog prosjeka, ali nešto iznad svjetskog prosjeka. Ukupno poduzetničko okruženje je i dalje među najopterećenijima u regiji i kao takvo, ono onemogućava razvoj dinamičnog privatnog sektora. Prema procjeni američke istraživačko-obrazovne institucije Heritage Foundation, visoko decentralizirana vlast onemogućava koordinaciju politika i reforme, dok prekomjerna birokratija, slaba vladavina prava i segmentacija tržišta obeshrabruju strane investicije. Percepcije javnosti o korupciji u vlasti i zloupotrebi novca poreznih obveznika motiviraju mnoge da ostanu u velikoj neformalnoj ekonomiji.[22]

Slika 7: Indeks ekonomskih sloboda za Bosnu i Hercegovinu

Izvor: Heritage Foundation https://www.heritage.org/index/country/bosniaherzegovina, podaci preuzeti 18. 02. 2020. Indeks 2019.

[21] *Ekonomske slobode mjeri Heritage Foundation na osnovu 12 kvantitativnih i kvalitativnih faktora grupiranih u četiri šire kategorije ili stuba: vladavina prava (imovinska prava, integritet vlasti, djelotvornost pravosuđa), veličina vlade (potrošnja vlade, porezno opterećenje, fiskalno zdravlje), regulatorna efikasnost i otvorena tržišta (poslovne slobode, sloboda rada, monetarna sloboda) (https://www.heritage.org/index/about)*

[22] *Ibid.*

Prema indeksu Svjetske banke o lakoći poslovanja[23], BiH se nalazila na 90. mjestu (među 190 zemalja) 2019 godine[24]. To je unapređenje u odnosu na 2015. godinu kada se BiH nalazila na 107. mjestu (među 189 zemalja), što je postignuto uglavnom zahvaljujući unapređenju propisa o međunarodnoj trgovini.

U takvom kontekstu, u BiH direktne strane investicije polako rastu na 2,2% BDP-a (Svjetska banka, 2018a: 24), dok su doznake iz inostranstva trenutno na nivou od 11% BDP-a. U apsolutnom smislu, doznake iz inostranstva su pale sa 2,718 miliona USD u 2008. na 2,194 miliona USD u 2017. godini (Svjetska banka, Podaci o migracijama i doznakama iz inostranstva za 2019. godinu[25]).

U poređenju sa drugim zemljama regije Zapadnog Balkana, ekonomsko okruženje BiH je manje povoljno za investicije, razvoj preduzeća te stoga i za mogućnosti poboljšanja životnog standarda stanovništva. Konkurentnost BiH je puno niža nego u drugim zemljama, uz znatno drugačije rangiranje. BiH ima najniži rang i prema indeksu lakoće poslovanja, dok samo prema indeksu ekonomskih sloboda nije najniže rangirana i zauzima više mjesto nego Hrvatska i Crna Gora (tabela 2.6).

Tabela 5: Rangiranje zemalja Zapadnog Balkana prema raznim globalnim indeksima koji mjere ekonomsko okruženje za konkurentnost, ekonomske slobode i poslovno okruženje, 2019.

Zemlje	Rang		
	Globalna konkurentnost (među 141 zemljom)	Ekonomske slobode (među 180 zemalja)	Lakoća poslovanja (među 190 zemalja)
Albanija	81	52	82
BiH	92	83	90
Hrvatska	63	86	51
Crna Gora	73	92	50
Sjeverna Makedonija	82	33	10
Srbija	72	69	44

Izvor: Svjetski ekonomski forum 2019, Heritage Foundation, Svjetska banka, 2019.
http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf
https://www.doingbusiness.org/en/rankings
https://www.heritage.org/index/country/bosniaherzegovina

Struktura direktnih stranih ulaganja nije izrazito povoljna u BiH, kao ni u drugim zemljama Zapadnog Balkana. Koncentracija direktnih stranih ulaganja u poslovanju nekretninama i ekstrakciji energenata ima ograničavajući učinak na rast produktivnosti, tehnološke inovacije i otvaranje radnih mjesta u formalnoj ekonomiji (Svjetska banka, 2018: 7).

Prema procjeni Svjetske banke, ključni ekonomski izazov u BiH je disbalans njenog ekonomskog modela koji obilježavaju javne politike i poticaji koji naginju javnom više nego privatnom sektoru, potrošnji više nego ulaganjima i uvozu više nego izvozu.[26] U Procjeni Programa ekonomskih reformi Bosne i Hercegovine za 2018-2020. Evropska komisija je zaključila da BiH treba ubrzati strukturne reforme kako bi povećala perspektive rasta. Naglašeno je da zemlja pati od „rasta ispod potencijala“ koji kao takav odgađa brzo

[23] *Ovaj indeks obuhvata 10 skupova pokazatelja koji se odnose na sljedeće aspekte: otvaranje preduzeća, građevinske dozvole, pristup snabdijevanju električnom energijom, uknjižba imovine, mogućnost podizanja kredita, zaštita malih investitora, plaćanje poreza, prekogranična trgovina, provođenje ugovora i rješavanje nesolventnosti (Svjetska banka, 2018b).*
[24] *https://www.doingbusiness.org/en/rankings*
[25] *https://www.worldbank.org/en/topic/migrationremittancesdiasporaissues/brief/migration-remittances-data*
[26] *http://www.worldbank.org/en/country/bosniaandherzegovina/overview*

smanjenje neprihvatljivo visoke nezaposlenosti. Česti politički zastoji onemogućavaju napredak, uz odavno zakašnjele strukturne reforme. Fiskalna politika je naglašena kao jedan od ključnih izazova koja se nedovoljno usmjerava ka unapređenju kvalitete javne potrošnje kroz fokus na područja jačanja rasta, kao što su javna ulaganja i obrazovanje. Komisija je zaključila da je javna potrošnja i dalje u velikoj mjeri pristrana prema potrošnji i preraspodjeli, dok su srednjoročne potrebe u obrazovanju i infrastrukturi zanemarene. Što se tiče konkurentnosti, naglašeno je da je onemogućena odsustvom jedinstvenog ekonomskog prostora sa jedinstvenim pristupom politici razvoja poduzetništva (Evropska komisija, 2018.).

2.3 Socio-kulturni kontekst

Razvoj BiH se ne bi smio svesti samo na ekonomsku dimenziju. Ekonomska situacija je i determinanta koja utječe na demografske trendove i potencijal za širi održiv i inkluzivan razvoj, onoliko koliko je oblikuju karakteristike stanovništva i demografski trendovi kroz ljudski potencijal. Sadašnja i buduća raspoloživost radne snage, ljudskog kapitala raspoloživog ne samo za rad i postizanje ekonomskih rezultata, nego i za istraživanje i inovacije, samo su jedna strana takvog odnosa između ekonomskog razvoja i stanovništva. Druga strana obuhvata širok spektar društvenih i kulturnih faktora, uključujući i blagostanje, norme i vrijednosti koje određuju šta je poželjan ekonomski i socijalni poredak, koji su potrebni oblici socijalne zaštite, koje se koristi za stanovništvo mogu očekivati od ekonomskog razvoja i kako će se one raspodijeliti među raznim kategorijama u skladu sa preferiranim konceptom socijalne pravde.

2.3.1 Humani razvoj i sreća

Bosna i Hercegovina je zemlja sa visokim humanim razvojem i nalazila se na 75. mjestu (među 189 zemalja) u 2018. godini, sa vrijednošću indeksa humanog razvoja od 0,769. U periodu od 2000. do 2018. godine je vrijednost indeksa humanog razvoja za BiH povećana za 14,4 posto, sa 0,672. U istom periodu je povećana i očekivana dužina života pri rođenju za 2,9 godina, srednji broj godina školovanja je povećan za 2,7 godina i očekivani broj godina školovanja je povećan za 2,2 godine. U istom periodu je povećan i bruto nacionalni dohodak po glavi stanovnika za 70,6 posto.

Tabela 6: Trendovi u indeksu humanog razvoja za Bosnu i Hercegovinu

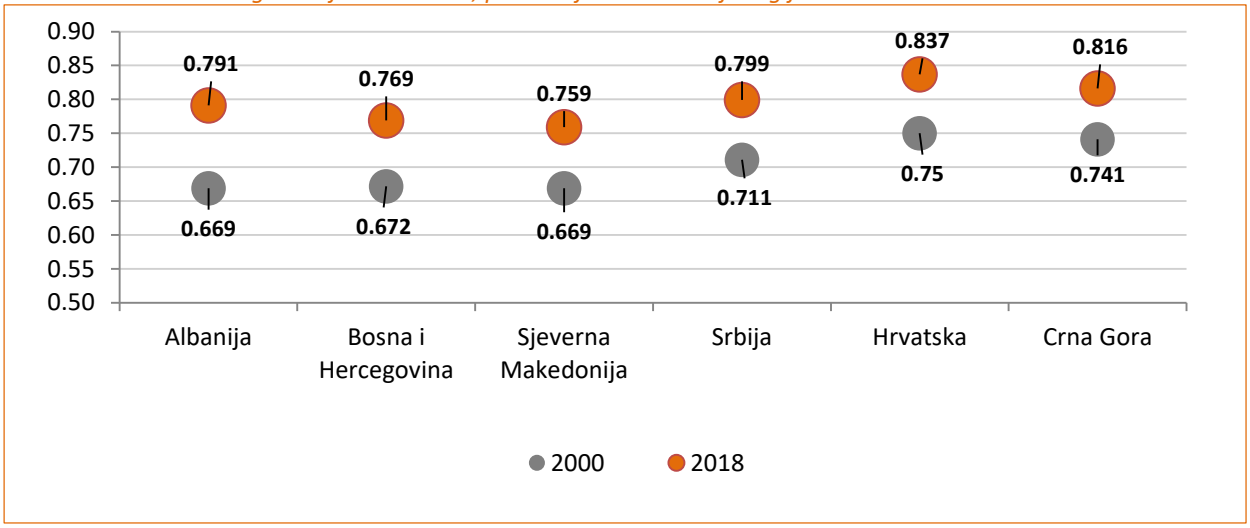
Godina	Očekivana dužina života pri rođenju	Očekivane godine školovanja	Srednji broj godina školovanja	Bruto nacionalni dohodak po glavi stanovnika (2011 prema paritetu kupovne moći u USD)	Vrijednost indeksa humanog razvoja
2000.	74,4	11,6	7,0	7.440	0,672
2005.	75,2	12,7	7,4	8.648	0,700
2010.	75,9	13,4	7,1	9.679	0,713
2015.	76,7	14,2	9,0	11.004	0,755
2016.	76,9	14,2	9,7	11.353	0,766
2017.	77,1	14,2	9,7	11.716	0,768
2018.	77,3	13,8	9,7	12.690	0,769

Izvor: UNDP Briefing note for countries on the 2018 Statistical Update: Bosnia and Herzegovina, str. 2.

Kada se uzme u obzir nejednakost u BiH, mjerena indeksom humanog razvoja prilagođenim nejednakosti, vrijednost indeksa iznosi 0,658, što predstavlja gubitak od 16,9 posto zbog nejednakosti u raspodjeli indeksa dimenzija u okviru indeksa humanog razvoja.

Longitudinalni trend pokazuje da su BiH, Albanija i Sjeverna Makedonija imale najsličniji nivo humanog razvoja u 2000. godini, ali se zatim indeks humanog razvoja za Albaniju povećao i postao sličniji indeksu za Srbiju (0,791 u odnosu na 0,799), dok je BiH ostala najbliža Sjevernoj Makedoniji, nešto iznad njene vrijednosti indeksa humanog razvoja (0,769 u odnosu na 0,759).

Slika 8: Indeks humanog razvoja 2000-2018, poređenje BiH i zemalja regije



**Prva procjena za Crnu Goru je urađena 2003. godine.*

Relativno nov pristup praćenju razvoja i efekata javnih politika stavlja fokus na subjektivno blagostanje, mjereno indeksom sreće u svijetu.[27] Subjektivno blagostanje ljudi je samo djelomično povezano sa dohotkom. Međunarodni podaci pokazuju da se prosječan nivo sreće ili zadovoljstva povećava sa prosječnim dohotkom u zemlji, ali samo do 20,000 USD po glavi stanovnika. Kada se dohodak poveća do tog nivoa, on više nije glavni faktor koji utječe na osjećaj zadovoljstva. Umjesto fokusa na prihod, pristupom subjektivnog osjećaja blagostanja je naglašena uloga drugih faktora, kao što su porodični odnosi, finansijska situacija, rad, zajednica i prijatelji, zdravlje, lična sloboda i vrijednosti.[28] Prema Izvještaju o sreći u svijetu,[29] BiH se nalazi na 78. mjestu među 156 zemalja, sa vrijednošću indeksa od 5,386.[30] Vrijednost indeksa sreće je porasla u poređenju sa periodom 2005-2008. za 0,487, ali se BiH nalazi među najniže rangiranim zemljama regije, iza Srbije (na 70. mjestu), Crne Gore (na 73. mjestu), ali iznad Sjeverne Makedonije (na 84. mjestu) i Albanije (na 107. mjestu).

[27] *Prvi Izvještaj o sreći u svijetu je objavljen 2012. godine na sastanku UN-a na visokom nivou na temu: "Blagostanje i sreća: Definiranje nove ekonomske paradigme"..*

[28] *Todaro, Smith, 2012: 19.*

[29] *https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf*

[30] *Rangiranje zemalja je bazirano na prosječnim odgovorima na pitanje vezano za ocjenu života na ljestvici Cantril u istraživanju Gallupa u svijetu.*

2.3.2 Ekonomske nejednakosti i siromaštvo

Prosječna zarada u BiH je u 2018. godini iznosila 879 KM (oko 490 USD). (Agencija za statistiku BiH, 2018f). Najnoviji mjesečni podaci o nominalnoj neto zaradi ukazuju na konstantan rast do februara 2020. godine kada je ona iznosila 941 KM. U smislu realne vrijednosti, neto zarada je porasla za 1,9% u 2018. godini, što je manje nego u Srbiji ili Sjevernoj Makedoniji (4,4%). (DEP, Ekonomski trendovi (2018): 17). Međutim, ekonomske nejednakosti su izražene u BiH, prosuđujući prema Ginijevom koeficijentu čija je vrijednost iznosila 32,7 u 2017. godini. [31]P To je više nego u Srbiji (28,5) i Albaniji (29,0), slično Crnoj Gori (31,9) i niže nego u Sjevernoj Makedoniji (35,6) (UNDP; podaci o humanom razvoju[32]P). Siromaštvo u BiH se prati kroz anketu o potrošnji domaćinstava, a ne kroz statistiku dohotka i životnih uvjeta[33] koja je uobičajena u EU i zemljama kandidatima iz regije. Stope siromaštva se računaju prema nacionalnoj metodologiji te stoga podaci nisu uporedivi sa podacima drugih zemalja Zapadnog Balkana i EU.

Prema posljednjoj Anketi o potrošnji domaćinstava provedenoj 2015. godine, stopa siromaštva[34] je iznosila 16.9%. U poređenju sa 2011. godinom, stopa siromaštva je opala za jedan postotni bod. To znači da preko 500.000 stanovnika ili 170.000 domaćinstava živi ispod linije relativnog siromaštva. Siromaštvo je bilo veće među starijom populacijom (65+) i djecom (uzrasta 0-14 godina), s obzirom da su njihove stope siromaštva iznosile 19,6% odnosno 18,7%. Stope siromaštva su bile više za domaćinstva sa nezaposlenim nosiocem domaćinstva. Stope siromaštva su bile više i za ruralna područja (20,5%) nego za urbana (11,3%) (Direkcija za ekonomsko planiranje, 2018a).

Tabela 7: Stope siromaštva prema zaposlenosti i statusu aktivnosti nosioca domaćinstva, 2015, u %

Status aktivnosti nosioca domaćinstva	%
Zaposlen	11,6
Nezaposlen	26,2
Osoba koja obavlja samo rad u domaćinstvu	18,0
Nesposoban za rad	38,5
U mirovini	16,3
Drugo	32,9
Ukupno	16,5

izvor: Direkcija za ekonomsko planiranje, Izvještaj o razvoju za 2018., podaci preuzeti iz Ankete o potrošnji domaćinstava, Agencija za statistiku BiH

Subjektivno siromaštvo prevladava u BiH u relativno velikoj mjeri. Prema istraživanju Balkanskog barometra za 2016. godinu, čak je 41% domaćinstava u BiH prijavilo poteškoće u pogledu prevladavanja finansijske situacije i 16% za sebe smatra da su socijalno isključeni (Direkcija za ekonomsko planiranje, 2018b).

[31] http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BIH
[32] http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BIH
[33] *Bosna i Hercegovina je planirala provesti svoje prvo istraživanje iz statistike prihoda i životnih uvjeta u periodu 2018-2019, ali zbog neusuglašenosti institucija za statistiku u zemlji oko okvira uzorkovanja koji bi se koristio u ovom istraživanju, ono je odgođeno. U međuvremenu je Svjetska banka, koja je planirala finansirati istraživanje, preusmjerila neophodna sredstva, tako da nije jasno da li će se i kada to istraživanje provesti.*
[34] *To je relativna stopa siromaštva koja se računa kao potrošnja ispod 60% srednje ekvivalentne potrošnje domaćinstava (Direkcija za ekonomsko planiranje, 2018: 18).*

Prema UNDP-ovom indeksu multidimenzionalnog siromaštva čija je vrijednost za 2011/2012. godinu iznosila 0,008, u BiH se 2,2% stanovništva nalazilo u multidimenzionalnom siromaštvu, dok je 4,1% stanovništva bilo ranjivo na multidimenzionalno siromaštvo[35] (UNDP, 2018b).

2.3.3 Obrazovanje

Obrazovanje u BiH se sastoji od četiri nivoa: predškolsko, osnovno, srednje i visoko. Osnovno obrazovanje je obavezno i traje devet godina. Srednje obrazovanje nije obavezno i pohađanje ovog obrazovanja ovisi o interesovanju, motivaciji i uspjehu postignutom u osnovnoj školi. Srednje obrazovanje se sastoji od srednjih škola koje nude opće obrazovanje, kao što je gimnazija, i koje prije svega pripremaju učenike za studije, kao i umjetničkih i vjerskih škola i srednjih stručnih škola u raznim oblastima (srednja ekonomska, srednja tehnička, srednja medicinska škola, itd.). Djeca sa invaliditetom se obrazuju u redovnim školama i u školama za djecu sa invaliditetom.

Obrazovni sistem u BiH je u nadležnosti ministarstava obrazovanja na nivou entiteta, kantona i Brčko distrikta koji izrađuju obrazovne politike, dok se koordinacija provodi na nivou Vijeća ministara BiH i Konferencije ministara obrazovanja. U tako složenom sistemu teško je donijeti efikasne i djelotvorne politike i postići usklađenost zakonodavnih i obrazovnih sistema (MFT&UNT, 2013: 54). Jedan primjer takvog uspješnog usklađivanja obrazovnog sistema je Okvirni zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju kojem je prethodio pregled 12 zakona i kojim je usvojen jedinstven sistem devetogodišnjeg osnovnog odgoja i obrazovanja. Uprkos tom i drugim postignućima, složenost sistema ima cijeli niz negativnih posljedica ne samo u pogledu upravljanja i finansiranja, nego i u pogledu sadržaja nastavnog procesa. Naprimjer, prema ocjeni domaćih eksperata, u BiH postoje tri nastavna programa, a najveće razlike se ogledaju u takozvanim „nacionalnim sadržajima“, kao što su historija, maternji jezik i književnost i geografija (Ibrahimović, 2015). Stopa pismenosti je visoka, imajući na umu stepen socijalnog i ekonomskog razvoja, i u 2017. godini je iznosila 97,2% (Agencija za statistiku, 2017:25).[36] U populaciji uzrasta od 15 do 24 godine 99% žena i 100% muškaraca je pismeno (UNICEF, 2012: 76). Preko 50% stanovništva je završilo srednje obrazovanje, ali postoji značajan rodni disbalans: 59,5% muškaraca i 43,0% žena. Veći udio ženske populacije je bez ikakvog obrazovanja ili sa nepotpunim osnovnim obrazovanjem, kao i sa završenom osnovnom školom (iako se radi uglavnom o starijim osobama), dok je udio muškaraca sa završenim srednjim i visokim obrazovanjem nešto viši u poređenju sa ženama (Agencija za statistiku, 2017:22).

[35] Indeks multidimenzionalnog siromaštva sagledava stanje izvan prihoda kako bi se razumjelo kako ljudi doživljavaju siromaštvo na višestruke načine, istovremeno. On obuhvata tri ključne dimenzije: zdravlje, obrazovanje i životni standard sa 10 pokazatelja. Više informacija na http://hdr.undp.org/en/2018-MPI

[36] Stopa pismenosti je postotak osoba koje znaju čitati i pisati.

Tabela 8: Obrazovna struktura stanovništva u dobi od 15 i više godina

	Ukupno	Bez ikakvog obrazovanja	Nepotpuno osnovno obrazovanje	Osnovna škola	Srednja škola	Specijalizacija poslije srednje škole	Viša škola i prvi stepen fakulteta	Visoka škola/ fakultet/ akademija/ univerzitet
RS	1.054.733	59.838	98.904	221.416	538.900	8.021	35.642	92.012
RS u %		5,67	9,38	20,99	51,09	0,76	3,38	8,72
FBiH	1.862.272	82.724	167.956	401.188	952.320	13.254	56.720	188.110
FBiH u %		4.44	9,02	21,54	51,14	0,71	3,05	10,10
BD	70.435	3.516	7.176	18.122	33.941	338	1.842	5.500
BD u %		4,99	10,19	25,73	48,19	0,48	2,62	7,81
BiH	2.987.440	146.078	274.036	640.726	1,525.161	21.613	94.204	285.622
BiH u %		4,89	9,17	21,45	51,05	0,72	3,15	9,56
Muškarci u BiH %		1,65	5,73	18,87	59,51	1,23	3,55	9,46
Žene u BiH %		7,96	12,44	23,89	43,04	0,24	2,78	9,65

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Popis: karakteristike obrazovanja, dostupno na: http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=4 (total amount for BiH and percentages present calculation of the author)

Tabela 9: Nivo obrazovanja prema dobnoj skupini u %

	FBiH			RS			BD		
	M	Ž	Ukupno	M	Ž	Ukupno	M	Ž	Ukupno
15+ bez ikakvog obrazovanja	1,51%	7,22%	4,44%	1,88%	9,28%	5,67%	2,12%	7,73%	4,99%
65+ bez ikakvog obrazovanja	5,91%	31,21%	20,68%	6,93%	35,15%	21,18%	8,24%	31,48%	21,75%
75+ bez ikakvog obrazovanja	10,61%	45,73%	32,14%	12,08%	50,57%	35,79%	15,38%	49,40%	36,27%
23+ sa najvišim nivoom obrazovanja	11,17%	10,75%	10,95%	9,69%	9,09%	9,38%	8,43%	8,55%	8,45%

Definicije: Bez ikakvog obrazovanja – postotak osoba koje nisu završile nijedan razred; najviši nivo obrazovanja – osobe koje su završile uverzitetsko obrazovanje.
Izvor: Podaci o popisu stanovništva dostupni na http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=4 (izračun autora)

Uprkos evidentnom rastu broja javnih i privatnih visokoobrazovnih ustanova, udio osoba sa visokim (univerzitetskim) obrazovanjem je manji nego u EU (12,7% u odnosu na 28%). Međutim, sve je veći broj nezaposlenih osoba koje su završile visoko obrazovanje, što ukazuje na nedostatak usklađenosti između obrazovnih programa i potražnje na tržištu rada (Vlada RS, 2017: 23).

Pohađanje ustanova za predškolski odgoj i obrazovanje u BiH je povećan sa 6,4% u 2006. na 13,1% u 2011/2012. godini, što je još uvijek nisko i predstavlja najnižu stopu upisa u regiji. Svega 2% djece iz najsiromašnijeg kvintila je pohađalo program predškolskog obrazovanja i svega 1,5% Roma (MDG&TTF, 2013: 55). Iako je osnovno obrazovanje obavezno, oko 4% djece nije upisano u osnovnu školu. Ovaj problem je donekle izraženiji kod djece sa nižim socioekonomskim statusom, djece sa invaliditetom i djece

iz romske manjine. Opća stopa pohađanja srednje škole iznosi 92%, dok među najsiromašnijim porodica ona iznosi 83,8%. Obuhvat maloljetnica srednjim obrazovanjem je viši nego obuhvat dječaka. Ukupni indeks rodnog pariteta iznosi 1,03, s tim da se kreće od 0,99 među djecom niskog socioekonomskog statusa do 1,06 među djecom iz porodica najvišeg socijalnog i ekonomskog statusa. Jedan od razloga je manji obuhvat dječaka iz ruralnih domaćinstava: 90,6% dječaka u odnosu na 94% djevojčica.

Tabela 10: Pohađanje osnovnog i srednjeg obrazovanja i rodni paritet u obrazovanju

	Prilagođena neto stopa pohađanja osnovne škole - djevojčice	Prilagođena neto stopa pohađanja osnovne škole - dječaci	Indeks rodnog pariteta za prilagođenu neto stopu pohađanja osnovne škole	Prilagođena neto stopa pohađanja srednje škole - djevojčice	Prilagođena neto stopa pohađanja srednje škole – dječaci	Indeks rodnog pariteta za prilagođenu neto stopu pohađanja srednje škole
Administrativna jedinica						
FBiH	96,9	97,4	1,00	93,3	90,4	1,03
RS	98,6	99,1	1,00	92,9	90,6	1,02
BD	(96,8)	(86,1)	(1,12)	(*)	(*)	(*)
Područje						
Urbano	96,6	97,0	1,00	91,2	90,0	1,01
Ruralno	97,9	98,0	1,00	94,0	90,6	1,04
Nivo obrazovanja majke /staratelja*						
Osnovno	99,0	98,0	1,01	93,9	92,0	1,02
Srednje	97,3	98,2	0,99	96,6	96,9	1,00
Visoko	97,1	97,7	0,99	(*)	(*)	(*)
Majka nije dio domaćinstva	(*)	(*)	(*)	(*)	(98,6)	(*)
Nemoguće odrediti	N/A	N/A	N/A	88,7	75,6	1,17
Kvintil indeksa bogatstva						
Najsiromašniji	95,0	95,8	0,99	83,3	84,5	0,99
Drugi	98,7	99,5	0,99	91,3	89,0	1,03
Srednji	96,8	97,8	0,99	93,0	89,0	1,04
Četvrti	98,7	98,4	1,00	97,1	94,0	1,03
Najbogatiji	97,6	96,7	1,01	97,9	92,2	1,06
Ukupno	97,5	97,7	1,00	93,1	90,4	1,03

*Definicija: Omjer prilagođene neto stope pohađanja osnovne i srednje škole između djevojčica i dječaka, BiH 2011–2012. Izvor: UNICEF, 2012. Brojke bazirane na 25–49 neponderiranih slučajeva. (*) brojke bazirane na manje od 25 neponderiranih slučajeva. * Brojke za kategoriju obrazovanja "nikakvo" su bazirane na manje od 25 neponderiranih slučajeva i nisu prikazane u tabeli. Publikacija dostupna na: https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Europe%20and%20Central%20Asia/Bosnia%20and%20Herzegovina/2011-2012/Final/Bosnia%20and%20Herzegovina%202011-12%20MICS_Bosnian.pdf*

Sastav stanovništva prema nivou obrazovanja pokazuje da je udio osoba bez obrazovanja u stanovništvu BiH relativno visok i iznosi 4,9% (Agencija za statistiku, 2017: 23). Među entitetima postoje zanemarive razlike u tom pogledu, kao i u pogledu drugih podataka. Kada se govori o dostignutom stepenu obrazovanja, jedna petina stanovništva ima završenu osnovnu školu, polovina ima završenu srednju školu, dok je udio osoba sa završenim visokim obrazovanjem 9,6% odnosno 12,8% sa završenom višom i visokom školom.

Među populacijom u dobi od 15 i više godina, žene imaju niži dostignuti stepen obrazovanja, 20,5% žena nema nikakvo obrazovanje, u poređenju sa 7,4% muškaraca. Što se tiče žena, više ih je sa završenom osnovnom školom (23,9%) nego muškaraca (18,9%) i manje ih je sa završenim srednjim obrazovanjem (43,0% u odnosu na 59,5% muškaraca). Prema podacima iz popisa provedenog 2013. godine (tabela 2.10), udio žena bez obrazovanja je viši nego u sve tri posmatrane grupe. Za razliku od tih podataka, rodna jednakost je postignuta u visokom obrazovanju, tako da je udio žena i muškaraca sa visokim obrazovanjem jednak (9,7% žena naspram 9,5% muškaraca).

Rezultati PISA testa[37], koji je u BiH proveden po prvi put 2018. godine, ukazuju da su učenici u BiH postigli niže rezultate od prosjeka u zemljama OECD-a u čitalačkoj pismenosti (403 boda u odnosu na 487), matematici (406 bodova u odnosu na 489) i prirodnim naukama (398 bodova u odnosu na 489). Rezultati također pokazuju da su učenici koji su u boljem socioekonomskom položaju postigli bolje rezultate od ugroženih učenika. Zanimljivo je da je oko 13% ugroženih učenika u BiH bilo u stanju ostvariti rezultate u gornjoj četvrtini čitalačke sposobnosti, što pokazuje da ugroženost nije sudbina (prosjek u zemljama OECD-a je 11%). Što se tiče roda, djevojčice i dječaci su postigli slične rezultate.

BiH se suočava sa intenzivnom emigracijom, posebno mladih i obrazovanih ljudi. Svjetski ekonomski forum je rangirao BiH na 134. mjesto među 137 zemalja u pogledu sposobnosti da zadrži talente (Svjetski ekonomski forum, 2017:123). Osim toga, na svim nivoima obrazovanja je zabilježen manji broj upisane djece i omladine, osim za predškolski odgoj i obrazovanje (Agencija za statistiku BiH, 2019: 39-43), što ukazuje na depopulaciju u zemlji.

Također postoji visok udio mladih koji su nezaposleni, ne obrazuju se niti stručno osposobljavaju. Prema podacima iz Ankete o radnoj snazi, 21,1% žena i 22,1% muškaraca se ne obrazuje niti je zaposleno. Podaci su izraženi kao postotak ukupnog stanovništva iz iste dobne skupine i istog spola (Agencija za statistiku, 2019: 48). Ovaj pokazatelj pokazuje da mlada populacija ima najveći rizik od marginalizacije na tržištu rada, kao i od neadekvatne iskorištenosti svog potencijala (Direkcija za ekonomsko planiranje, 2017: 26).

2.3.4 Socijalna zaštita

Sistemi socijalne zaštite i osiguranja su decentralizirani i u nadležnosti su entiteta, kantona i Brčko distrikta, dok su određena socijalna davanja i usluge organizirane i finansiraju se na nivou općina. To je kompleksan

[37]PISA (Program za međunarodno ispitivanje znanja i vještina učenika) je istraživanje koje se provodi svake treće godine među petnaestogodišnjim učenicima u okviru kojeg se ocjenjuje mjera u kojoj su stekli znanje i vještine neophodne za puno učešće u društvu. Ispitivanje je fokusirano na čitalačku sposobnost, matematiku, prirodne nauke i inovacije (2015. godine se domen inovacija odnosio na globalnu kompetenciju) i blagostanje učenika.
https://www.oecd.org/pisa/publications/PISA2018_CN_BIH.pdf

sistem, sa 13 ministarstava, dva penzijska fonda, nekoliko službi za zapošljavanje[38], centrima za socijalni rad u općinama i više ustanova za smještaj, njegu i pomoć (za djecu bez roditeljskog staranja, starije osobe, osobe sa invaliditetom, itd.).

Postoje četiri vrste shema novčane pomoći koja se isplaćuje iz budžeta (nedoprinosna pomoć) u Bosni i Hercegovini. Prva je socijalna pomoć na osnovu procjene imovinskog stanja, odnosno program pomoći u vidu isplate naknada u visini minimalne plaće na nivou entiteta u RS-u i kantona u FBiH. Drugi program se odnosi na invalidnine koje se isplaćuju osobama sa invaliditetom i civilnim žrtvama rata. Treći je, ustvari, skup raznih programa novčane pomoći za dijete i porodicu, među kojima je najvažniji dječiji dodatak. Na kraju, naknade se isplaćuju i demobilisanim borcima i članovima porodice poginulih boraca.

Novčana pomoć je u nadležnosti entiteta, kantona i općina. U Republici Srpskoj se socijalna davanja obračunavaju kao postotak osnovice jednake neto prosječnoj plaći ostvarenoj u prethodnoj godini. Nivo pomoći je 15% osnovice za jednu osobu; za dvočlanu porodicu on iznosi 20%; za tročlanu porodicu 24%; za četveročlanu porodicu 27%; i 30% za porodicu u kojoj ima pet ili više članova. Slična pravila uvjetovanosti postoje i u Federaciji Bosne i Hercegovine, ali je shema decentralizirana na nivou kantona. Decentralizacija unosi nejednakost u socijalnim davanjima, s obzirom na to da osobe koje imaju pravo na istu naknadu primaju značajno različite iznose, ovisno o mjestu prebivališta.

Usmjeravanje naknada socijalne zaštite je slabo jer najniži kvintil prima svega 23,2% ukupnih socijalnih davanja. Usmjeravanje naknada koje se isplaćuju civilima je nešto bolje u odnosu na naknade koje se isplaćuju demobilisanim borcima, pri čemu 29,9% sredstava dječije zaštite prima najniži kvintil i 34,7% sredstava odlazi na isplatu novčane pomoći, invalidnina (invalidnine koje nisu povezane sa tjelesnim oštećenjima nastalim u toku rata) i naknada civilnim žrtvama rata. Usmjeravanje je nešto bolje u RS-u nego u FBiH (Svjetska banka, 2009: 52-53). Oko 4% BDP-a je utrošeno na te transfere u 2009. godini, ali su imali tek marginalni učinak na smanjenje siromaštva, koje je smanjeno sa 19,2% na 18% (ESPN, 2018). Osnovni razlog leži u visokom udjelu naknada demobilisanim borcima koje ne podliježu imovinskom cenzusu. Naknadne studije su potvrdile ova zapažanja. Naime, najsiromašnija petina stanovništva prima svega 15,5% ukupnih budžetskih sredstava namijenjenih za socijalnu zaštitu, dok najbogatija petina prima 25,4% (Obradović i Đukić, 2016: 17).

Tabela 11: Broj korisnika novčane pomoći, 2018.

	Novčana pomoć	Pravo na naknadu za pomoć i njegu od strane druge osobe	Jednokratna pomoć
FBiH	8.807	14.073	18.746
RS	4.520	24.404	11.816
BD*	959	2.789	498

Izvor: http://fzs.ba/wp-content/uploads/2019/08/Socijalna-zastita-skrb-u-2018.pdf
https://www.rzs.rs.ba/static/uploads/bilteni/socijalna_zastita/Bilten_Socijalna_Zastita_2019_WEB.pdf
http://bhas.ba/publikacijebd/BRC_2018_SZ_001.pdf: podaci za BD su za 2017.
**Podaci za BD se odnose na 2017.*

[38] *Javna služba za zapošljavanje BiH se sastoji od institucije na državnom nivou (Agencija za rad i zapošljavanje BiH), po jednog zavoda u svakom entitetu (Federalni zavod za zapošljavanje i Zavod za zapošljavanje RS) i Zavoda za zapošljavanje Brčko Distrikta. U FBiH postoje i službe za zapošljavanje na kantonalnom nivou i 74 biroa za zapošljavanje na općinskom nivou. Zavod za zapošljavanje RS ima 6 filijala i 63 biroa (ILO, 2009: 40).*

Reforma sistema socijalne zaštite je počela 2009. godine uz podršku Svjetske banke. Međutim, ona nikad nije provedena do kraja. U RS-u je usvojen novi Zakon o socijalnoj zaštiti 2012. godine kojim je uvedeno zamjensko utvrđivanje imovinskog cenzusa. To je dovelo do smanjenja broja korisnika sa 5.451 u 2011. godini na 4.751 u 2017. (MZS, 2018). U FBiH reforma još uvijek nije provedena, a socijalna davanja na osnovu imovinskog cenzusa još uvijek ovise o raspoloživim sredstvima u kantonima i općinama, kao i visokim rashodima za kategorijske naknade. Trenutno, naknade socijalne pomoći u oba entiteta koje se odobravaju na osnovu imovinskog cenzusa, kao i dječiji doplatak u FBiH, nisu dovoljni za osnovne potrebe i ne mogu pomoći korisnicima da izađu iz siromaštva (ESPN, 2018). Uprkos tim nedostacima, reforma je rezultirala bolje ciljanom shemom. Povećan je broj korisnika u najsiromašnijem kvintilu, dok je njihov broj smanjen u višim kvintilima (tabela 2.13). Međutim, BiH još uvijek zaostaje za uspješnijim sistemima. Naprimjer, incidencija u petom kvintilu (najbogatiji korisnici) u Crnoj Gori je 6,4%, u Hrvatskoj 7,1% i u Srbiji 8,3%.[39]

Tabela 12: Socijalna davanja prema kvintilima

	2007.	2015.
Incidencija korisnika u prvom kvintilu (najsiromašniji) (%) – svi vidovi socijalne pomoći	21,3	26,6
Incidencija korisnika u drugom kvintilu (%) - svi vidovi socijalne pomoći	20,8	26,6
Incidencija korisnika u trećem kvintilu (%) - svi vidovi socijalne pomoći	19,7	18,9
Incidencija korisnika u četvrtom kvintilu (%) - svi vidovi socijalne pomoći	20,4	15,2
Incidencija korisnika u petom kvintilu (najbogatiji) (%) - svi vidovi socijalne pomoći	17,8	12,6

Izvor: The World Bank ATLAS Database; https://datacatalog.worldbank.org/

Sistem podrške nezaposlenima se sastoji od aktivnih i pasivnih mjera. Nezaposlene osobe su one koje nisu u radnopravnom odnosu, koje su radno sposobne i koje traže posao, one nisu vlasnici registriranih firmi i ne rade u sektoru poljoprivrede. U FBiH, da bi nezaposlena osoba postala korisnik naknade za vrijeme nezaposlenosti, ona u trenutku prestanka radnog odnosa treba imati najmanje 8 mjeseci staža osiguranja neprekidno u posljednjih 12 mjeseci ili 12 mjeseci staža osiguranja sa prekidima u posljednjih 18 mjeseci. U RS-u su prava na naknadu za vrijeme nezaposlenosti i na zdravstveno, penzijsko i invalidsko osiguranje ograničena na osobe koje imaju 8 mjeseci staža osiguranja neprekidno u proteklih 12 mjeseci ili 12 mjeseci sa prekidima u proteklih 18 mjeseci. Iznos naknade za vrijeme nezaposlenosti ovisi o iznosu ostvarenog dohotka u tom periodu i uplaćenih doprinosa za obavezno socijalno osiguranje.

Pokrivenost naknadama za vrijeme nezaposlenosti[40] u BiH je niža nego u Evropskoj uniji i čak niža nego u nekim susjednim zemljama. Prema podacima Međunarodne organizacije rada, u 2009. godini je pokrivenost iznosila 2% u poređenju sa 6,9% u Albaniji, 8,8% u Srbiji, 11,5% u Sjevernoj Makedoniji ili 35,6% u Crnoj Gori. Prosjek za Evropu i Centralnu Aziju je iznosio 42,5%, prosjek za Istočnu Evropu 56,5% i za Sjevernu, Južnu i Zapadnu Evropu 56,6% (ILO, 2017: 161). U nekoliko proteklih godina je u oba entiteta došlo do pada broja korisnika naknade za vrijeme nezaposlenosti, što je posljedica više faktora, kao što su veliki udio dugoročne nezaposlenosti i restriktivnijih politika podrške kojima se nastoji potaknuti aktivno traganje za poslom. Osim toga, pravo na besplatno zdravstveno osiguranje u toku nezaposlenosti koja je prijavljena u evidenciju nezaposlenih motivira ostanak u neformalnoj ekonomiji i izbjegavanje plaćanja doprinosa za socijalno osiguranje. Takva rješenja su doprinijela stvaranju neodržive situacije u

[39] Ovaj pokazatelj se odnosi na postotak korisnika programa u kvintilu u odnosu na broj korisnika u stanovništvu. Niži postotak u višim kvintilima i viši postotak u nižim kvintilima pokazatelj su adekvatnije pokrivenosti.

[40] Pokrivenost se računa kao postotak nezaposlenih osoba koje primaju naknadu za vrijeme nezaposlenosti (ILO, 2017: 161).

zdravstvenom osiguranju gdje u određenom trenutku svega četvrtina onih koji imaju zdravstveno osiguranje plaća doprinos za zdravstveno osiguranje (Vijeće Evrope, 2009:58).

Tabela 13: Broj korisnika naknada za vrijeme nezaposlenosti prema entitetu/Distriktu

	10/2018.	10/2017.	10/2016.	10/2015.	10/2014.	10/2013.	10/2012.	10/2011.	10/2010.
RS	1.618	1.699	1.676	1.982	2.114	2.715	1.558	2.333	2.622
FBH	8.987	11.219	10.839	10.701	10.764	10.535	9.762	7.965	11.216
BD	153	159	92	131	129	347	-	-	-

Izvor: FBiH: http://www.fzzz.ba/portal/statistics/actual;
RS: http://www.zzzrs.net/index.php/statistika/bruto_pokazatelji/;
BD: https://www.zzzbrcko.org/index.php/statistika/statistika-2018

Bosna i Hercegovina ima dva javna penzijska sistema, dok privatni dobrovoljni penzijski fond, koji je uveden u Republici Srpskoj 2017. godine, ima marginalnu ulogu.[41] Javni fondovi za penzijsko osiguranje FBiH i RS su protočni penzijski fondovi. Godine 2017. je Fond za penzijsko i invalidsko osiguranje RS formirao Penzijski rezervni fond RS kao javni fond za kapitalizaciju koji služi kao shema kapitalizacije i koji ulaže u ime javnih fondova za penzijsko i invalidsko osiguranje u dionice i mjenice.

Prema podacima Svjetske Banke iz 2012. godine, penzijski sistem u RS-u je imao visoku stopu ovisnosti, u iznosu od 75,6%, što znači da na svakog obveznika uplate doprinosa dolazi 0,76 penzionera. Stopa pokrivenosti obveznicima uplate doprinosa (omjer obveznika uplate doprinosa kao postotak radno sposobnog stanovništva) je niska – 29,1% – i nalazi se među najnižim u Evropi. Ista situacija je i u FBiH gdje stopa ovisnosti o obveznicima uplate doprinosa iznosi 73,3 %, to jeste, na svakog obveznika uplate doprinosa dolazi 0,73 penzionera, dok stopa pokrivenosti obveznicima uplate doprinosa iznosi 28,6%. Ovaj sistem karakterizira visok udio mladih penzionera, visok postotak osoba u invalidskog penziji, kao i penzionera koji su iskoristili pravo na penziju pod povoljnijim uvjetima (što je posljedica rata) i mala pokrivenosti osoba starijih od 65 godina (61,8%) (Svjetska banka, 2012: 17-18).

Pokrivenost starosnim penzijama u populaciji u dobi iznad zakonom propisane dobi za starosnu penziju[42] je niska u poređenju sa drugim zemljama regije, s obzirom na to da je pokriveno svega 29,6% stanovnika, u poređenju sa 46,3% u Srbiji, 52,3% u Crnoj Gori, 71,4% u Sjevernoj Makedoniji i 77% u Albaniji. Prosjek za Evropu i Centralnu Aziju iznosi 95,2%, za Istočnu Evropu 93,8% i za Sjevernu, Južnu i Zapadnu Evropu 97,7% (ILO, 2017: 162). Pokrivenost shemama socijalnog osiguranja je veće među urbanim (42,1%) nego ruralnim stanovništvom (38,7%), što je slučaj i sa starosnim penzijama. Pokrivenost starosnim penzijama građana u urbanim sredinama iznosi 23,6%, u poređenju sa 19,4% u ruralnim sredinama (Svjetska banka, 2009: 41).

Penzijski sistemi u BiH se nalaze pod demografskim i fiskalnim pritiskom. Demografski pritisak proistječe iz procesa starenja i povećanog broja penzionera. Siromašna ekonomija ne uspijeva generirati dovoljno slobodnih radnih mjesta, te je stoga stopa nezaposlenosti visoka. Neformalni sektor je prilično

[41] Postoje i sheme životnog osiguranja koje su donekle slične dobrovoljnim penzionim shemama, ali nisu regulirane zakonima o penzijskom i invalidskom osiguranju, niti ih nude fondovi za penziono i invalidsko osiguranje, nego osiguravajuća društva.
[42] U Republici Srpskoj je zakonom propisana dob za starosnu penziju navršenih 65 godina života i za žene i za muškarce i najmanje 15 godina staža osiguranja; ili navršenih 60 godina života i 40 godina staža osiguranja za muškarce i navršenih 58 godina života i 35 godina staža osiguranja za žene. U Federaciji Bosne i Hercegovine, uslov je navršenih 65 godina života i 15 godina staža osiguranja; ili navršena 61 godina života i 36 godina i 6 mjeseci staža osiguranja za muškarce i navršenih 56 godina života i 31 godina staža osiguranja za žene.

rasprostranjen. Neformalni rad je prisutan naročito u poljoprivredi (oko 30%) i na poslovima koje obavlja nekvalificirana radna snaga (preko 20%) (Hirose and Hettes, 2016: 12). Rasprostranjena je praksa neprijavljivanja kompletnog ostvarenog dohotka i neplaćanja doprinosa za socijalno osiguranje. Čak 26% zaposlenih (37% u Republici Srpskoj) je uplaćivalo doprinose na iznos minimalne plaće, dok 11% nije plaćalo nikakve doprinose. U studiji Međunarodne organizacije rada se zaključuje da u nekim slučajevima to ukazuje na neadekvatno korištenje minimalne plaće kao osnovice za izračunavanje doprinosa za socijalno osiguranje (Hirose i Hettes, 2016: 5). Uz relativno niske stope zaposlenosti i sve veći broj penzionera, omjer ovisnosti penzijskih sistema u BiH dosegao je jedan od najnižih nivoa u regiji, čineći cjelokupan sistem ranjivim (DEP, 2017; Hirose i Hettes, 2016). O starosnim penzijama će biti više riječi u poglavlju 10.2.

2.3.5 Zdravstvena zaštita

Sistem zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini je organiziran na entitetskom, kantonalnom i nivou Brčko distrikta. Organizacija i funkcioniranje sistema zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj je reguliran Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske kojim su propisane mjere za unapređenje zdravlja građana, sprečavanje oboljenja i aktivnosti zdravstvene zaštite u oblasti očuvanja i unapređenja zdravlja stanovništva Republike Srpske. U Federaciji Bosne i Hercegovine je sistem zdravstvene zaštite organiziran prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti kojim je javno zdravstvo uređeno na nivou Federacije Bosne i Hercegovine i kantona odnosno općina. Zakonom su regulirane i aktivnosti zdravstvenih ustanova prema nivou zdravstvene zaštite i javno zdravstvo koje je od općeg interesa za zdravlje stanovništva u Federaciji BiH. Zakonom za zdravstvenoj zaštiti Brčko distrikta Bosne i Hercegovine osigurani su uvjeti za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu pripadnika rizičnih kategorija i drugih stanovnika u skladu sa programima zdravstvene zaštite, uvjetima praćenja, sprečavanja i kontrole zaraznih bolesti, hroničnih masovnih oboljenja i drugih bolesti od socijalnog i medicinskog značaja i uvjeti edukacije stanovništva u oblasti zdravstvene zaštite.

Politike zdravstvene zaštite se utvrđuju na nivou entiteta. U Republici Srpskoj su prioritetni ciljevi politike zdravstvene zaštite sadržani u Politici unapređenja zdravlja stanovništva Republike Srpske do 2020. godine. Ciljevi politike su posebno usmjereni na smanjenje dispariteta u zdravlju stanovništva, ulaganja u zdravstvo, uključivanje građana u proces odlučivanja o zdravlju, stvaranje zdravih lokalnih zajednica, kontrolu zaraznih i nezaraznih bolesti, unapređenje zdravstvene sigurnosti, stvaranje zdrave i poticajne sredine za zdravlje i blagostanje stanovništva, jačanje sistema zdravstvene zaštite orijentiranog na potrebe korisnika, jačanje kapaciteta javnog zdravstva i spremnosti za vanredne situacije, kao i na promoviranje i usvajanje pristupa „zdravlje u svim politikama“. Ulaganje u zdravstvo, uključivanje građana u proces odlučivanja o zdravlju i stvaranje zdravih lokalnih zajednica se ostvaruju kroz osiguranje zdravog početka života (promoviranje seksualnog i reproduktivnog zdravlja, planiranja porodice i zdravstvene zaštite majke i djeteta). Unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i sprečavanje oboljenja je sadržano u ciljevima Politike za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj u periodu 2012-2017. i Strategiji za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj (2019-2029).

U FBiH je u Strateškom planu razvoja zdravstva 2008-2018.[43] definiran okvir politike za sistem zdravstvene zaštite. Cilj Strateškog plana je unaprijediti zdravlje stanovništva kroz efikasan, dostupan, transparentan i kvalitetan sistem zdravstvene zaštite na osnovu principa solidarnosti i pravičnosti. Opći strateški cilj Plana je unaprijediti dostupnost, kvalitetu i efikasnost zdravstvene zaštite kroz povećanje solidarnosti i smanjenje nejednakosti kroz provođenje konkretnih ciljeva koji direktno utječu na jačanje četiri nivoa zdravstvenog sistema: upravljanje, resursi, zdravstvene usluge i finansiranje. Fokusiranje na jačanje uloge javnog zdravstva u oblasti sprečavanja oboljenja kroz promotivne i preventivne programe omogućava sveobuhvatan pristup unapređenju zdravlja stanovništva i korištenje usluga zdravstvene zaštite. Na taj način se postiže rano otkrivanje bolesti, uglavnom onih koje se mogu spriječiti i koje nisu zarazne, kao i podizanje nivoa svijesti stanovništva o rizicima od oboljenja i metodama prevencije. Osim politika i strategija koje su usmjerene na unapređenje zdravlja i seksualnog i reproduktivnog zdravlja, druge strategije su također važne za unapređenje i zaštitu komponente zdravlja. U Strategiji za prevenciju, tretman i kontrolu malignih neoplazmi u Federaciji Bosne i Hercegovine 2012-2020. su definirane aktivnosti u cilju smanjenja pojave malignih bolesti reproduktivnih organa. Glavni ciljevi Strategije su smanjiti prevalenciju maligne neoplazme u stanovništvu, skrining i rano otkrivanje, djelotvorno dijagnosticiranje i liječenje i pružanje djelotvorne palijativne njege. Među ciljevima su i unapređenje sistema prikupljanja podataka, dokaza i redovno praćenje i evaluacija sistema.

Kroz studiju o zdravlju stanovništva, koja je provedena u 2011. i 2012. godini, obezbijeđeni su podaci o raspoloživosti i korištenju usluga zdravstvene zaštite od strane stanovništva u Federaciji Bosne i Hercegovine za Projekat jačanja sektora zdravstva u BiH. Rezultati studije su pokazali da je više od polovine ispitanika u Federaciji BiH (55,2%) u toku proteklih 12 mjeseci bilo kod doktora medicine, a 68,9% ispitanika ima doktora porodične medicine i najčešće se njemu obraća u slučaju tegoba odnosno bolesti. Rezultati također ukazuju na razlike u teritorijalnoj raspoloživosti usluga porodične medicine, s obzirom na to da 48,4% stanovništva živi na udaljenosti manjoj od 1.500 m od najbližeg tima porodične medicine i ovaj postotak je znatno veći u urbanim nego u ruralnim područjima. Prosječan broj posjeta doktoru medicine iznosi 2,9 posjeta godišnje, dok se najveći broj posjeta odnosi na osobe u dobi od 65 i više godina (ZZJZ FBiH 2014a).

Zdravstveno osiguranje se zasniva na socijalnom modelu bizmarkovskog tipa i regulirano je Zakonom o zdravstvenom osiguranju na nivou entiteta i Brčko distrikta. Prema zavodima za statistiku, preko tri četvrtine stanovništva je pokriveno zdravstvenim osiguranjem na osnovu uplaćenog doprinosa, čime su osigurana osnovna prava na zdravlje i zdravstvenu zaštitu. Osiguranicima usluge pružaju institucije za javno zdravstvo (fondovi i zavodi/institut) na svim nivoima zdravstvene zaštite u skladu sa javno dostupnim cjenovnikom zdravstvenih usluga (podatke o pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem su na zahtjev dostavili Federalni zavod za statistiku FBiH i Republički zavod za statistiku RS). Zdravstveno osiguranje se zasniva na uplati doprinosa za zdravstveno osiguranje, a od 1. januara 2020. godine nezaposlenost u Republici Srpskoj više nije osnova za prijavu na zdravstveno osiguranje, dok će nova osnova biti utvrđivana za svaku nezaposlenu osobu posebno.

Kroz razne studije je ustanovljeno da podjela sistema zdravstvene zaštite između FBiH, RS-a i Brčko distrikta vjerovatno predstavlja izazov u pogledu pružanja jednake zdravstvene zaštite i mogućnosti

[43] *Strateški plan je produžen do kraja 2020. u skladu sa Zakonom o razvojnom planiranju i upravljanju razvojem u Federaciji Bosne i Hercegovine („Službene novine Federacije BiH", br. 32/17).*

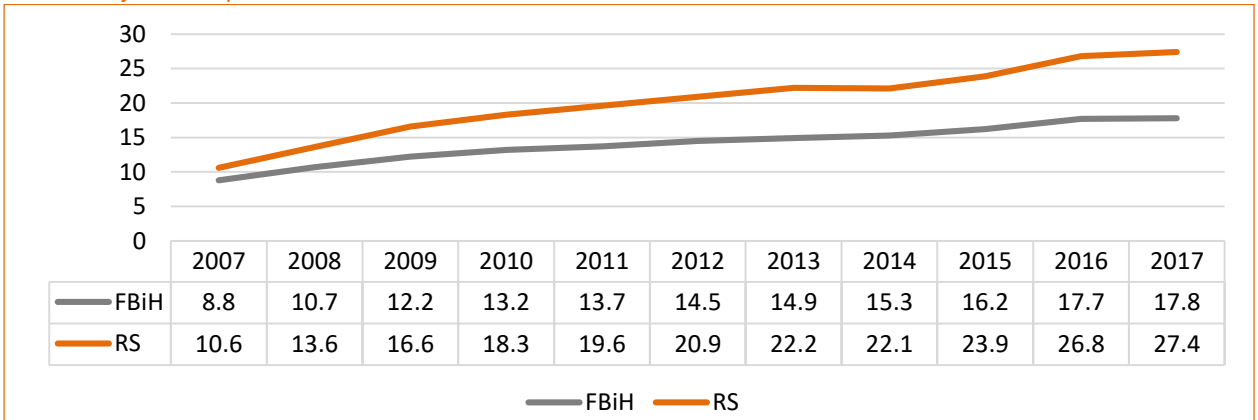
građana Bosne i Hercegovine da ostvare pristup zdravstvenoj zaštiti.[44] Zbog decentraliziranog sistema i različite izrade politika postoje razlike u procjeni zdravstvenih tehnologija koja je neophodna da bi se osigurala raspoloživost odgovarajuće tehnologije i metodologije za skrining, dijagnostiku i liječenje. Zbog različitih sistema propisivanja lijekova i naknade troškova, cijene se među raznim administrativnim jedinicama znatno razlikuju. To je uzrok nejednakog pristupa osnovnim lijekovima, pri čemu su propisani lijekovi, u prosjeku, za 20% skuplji u RS-u nego u FBiH. Velika udaljenost najbliže ustanove primarne zdravstvene zaštite je problem za građane u raznim dijelovima zemlje. Prema studiji,[45] oko jedna četvrtina stanovnika živi na udaljenosti od 1,5 km do 5 km od najbliže ustanove primarne zdravstvene zaštite, a 22% živi na udaljenosti od preko 5 km. Time se povećava ranjivost određenih grupa stanovništva, kao što su djeca, starije osobe ili osobe sa hroničnim bolestima. U ruralnim područjima nema doktora stomatologije, za razliku od urbanih sredina.

Koncept reforme primarne zdravstvene zaštite u BiH je zasnovan na racionalizaciji zdravstvene zaštite kroz jačanje primarne zdravstvene zaštite sa naglaskom na promoviranje zdravlja i sprečavanje bolesti. Primarna zdravstvena zaštita je organizirana kao sistem timova porodične medicine uz konsultacije sa doktorima porodične medicine i doktorima specijalistima. Prema strategijama primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj i Federaciji Bosne i Hercegovine, jedan tim porodične medicine pokriva 1.500-2.500 stanovnika, što je u skladu sa evropskim preporukama. Na nivou primarne zdravstvene zaštite u BiH, zdravstvene usluge koje pružaju timovi porodične medicine, ginekolozi i pedijatri su bazirani na registraciji i ličnom odabiru doktora medicine radi jednakog pristupa zdravstvenim uslugama i efikasnom pružanju zdravstvene zaštite kroz adekvatnu strukturu ljudskih resursa. Ginekološke usluge se pružaju ženskim osobama starijim od 15 godina, a pedijatrijske usluge se pružaju djeci uzrasta do 15 godina.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije[46], u Bosni i Hercegovini je u 2013. godini bilo 19,1 doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika i taj broj je u porastu od 2017. godine, što je važno radi postizanja sveobuhvatnosti i univerzalnosti u pogledu povećanja pristupa uslugama zdravstvene zaštite. Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo Federacije BiH i JZU Instituta za javno zdravstvo RS, broj doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika je od 2007. godine u stalnom porastu (grafikon 9). Postoji potreba za većim brojem doktora porodične medicine u narednom periodu kako bi se postigla pokrivenost definirana u gore spomenutim strategijama i da bi se povećao pristup uslugama primarne zdravstvene zaštite, posebno u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Njihov broj bi trebao biti veći kako bi se postigla pokrivenost kao u evropskoj regiji Svjetske zdravstvene organizacije (83,9 na 100.000 stanovnika) i među članicama Zdravstvene mreže jugoistočne Evrope (77,1 na 100.000 stanovnika).

[44] *Jarke, H, Dzindo, A, Jakob, L. (2019) Healthcare access in Bosnia and Herzegovina in the light of European Union accession efforts, SEEJPH, DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH – 2019*
[45] *Ibid.*
[46] *World Health Organization (2015). European Health Information Gateway, https://gateway.euro.who.int/en/*

Slika 9: Broj doktora porodične medicine na 100.000 stanovnika

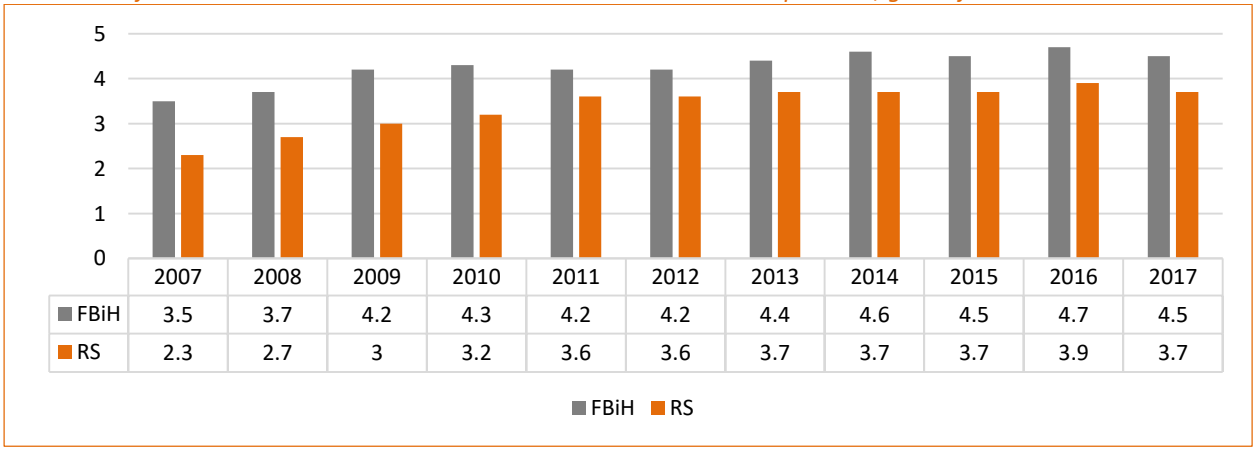


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH	8.8	10.7	12.2	13.2	13.7	14.5	14.9	15.3	16.2	17.7	17.8
RS	10.6	13.6	16.6	18.3	19.6	20.9	22.2	22.1	23.9	26.8	27.4

Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije, izračun autora baziran na izvještajima
Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/, izračun autora baziran na izvještajima.

Drugi važan pokazatelj iz studija i rutinske zdravstvene statistike koja pruža početne podatke o raspoloživosti i korištenju zdravstvenih usluga je prosječan broj posjeta/kontakata sa ustanovama vanbolničke zdravstvene zaštite. U zemljama evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije u 2015. godini je bilo 7,5 posjeta po osobi godišnje, što je dva puta manje nego u zemljama nordijske regije (3,8), dok je u Jugoistočnoj Evropi taj broj 5,7. Prema izvorima zavodâ za javno zdravstvo u BiH, prosječan broj posjeta/kontakata sa ustanovama vanbolničke zdravstvene zaštite u FBiH iznosi 4,5, a u RS 3,7 (grafikon 10). Posmatrano u desetogodišnjem periodu, ovaj broj je povećan, čime se održava dinamika pružanja usluga zdravstvene zaštite, uključujući i usluge zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja, raspoloživost sistema zdravstvene zaštite i njegova funkcionalnost.

Slika 10: Broj kontakata sa ustanovama vanbolničke zdravstvene zaštite po osobi, godišnje



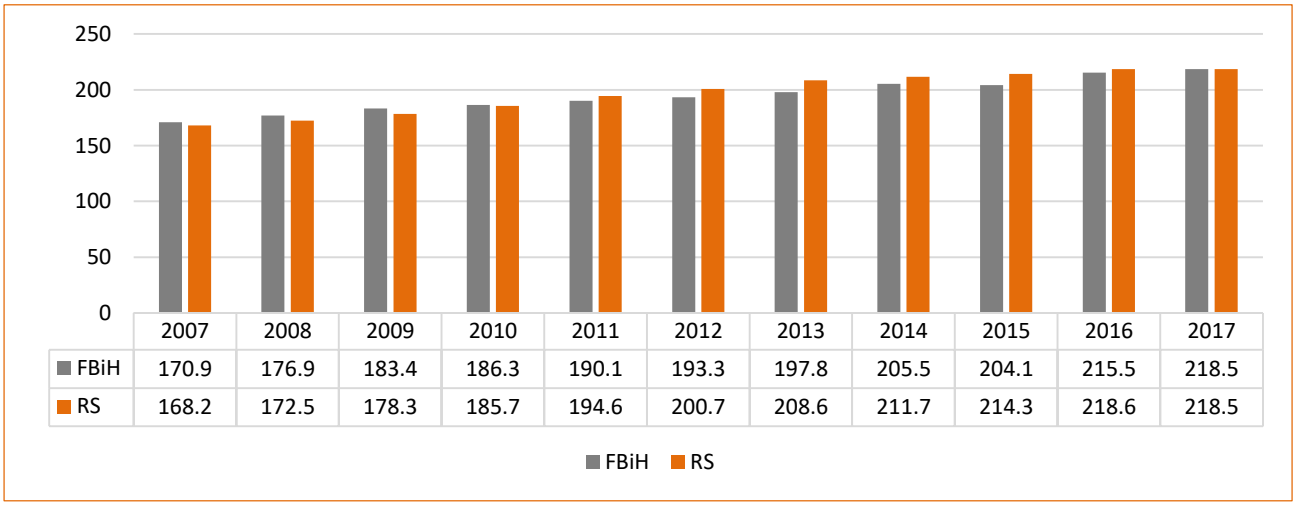
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH	3.5	3.7	4.2	4.3	4.2	4.2	4.4	4.6	4.5	4.7	4.5
RS	2.3	2.7	3	3.2	3.6	3.6	3.7	3.7	3.7	3.9	3.7

Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije, izračun autora baziran na izvještajima
Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/, izračun autora baziran na izvještajima.

U sistemu zdravstvene zaštite Republike Srpske, usluge zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja se pružaju u 54 doma zdravlja, 9 bolnica i u jednom Kliničkom centru, a u Federaciji BiH, u svih deset kantona, u 73 doma zdravlja, 14 bolnica i dva klinička centra,. Na nivou Brčko distrikta, zdravstvena zaštita je osigurana kroz JZU Zdravstveni centar koji se sastoji od doma zdravlja i bolnice.[47]

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije[48] u zemljama evropske regije, usluge zdravstvene zaštite pružaju, u prosjeku, 322 doktora medicine na 100.000 stanovnika. Osim toga, podaci entiteta daju ažurirane informacije za ovaj pokazatelj. Prema podacima JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske i Zavoda za javno zdravstvo Federacije BiH, pokrivenost stanovništva doktorima je povećana u oba entiteta od 2007. godine, što je ohrabrujuće sa aspekta postizanja ciljeva predviđenih politikom za zdravstvenu zaštitu i strategijama za unapređenje zdravlja i sprečavanje oboljenja stanovništva BiH (slika 11).

Slika 11: Broj doktora medicine na 100.000 stanovnika



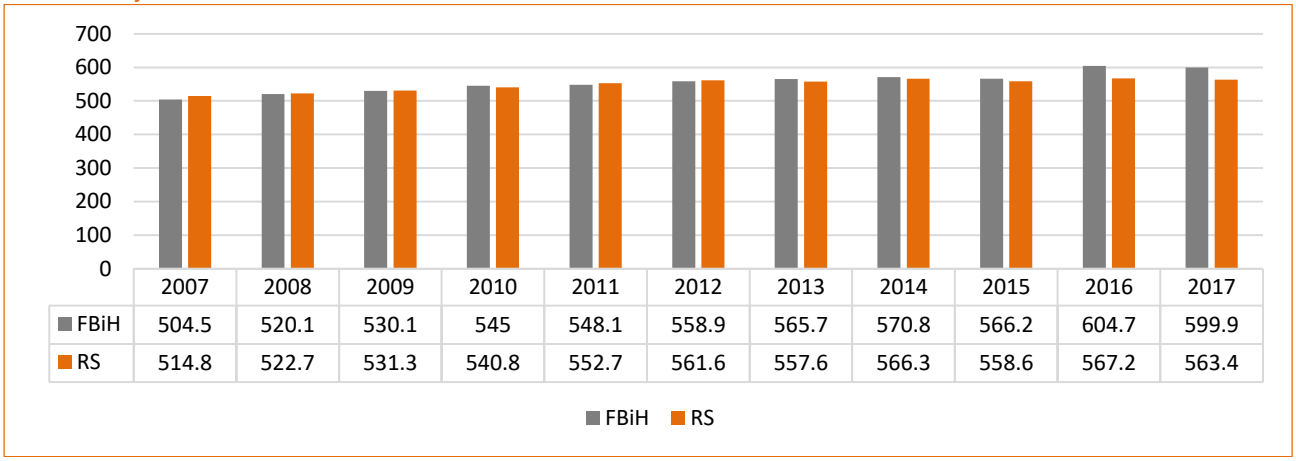
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH	170.9	176.9	183.4	186.3	190.1	193.3	197.8	205.5	204.1	215.5	218.5
RS	168.2	172.5	178.3	185.7	194.6	200.7	208.6	211.7	214.3	218.6	218.5

Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije, izračun autora baziran na izvještajima
Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/, izračun autora baziran na izvještajima.

U Bosni i Hercegovini je broj medicinskih sestara/tehničara na 100.stanovnika niži od evropskog prosjeka (691), ali je u konstantnom porastu od 2007. (grafikon 12). Prema važećim evropskim standardima, na jednog doktora medicine u timu dolaze dvije medicinske sestre i omjer doktora i medicinskih sestara u BiH iznosi 0,5 što je zadovoljavajuće u pogledu osnovnih pokazatelja pružanja usluga zdravstvene zaštite.

[47] *Podaci dobiveni na zahtjev od Zavoda za javno zdravstvo FBiH i JZU Instituta za javno zdravstvo RS.*
[48] *World Health Organization (2015). European Health Information Gateway, https://gateway.euro.who.int/en/*

Slika 12: Broj medicinskih sestara na 100.000 stanovnika



Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije, izračun autora baziran na izvještajima.
Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/, izračun autora baziran na izvještajima.

2.4 Potrošnja za socijalnu zaštitu

BiH je u 2009. godini trošila 4,5% svog BDP-a na obrazovanje, što je bilo blizu regionalnog medijana, 4,2%. Kao udio ukupne javne potrošnje, BiH je trošila manje na obrazovanje nego druge zemlje Evrope i Centralne Azije: 8,8% u odnosu na regionalni medijan od 11,7% (Svjetska banka, 2012: 80-81). U FBiH, kantoni imaju najveći udio izdvajanja sredstava za obrazovanje, dok Federalno ministarstvo obrazovanja i nauke troši svega 1% ukupnog budžeta za obrazovanje. Potrošnja za obrazovanje je iznosila 22% potrošnje Vlade FBiH u 2007. godini i oko 90% ukupne potrošnje za obrazovanje odlazi na plaće. Nivo i struktura potrošnje u RS-u je ista: na obrazovanje otpada 22% potrošnje vlade (Svjetska banka, 2012:85) i oko 90% izdvojenih sredstava odlazi na plaće, dok svega mali dio odlazi na druge rashode (Martić i Tunjević, 2018: 12). Prosječna neto plaća u sektoru obrazovanja u oktobru 2018.godine je iznosila 905 KM ili 73% prosječne plaće u javnoj upravi (Agencija za statistiku BiH, 2018:4). Plaća u tom iznosu je još uvijek viša od ukupne prosječne plaće koja iznosi 894 KM za isti mjesec. Međutim, imajući na umu rasprostranjenu praksu neprijavljivanja kompletnog iznosa plaće i visok udio neformalne ekonomije, vrlo je vjerovatno da je razlika manja nego što to pokazuju zvanični podaci. Domaćinstva imaju znatno učešće u finansiranju obrazovanja. Procjenjuje se da domaćinstva troše između 1,35% (2007) i 1,43% (2015) ukupne potrošnje za obrazovanje (Jurić, 2017: 592). To je iznad prosjeka EU (1,1%) i uglavnom je u skladu sa trendovima u regiji (Jurić, 2017: 594).

Postoje značajne varijacije u nivo potrošnje vlade na obrazovanje. S obzirom da je prosječna veličina razreda u RS-u manja od prosječne veličine u FBiH (20,8 u osnovnim i srednjim školama u RS-u i 23,2 u FBiH), jedinični trošak je veći u RS-u. Međutim, varijacije među kantonima u FBiH su čak veće. Godine 2009. se potrošnja za osnovno obrazovanje u FBiH kretala od 1,450 KM po učeniku u Srednjobosanskom kantonu do 2.039 KM po učeniku u Kantonu 10, u poređenju sa 1,753 KM po učeniku u RS-u u osnovnom obrazovanju. Potrošnja za srednje obrazovanje je čak bila veća među kantonima i kretala se od 1.651 KM po učeniku u Bosansko-podrinjskom kantonu Goražde do 2,568 KM u Kantonu 10 (Svjetska banka, 2012: 87-88).

Visoko obrazovanje se finansira na entitetskom nivou u Republici Srpskoj i na kantonalnom nivou u FBiH. Prema podacima iz 2014. godine, 24,5% ukupne javne potrošnje za obrazovne ustanove (javne, privatne i međunarodne) odlazi na visoko obrazovanje, od čega 20% na javne visokoobrazovne ustanove. Ukupna privatna potrošnja za obrazovne ustanove u FBiH iznosi 10,7% ukupne potrošnje za obrazovne ustanove (EK, 2017:6). Većina sredstava za visoko obrazovanje odlazi na plaće, u RS-u 80% (GoRS, 2017: 99) i do 90% u FBiH, prema zvaničnim procjenama (FMON, 2012: 27). Osim toga, decentralizirani kantonalni sistem finansiranja se smatra neefikasnim, s obzirom na to da je dodjela sredstava zasnovana na lokaciji ustanove, a ne na osnovu mjesta rođenja/porijekla studenta. Stoga, kantoni na čijoj teritoriji postoje univerziteti su obavezni izdvajati veća sredstva u odnosu na kantone u kojima nema univerziteta, bez obzira na činjenicu da studenti iz takvih kantona studiraju na univerzitetima u drugim kantonima. Osim toga, sistem je neefikasan, s obzirom na to da troši 43% budžeta na studente koji nikad ne diplomiraju (FMON, 2012: 27).

Javna potrošnja na socijalnu zaštitu je visoka zbog historijskog naslijeđa programa socijalne zaštite i nepovoljnih karakteristika tržišta rada. U dvije hiljaditim godinama su entiteti izdvajali od 3,4% do 4,1% BDP-a na četiri osnovne vrste novčanih naknada koje se isplaćuju iz budžetskih sredstava. Potrošnja je dostigla vrhunac 2006. godine i nakon toga je stabilizirana, kada je pala na nešto ispod 3,9% BDP-a. Ipak, ova potrošnja je ostala najviša među zemljama Zapadnog Balkana i bila je čak dvostruko veća od prosjeka za regiju Evrope i Centralne Azije. Gore spomenuta izdvajanja se odnose samo na programe novčanih transfera na entitetskom nivou. Osim toga, kantoni u FBiH, kao i općine u FBiH i u RS-u, mogu izraditi, provoditi i finansirati vlastite programe novčanih naknada koje se isplaćuju iz budžetskih sredstava i koji nadopunjuju ili dupliciraju programe na entitetskom nivou. Kada se ova potrošnja doda u jednadžbu, ukupna potrošnja za socijalna davanja u BiH bi mogla iznositi čak 7% BDP-a (Svjetska banka, 2012:35). Kao što je već spomenuto (poglavlje 2.3.5), strukturu potrošnje određuju historijski faktori. Postoji visok udio naknada po kategorijama, za razliku od naknada koje podliježu imovinskom cenzusu. Visoki nivoi potrošnje za naknade iz oblasti socijalne zaštite koje ne podliježu imovinskom cenzusu se često smatraju neefikasnim i nepravičnim (Svjetska banka, 2012:36).

Potrošnju za penzijski sistem određuje tržište rada, kao i ekonomske neefikasnosti i karakteristike samog penzijskog sistema. Oba penzijska sistema imaju visoke stope ovisnosti (75,6% u Republici Srpskoj i 73,3% u Federaciji Bosne i Hercegovine) i niske stope pokrivenosti penzijskim osiguranjem (29,1% odnosno 28,6%). Također, oba sistema karakterizira visok udio mladih penzionera i nositelja povlaštenih penzija. Zbog toga, FBiH troši oko 9,4%, a RS 10,3% BDP-a na penzije, što ih stavlja u sâm vrh u poređenju sa drugim zemljama u tranziciji (Svjetska banka, 2012:26).

Prema podacima Međunarodne organizacije rada[49], javna potrošnja u okviru socijalne zaštite na penzije i druge naknade, osim zdravstva, za osobe starije od zakonom određene dobi za starosnu penziju iznosi 9,4% BDP-a na nivou BiH. To je daleko manje nego u Srbiji (12,7%), Crnoj Gori (12%), Sjevernoj Makedoniji (10%); slično je kao u Hrvatskoj (9,3%) i više nego u Albaniji (7,5%). Međutim, postoje značajne razlike u nivou potrošnje unutar zemlje, posebno među kantonima, tako da se potrošnja po glavi stanovnika kreće od 75% do 144% prosječne potrošnje u FBiH (Martić i Đukić, 2018: 13). Za samo četiri godine, potrošnja je porasla sa 7,6% BDP-a u 2005. na 9,4% u 2009. godini To se djelomično može pripisati padu BDP-a u 2009. godini usljed finansijske krize koja je povećala udio potrošnje za penzije (Svjetska banka, 2012:17), ali i snizila omjer ovisnosti i visok udio penzionera koji su ostvarili pravo na prijevremeni odlazak u penziju.

[49] https://www.social-protection.org/gimi/OldAge.action

Potrošnja za zdravstvenu zaštitu može biti javna i privatna. Javna potrošnja obuhvata svu potrošnju u javnom sistemu zdravstvene zaštite. Privatna potrošnja na zdravstvenu zaštitu obuhvata privatno zdravstveno osiguranje i finansiranje troškova zdravstvenih usluga vlastitim sredstvima. Tu spadaju formalna i neformalna plaćanja. Formalna plaćanja obuhvataju zakonom određeno učešće u pokriću troškova određenih usluga zdravstvene zaštite i lijekova i direktna plaćanja u privatnim zdravstvenim ustanovama. Neformalna plaćanja obuhvataju nelegalna plaćanja usluga u javnom sistemu zdravstvene zaštite.

Sistem zdravstvene zaštite u BiH se najvećim dijelom finansira iz doprinosa na teret zaposlenog i na teret poslodavca. Udio doprinosa u ukupnim prihodima sistema zdravstvene zaštite je iznosio 88,5% u FBiH i 91,3% u RS-u. Javni budžeti na svim nivoima (državnom, entitetskom, kantonalnom i na nivou Brčko distrikta) pokrivaju 9% javne potrošnje. Doprinosi pokrivaju preko 90% potrošnje vlade i 65% ukupne potrošnje. To podrazumijeva da sistem u velikoj mjeri ovisi o doprinosima na teret zaposlenih i poslodavaca, trenutnoj ekonomskoj situaciji i trendovima na tržištu rada. Finansiranje sistema je dovedeno u opasnost rasprostranjenom neformalnom ekonomijom čija se veličina procjenjuje od 25% do čak 57% BDP-a (Martić i Đukić, 2018: 18).

Tabela 14: Sadašnja potrošnja za zdravstvo kao postotak bruto domaćeg proizvoda (BDP), u %

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Bosna i Hercegovina	9,0	9,2	9,5	9,5	9,5	9,3	9,2	8,9
Hrvatska	8,1	7,8	7,8	6,5	6,7	6,8	6,8	6,8
Sjeverna Makedonija	6,7	6,5	6,6	6,7	6,3	6,3	6,4	6,1
Rumunija	5,8	4,7	4,7	5,2	5,0	4,9	5,0	5,2
Slovenija	8,6	8,6	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5	8,2
Slovačka Republika	7,8	7,4	7,6	7,5	6,9	6,8	7,1	6,7
Srbija	9,5	9,1	9,3	9,3	9,2	8,8	8,6	8,4

Izvor: Baza podataka Svjetske zdravstvene organizacije o finansiranju zdravstvene zaštite: http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en

Udio privatnih izdataka za zdravstvo iznosi 2,76% BDP-a i 29% sadašnje potrošnje za zdravstvo u zemlji. To je više nego u mnogim zemljama regije, kao što su, naprimjer, Slovačka Republika (20,2%), Hrvatska (21,8%), Rumunija (21,8%) ili Crna Gora (24,5%), ali ipak manje nego u Srbiji (41,9%) i Sjevernoj Makedoniji (35,7%).[50]

Osim velike ovisnosti o doprinosu zaposlenih (koji predstavljaju jednu trećinu osiguranika), sistem zdravstvene zaštite karakterizira i visok udio plaćanja vlastitim sredstvima (tabela 2.16). Taj udio je veći nego u drugim zemljama, ali ipak znantno niži u poređenju sa Srbijom i Sjevernom Makedonijom. Na plaćanje vlastitim sredstvima otpada najveći dio privatnih izdataka za zdravstvenu zaštitu – prema podacima Svjetske banke za 2014. godinu, čak 96,9% (Martić i Đukić, 2018: 21). To je još jedna očigledna slabost sadašnjeg modela potrošnje, s obzirom na to da plaćanje vlastitim sredstvima ima značajan utjecaj na prosječan budžet domaćinstava.

[50] https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics#

Tabela 15: Privatni izdaci za zdravstvo kao postotak sadašnje potrošnje za zdravstvo, u %

	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Bosna i Hercegovina	30,1	29,5	29,2	29,0	28,7	28,8	28,7	29,1
Hrvatska	14,0	12,1	11,5	8,8	11,3	10,9	11,0	11
Sjeverna Makedonija	37,8	35,8	35,2	33,7	35,0	34,3	35,3	31,9
Rumunija	19,6	24,3	22,4	20,2	20,3	21,3	20,8	20,5
Slovenija	12,6	12,2	12,5	12,5	13,0	12,5	12,0	12,3
Slovačka Republika	22,8	23,6	23,2	23,3	18,0	18,4	17,9	18,7
Srbija	36,4	36,4	35,4	37,9	39,9	40,6	40,8	41,8

Izvor: Baza statističkih podataka Svjetske banke o zdravstvu, prehrani i stanovništvu
https://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=health-nutrition-and-population-statistics#

3. Dinamika stanovništva i osnovne socioekonomske determinante

U ovom poglavlju su opisane karakteristike demografske tranzicije u Bosni i Hercegovini. Ona se odnosi na dugoročnu dinamiku stanovništva, od popisa 1948. godine do posljednjeg, koji je proveden 2013. godine, i putanju budućih trendova prema projekcijama stanovništva koje je uradio UN. U njemu se razmatraju sve komponente dinamike stanovništva, fertilitet, mortalitet i migracije, kao i promjene u dobnoj strukturi i procesu starenja stanovništva, kako bi se prepoznali osnovni izazovi u pogledu stanovništva u BiH.

Potrebno je poznavati trendove i pokretače dinamike stanovništva da bi se izradile realne i djelotvorne strategije za razvoj zemlje, kao konkretne ekonomske i javne politike. Promjena broja stanovnika i strukture stanovništva rezultat je složenog historijskog, socijalnog i ekonomskog, političkog i kulturološkog konteksta u kojem stanovništvo živi. Putanja stanovništva ne prepoznaje linearnost ni jednoobraznost u procesu demografske tranzicije. Također, ne postoje dvije zemlje koje su prošle kroz tranziciju na isti način, dok ekscesni događaji mogu imati dugoročan efekat. Trendovi stanovništva određuju okvire svih potreba koje se odnose na obrazovanje, zdravstvenu zaštitu, socijalni, penzijski sistem ili sistem stambenog zbrinjavanja. Zbog toga je poznavanje demografske stvarnosti i moguće budućnosti vodič za kreatore politika prilikom definiranja ciljeva i prioriteta i identificiranja budućih potreba.

Regiju Balkana karakteriziraju znatne unutrašnje razlike u dinamici demografske tranzicije, koje su rezultat socijalne i ekonomske jedinstvenosti, političkih okolnosti ili vjerske i etničke raznolikosti zemalja. Sve zemlje su prošle kroz značajne demografske transformacije, ali se u nekim zemljama promjene dešavaju postepeno i rezultat su dugogodišnjeg pada fertiliteta, dok su u drugim zemljama neočekivano izazvane procesima koji se odnose na ekonomsku i socijalnu tranziciju nakon pada socijalizma (kao, naprimjer, u Rumuniji i Bugarskoj) ili su pod utjecajem ratnih sukoba (kao u Bosni i Hercegovini). Ipak, promjene koje su nastale u većini zemalja regije u osnovi imaju pad fertiliteta i nedovoljnu stopu nataliteta, što je dovelo do određene demografske homogenizacije prostora (Vojković et al., 2014; Kotzamanis, 2001).

Rezultat demografske tranzicije i dugogodišnjeg pada fertiliteta je starenje stanovništva. Upadljivo starenje stanovništva je bilo karakteristika razvijenih zemalja koje su završile demografsku tranziciju. Međutim, starenje stanovništva predstavlja sve veći izazov današnjice i neke balkanske zemlje se već nalaze u vrhu zemalja svijeta u tom pogledu. Posljedice takvih promjena u starosnoj strukturi su brojne, i demografski i ekonomski. Predviđanja dinamike stanovništva u Evropi ukazuju na smanjenje radne snage, kao i efektivne potražnje za radnom snagom, i na povećanje omjera starije populacije i radno aktivne populacije. Sličan trend je zabilježen u svim zemljama regije, ali pod uvjetima znatno nižeg ekonomskog razvoja, što ih stavlja pred ozbiljne teškoće socijalnog i ekonomskog razvoja i onemogućava pronalaženje potrebnog i adekvatnog odgovora kroz politiku vlade.

3.1 Dugoročni trendovi stanovništva

Bosna i Hercegovina objavljuje podatke iz više popisa stanovništva, onih koji su provedeni u 19. vijeku do posljednjeg, 2013. godine, kao i druge podatke o vitalnoj statistici koji omogućavaju praćenje trendova demografskih tranzicija. Ipak, kada se govori o savremenim trendovima, statistički izvori su ograničavajući faktor, dok ostaje ogromna nesigurnost u tumačenju dinamike stanovništva. Posljednji popis stanovništva prije rata u BiH je proveden 1991. godine u okruženju značajnih političkih neprilika (Marinković, 2014, Kovačević, 2005). Naredni popis je organiziran 2013. godine, što znači da je propuštena prilika da se ocijene efekti rata na stanovništvo. Kompletan proces objavljivanja konačnih rezultata popisa provedenog 2013. godine je bio pod utjecajem nepovoljne političke klime u zemlji i proveden je u okruženju politizacije popisa, što je dovelo da objave dva izvještaja o konačnim rezultatima popisa stanovništva.

Među glavnim sporovima je promjena definicije rezidentnih stanovnika u zemlji. Takozvani princip „stalnog" boravišta (prebivališta) je promijenjen principom „uobičajenog" boravišta. Prema definiciji iz popisa 1991. godine, „rezidentno stanovništvo u datom području se sastoji od svih osoba koji uobičajeno žive u tom području, bez obzira gdje se nalaze u vrijeme popisa, bilo u tom području ili su privremeno odsutni i nalaze se drugdje u zemlji ili u inostranstvu". U to vrijeme je veliki broj građana Bosne i Hercegovine bio na radu u zemljama Zapadne Evrope, oko 234.000 osoba je privremeno radilo ili boravilo u inostranstvu, većina njih više od nekoliko godina, često i cijelo desetljeće (Kovačević, 2005).

Posljednji popis stanovništva u BiH je proveden 30. septembra 2013. godine i tada je primijenjena drugačija definicija na osnovu preporuka Evropske unije. Primijenjen je princip „uobičajenog boravišta" umjesto „prebivališta". Na popis su se odazvale osobe koje su u vrijeme popisa bile stalno ili privremeno odsutne i raseljene osobe. Zbog toga je oko 260.000 osoba isključeno iz podataka i nisu se računale kao osobe sa „uobičajenim boravištem". Međutim, Republika Srpska osporava dodatnih 196.000 osoba koje su ostale u bazi podataka (Republički zavod za statistiku RS, 2017). Prema zvaničnim podacima Republike Srpske, na teritoriji RS-a broj stanovnika iznosi 1.170.342. Republika Srpska to pravda zapažanjima iz istraživanja nakon popisa koje je provedeno na statističkom reprezentativnom uzorku svega 17 dana nakon zvaničnog popisa i koje je pokazalo da je broj stanovnika veći za 11%, odnosno za 145.996 osoba.

Sve to je pratilo potpuno odsustvo podataka za period rata od 1992. do 1995. godine, nepouzdani statistički podaci i različite procjene, kako zvanične[51] tako i procjene drugih autora, kao i za period duži od dvadeset godina. Zvanične procjene ne odstupaju u velikoj mjeri od procjena UN-a (2017) ili procjena Svjetske banke (2017): naprimjer, za 2001. godinu, prema UN-u i Svjetskoj banci, broj stanovnika je

[51] *Za period 1996-2017. postoje zvanične procjene o broju stanovnika sredinom godine (de facto stanovništvo sredinom godine, procjena). Procjena sadašnjeg broja stanovnika od strane Federalnog zavoda za statistiku FBiH je do 2010. bila bazirana na rezultatima popisa 1991. godine, podacima o rastu stanovništva i podacima o broju raseljenih osoba i izbjeglica i broju povratnika u mjestu prijeratnog prebivališta, a od 2011. godine, prema podacima o migracijama i podacima o evidenciji prebivališta i boravišta. Od 2013. godine su podaci popisa iz 2013. godine osnova za procjene (FBiH, 2010, 2011, 2018). Republički zavod za statistiku RS je nekoliko puta revidirao procjene broja stanovnika u periodu 1996-2017. Prema metodološkim objašnjenima za 2016. godinu, procjena ukupnog broja stanovnika za 1996. je urađena na osnovu pobrojanih podataka o izbjegličkoj i raseljenoj populaciji i broja domicilnih domaćinstava u 1996. godini. Na osnovu tih procjena su urađene projekcije do 2015, uz reviziju za 2008. na osnovu podataka vitalne statistike (Republički zavod za statistiku RS, 2016). Nakon objave rezultata popisa 2013. godine, pripremljena je potpuno nova revizija procjena u 2017. za period 1996-2017. koje znatno odstupaju od prethodnih procjena. Naprimjer, prve procjene za 2001. godinu su dale broj od 1,490,993 stanovnika u RS-u, dok su revidirane procjene iz 2015. dale broj od 1.447.477 stanovnika, a prema posljednjoj reviziji u 2017. godini, procijenjeni broj stanovnika je iznosio 1.195.990. Razlika između prve i posljednje procjene je gotovo 296.000 stanovnika (Republički zavod za statistiku RS, 2002, 2015, 2017).*

procijenjen na 3.771 miliona, a prema Agenciji za statistiku BiH, taj broj je procijenjen na 3.798 miliona, te je tako razlika od svega 27.000. Druge procjene u značajnoj mjeri odstupaju od zvaničnih procjena, ovisno o vremenu u kojem je studija provedena i njenom izvoru. Procjene urađene za potrebe raznih studija, naprimjer, za Izvještaj o humanom razvoju Bosne i Hercegovine za 2002. godinu ili za Komparativnu analizu pristupa izbjeglica i raseljenih osoba pravima, bazirane su na studijama Ilijasa Bošnjovića koji je objavio podatak o 3.362.474 stanovnika u zemlji. U toj studiji se spominje i procjena od 3.514.945 stanovnika na osnovu ankete o mjerenju životnog standarda (UNDP, 2002; Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2005).

Goran Penev je dao dvije varijante procjene (za 2000), pod pretpostavkom viših i nižih specifičnih stopa fertiliteta. Prema prvoj varijanti, procijenjeni broj stanovnika iznosi 3.380.149, što je slično procjenama Bošnjovića, a prema drugoj, procjena iznosi 3.781.182 stanovnika, što je slično zvaničnim podacima (Kovačević, 2005). Nepouzdana vitalna statistika do 2006. godine usljed metodoloških razlika,[52] odsustva evidencije o emigraciji stanovništva i međunarodnim migracijama ili nepotpunih evidencija i vremenski razmak od šest godina od popisa 2013. godine, uzrokovali su poremećaje u obradi podataka, ostavivši male šanse za preciznije procjene najnovijih trendova u pogledu intenziteta demografskih procesa.

Globalni dugogodišnji trendovi razvoja stanovništva u Bosni i Hercegovini se mogu podijeliti u nekoliko faza kojima se pravi razlika među specifičnim karakteristikama demografskih tranzicija i koje su tijesno povezane sa društvenim, ekonomskim i političkim tokovima. Te faze otprilike izgledaju ovako:

- Period poslije Drugog svjetskog rada do početka hiljadu devetsto šezdesetih godina
- Period od 1960. do 1990. godine
- Period od hiljadu devetsto devedesetih do danas.

Period poslije Drugog svjetskog rata do početka hiljadu devetsto šezdesetih godina

U toku prve faze se ponovo dogodio snažan silazni trend, što je bila karakteristika dinamike stanovništva u toku prve polovne 20. vijeka, a koji je usporen samo u toku Drugog svjetskog rata. Bio je to rani period demografskog razvoja kada je proces ukupne strukturne transformacije tek počeo pod utjecajem razvoja socijalističkog ekonomskog sistema. Struktura društva je još uvijek bila pretežno agrarna, uz udio poljoprivrednog stanovništva od gotovo 80%, visok stepen nepismenog stanovništva i dominantnu patrijarhalnu organizaciju porodice sa visoko reproduktivnim normama, tako da su žene završavale reprodukciju sa prosječno preko šestero živorođene djece. Tradicionalni položaj i uloga žene u porodici su bili važan faktor nivoa rađanja i njegove kasnije transformacije (Spasovski, 1995). Istovremeno, nije bilo većih razlika u prirodnom priraštaju stanovništva među narodima i konfesionalnim zajednicama (Spasovski, 1995). Opće stope nataliteta su porasle na 40 porođaja na 1.000 stanovnika. Smatralo se da patrijarhalne norme, univerzalnost braka i ulazak u brak u mlađoj dobi predstavljaju jednu od najvažnijih determinanti visokog fertiliteta (Spasovski, 1995). Posmatrano u odnosu na druge republike bivše Jugoslavije, Bosna i Hercegovina je u to vrijeme bila prostor ekspanzivnog rasta stanovništva, bez obzira na stalno prisutnu emigraciju. Prosječna godišnja stopa je bila među najvišim u Evropi (2,09%). Do 1961.

[52] Podaci vitalne statistike do 2003. godine su obrađivani prema mjestu boravišta. Od 2003. godine su podaci obrađivani prema definiciji prebivališta. Od 2008. godine su dodatni unosi isključeni iz obrade podataka za vitalnu statistiku. Podaci za teritoriju Brčkog, koji je bio u sastavu Republike Srpske do 2000. godine, kao i podaci za Brčko distrikt, su se obrađivali do 2001. godine (Republički zavod za statistiku RS, 2009). Te metodološke razlike utječu na rast stanovništva i podliježu odstupanjima ovisno o boravišnom statusu.

godine je broj stanovnika porastao na 3.277.948 u poređenju sa 2.564.308 stanovnika 1948. godine (tabela 3.1).

Tabela 16: Stanovništvo Bosne i Hercegovine prema podacima popisa stanovništva, 1948-2013.

Godina	1948.	1953.	1961.	1971.	1981.	1991.	2001.*	2013.
Broj	2.564.308	2.847.459	3.277.948	3.746.111	4.124.256	4.377.033	3.798.000	3.531.159
	Prosječna godišnja stopa rasta stanovništva u %							
Period		1953/1948.	1961/1953.	1971/1961.	1981/1971.	1991/1981.	2001/91.	2013/2001.
Stopa		2,09	1,89	1,43	1,01	0,61	-1,32	-0,7

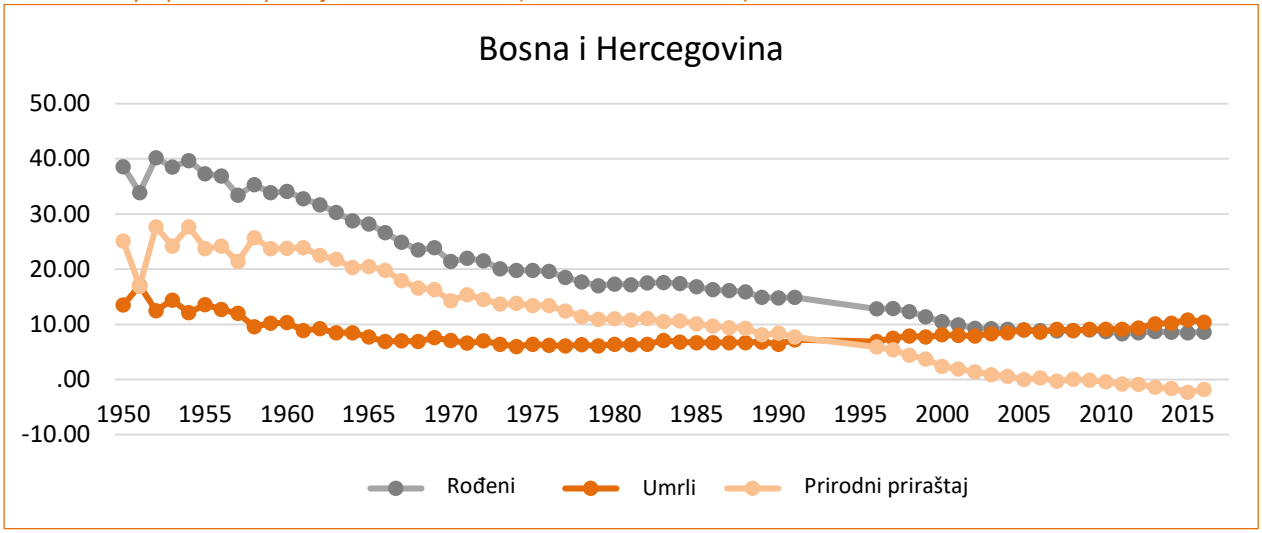
Izvor: BHAS, 2017. i izračun autora
**2001: ukupan broj stanovnika prema „de fakto" procjenama (sredinom godine)*

Period 1960-1990.

U periodu 1960-1990, uz industrijalizaciju i urbanizaciju, postojao je period dinamičnih promjena u ekonomskoj, socijalnoj, obrazovnoj i kulturološkoj sferi, što je dovelo do napretka i modernizacije društva i omogućilo brzu demografsku transformaciju Bosne i Hercegovine. U toj fazi je došlo do intenzivnog smanjenja novorođenih, što je uvjetovalo usporenje dinamike stanovništva, dok su se prosječne godišnje stope rasta postepeno snižavale sa 1,43% na 0,61%. Prvi put je tranzicija fertiliteta dovedena u veliki ponor kada su visoke stope nataliteta pale na ispod 30 živorođenih na 1.000 stanovnika sredinom hiljadu devetsto šezdesetih (slika 13) (Spasovski, 1995). Pad ispod 20 živorođenih na 1.000 stanovnika se dogodio sredinom hiljadu devetsto sedamdesetih, a treći put se to dogodilo kada je zabilježen pad ispod 10 živorođenih na 1.000 stanovnika u toku dvije hiljaditih godina. Tranzicija reprodukcije je dovela do napuštanja modela visokih stopa fertiliteta i postepenog smanjivanja fertiliteta na nivo ispod zamjene generacija. Ipak, stanovništvo Bosne i Hercegovine se do 1991. godine povećalo za 70% u poređenju sa veličinom stanovništva 1948. godine, dostigavši broj od 4.377.033 stanovnika (uključujući oko 234.000 osoba koje su živjele i radile u inostranstvu). Osim očiglednog napretka u obrazovanju stanovništva, vjeruje se da je niži obrazovni sastav ženske populacije bio važan faktor sporije demografske tranzicije[53] u poređenju sa zemljama regije (Spasovski, 1995). U tom periodu, Bosna i Hercegovina je zadržala svoj emigracioni karakter, uz jačanje drugih vrsta migracija. Pokrenuta je industrijalizacija zemlje preseljenjem stanovništva sa sela u gradove i u toj fazi je došlo do snažne polarizacije u prostornoj distribuciji stanovništva, uz jačanje koncentracije u gradskim područjima i središnjim dijelovima zemlje, paralelno sa pojavom i ekspanzijom pada stanovništva u ruralnim i planinskim područjima (Spasovski, 1995; Pašalić, 2017). U tom periodu je uz migracijski priliv stanovništva postignut ubrzani rast broja stanovnika u većim gradovima.

[53] *Demografska tranzicija je model razvoja stanovništva kroz faze u toku procesa društvenog i ekonomskog razvoja. Svaka faza tranzicije je obilježena karakterističnim odnosima između nataliteta i mortaliteta, kao sastavnih komponenti prirodnog kretanja stanovništva te u skladu s tim, i sa određenim demografski opravdanim promjenama u strukturi stanovništva (prije svega, u strukturi dobi i spola). Svaka faza je uvjetovana adekvatnim društvenim i ekonomskim uvjetima (Wertheimer-Baletic, 2016).*

Slika 13: Stope prirodne promjene stanovništva (na 1.000 stanovnika)



Izvor: BHAS, 2017; SZS, 1992

Period od 1990. do danas

Treća faza, to jeste, period od hiljadu devetsto devedesetih do danas, obilježena je ratom u Bosni i Hercegovini, kada je došlo do raspada svih socijalnih ustanova, čime su u znatnoj mjeri promijenjeni svi elementi demografskog sistema. Prema podacima UNHCR-a, rat je prouzrokovao stalno i privremeno raseljeništvo oko dva miliona stanovnika, od čega je 1,2 miliona podnijelo zahtjev za izbjeglički status, što iznosi oko 27,3% od 4,4 miliona stanovnika prema popisu iz 1991.godine, od kojih se svega mali broj vratio. Najveći broj povratnika je zabilježen u toku prve tri godine nakon završetka rata, nakon čega je taj broj počeo opadati, tako da se nakon 2002. godine proces praktično završio. Ukupno, u periodu 1996-2005. evidentiran je povratak 441.995 izbjeglica (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2005: Tanović, et al. 2014). Osim toga, došlo je do velikog preseljenja stanovništva među regijama te do velikih promjena u redistribuciji stanovništva unutar zemlje, što je bila posljedica administrativnih podjela. Kompletan taj period su obilježili visok broj žrtava tokom rata i izuzetno nizak fertilitet. Stopa rasta stanovništva je već bila u znatnoj mjeri smanjenja do 1991. godine i BiH je pod opterećenjem ratnih razaranja i u uvjetima visoke nestabilnosti ušla u fazu pada stanovništva.

Pitanje procjene broja žrtava rata je jedno od najosjetljivijih pitanja i uvijek postoji sumnja u pogledu stepena u kojem su one pouzdane i nepristrasne. Postoje brojne procjene raznih autora koje se znatno razlikuju u pristupu problemu broja žrtava rata i takozvanih ukupnih demografskih gubitaka. Ovisno o tome šta pojam „žrtva rata“ podrazumijeva, razne metode procjene i izvori podataka su doveli do prekomjernih ili preniskih procjena. Detaljna analiza i kritički pregled svih prethodnih analiza su dati u dokumentu autora Tabeaua i Bijaka (2003) pod nazivom „Žrtve rata hiljadu devetsto devedesetih godina u Bosni i Hercegovini“ (Tabeau and Bijak (2003): *Casualties of the 1990s War in Bosnia-Herzegovina*). Predstavljene su dvije procjena velikog broja autora: procjene koje su izvršene u Bosni i Hercegovini i Hrvatskoj i procjene autora izvan regije bivše Jugoslavije, a njihovi rezultati se kreću od oko 25.000 do 329.000 poginulih. Autori smatraju da procjene nisu dovoljno dobro osnovane i predlažu analitički okvir za novu procjenu (Tabeau, Bijak, 2003; Zwierzchowski, Tabeau, 2010). U tom dokumentu se bave pitanjem poteškoća u pogledu procjenjivanja mortaliteta u toku rata i mortaliteta izbjeglica. U tom cilju je neophodno doći do adekvatnih evidencija, a kada se radi o mortalitetu u izbjegličkoj populaciji, prema riječima autora, čini se da nije samo

teško, nego i nemoguće to uraditi (Tabeau, Bijak, 2003). Slabe strane statističkih i demografskih analiza u procjenama broja žrtava rata u Bosni i Hercegovini su tema dokumenta čiji je autor Kovačević (2005).

Što se tiče demografskih posljedica rata, one obuhvataju daleko veći dijapazon fenomena nego same žrtve rata. Vrlo je teško procijeniti ukupne demografske gubitke, posebno kada nema pouzdanih izvora podataka. Najčešće procjene polaze od scenarija broja stanovnika u zemlji da nije bilo rata i da se nastavio miran trend. Upravo taj izgubljeni dio prirodnog priraštaja stanovništva generiran smanjenim natalitetom i povećanim mortalitetom u vezi sa ratom obuhvata osim žrtava rata, povećani mortalitet majki i djece i povećani broj oboljelih ljudi, ljudi sa invaliditetom i ljudi sa traumom. Demografski gubici se odnose na ukupan gubitak stanovništva usljed prisilne emigracije. Demografske posljedice rata su predstavljene u današnjoj demografskoj situaciji koja se naziva „kvazi posttranzicijskom". Posttranzicijska faza je period razvoja stanovništva koja nastaje u uvjetima postindustrijaliziranog i postmodernog društva (Wertheimer-Baletić, 2016), a u Bosni i Hercegovini iznimno niske stope fertiliteta nisu u skladu sa niskim stepenom ekonomske i socijalne tranzicije. Rat je bez sumnje ostavio snažne posljedice po demografski razvoj, s obzirom na to da su procjene za 1996. godinu ukazivale na značajan gubitak stanovništva, ali i na dugogodišnji utjecaj na dinamiku i strukturu stanovništva. Kontinuirani proces emigracije iz BiH doprinosi tome, s obzirom na to da se nije zaustavio do danas, u situaciji sporog poslijeratnog socijalnog i ekonomskog oporavka.

Popis stanovništva 2013. godine je pokazao da je stanovništvo BiH smanjeno u poređenju sa popisom 1991. godine za oko 850.000 stanovnika (za oko 20%). Ako se uzme u obzir metodološka razlika u definiciji ukupnog stanovništva i ako se metodologija iz 2013. primijeni na popis iz 1991. godine, od broja ukupnog stanovništva 1991. godine se mora oduzeti oko 207.000 stanovnika, onih koji su privremeno boravili i radili u inostranstvu („gastarbajteri") i tada je razlika manja i iznosi oko 640.000. Neki autori još uvijek izražavaju sumnju u pogledu obima emigracije za koju se smatra da je znatno veća u odnosu na obim iz zvanične statistike, kao i u pogledu obima prekomjernog obuhvata posljednjim popisom (Josipović, 2016; Nikitović, 2016). Josipović je u svojoj analizi demografskih gubitaka procijenio da je zvaničan broj stanovnika u BiH u velikoj mjeri precijenjen, imajući na umu i emigraciju. Primjenom metodoloških prilagođavanja na koncept „uobičajenog boravišta", takozvana privremena emigracija u vrijeme bivše Jugoslavije je uključena u indirektni demografski gubitak zato što je prerasla u stalnu i Josipović daje procjenu prema kojoj broj stanovnika u Bosni i Hercegovini za 2013. godinu ne prelazi 3.335 miliona, tako da je u periodu 1991-2015. zemlja izgubila jednu četvrtinu svog prijeratnog stanovništva, to jeste, 1.093 stanovnika (Josipović, 2016).

Svi scenariji populacijske perspektive (tabela 3.2) pokazuju da je nastavak pada stanovništva u Bosni i Hercegovini nezaustavljiv proces, posebno iz razloga što se pozitivan efekat bivše strukture mladih ne može očekivati zbog posljedica rata. Prema srednjoj varijanti perspektiva prema UN-u (Perspektive svjetskog stanovništva, 2017-World Population Prospects 2017), ukupno stanovništvo Bosne i Hercegovine bi se do 2050. godine moglo smanjiti na 2,685 miliona. Ova varijanta polazi od pretpostavljenog sporog oporavka ukupne stope fertiliteta sa 1,22 na 1,42 djeteta po ženi. Prema sadašnjim demografskim trendovima u Bosni i Hercegovini, ova pretpostavka ukupne stope fertiliteta može izgledati preoptimistična. Ipak, nova saznanja idu u prilog oporavku ukupne stope fertiliteta u evropskim zemljama sa niskim fertilitetom, nakon što su se prethodno suočile sa najnižom ukupnom stopom fertiliteta. Među tim zemljama su i one iz regije, kao što su Mađarska, Rumunija i Slovenija (Lutz et al, 2006; Sobotka, Lutz, 2010; Goldstein et al, 2009; Sobotka, 2011; Nikitović, 2016). S obzirom da je trend ukupne stope fertiliteta velika nepoznanica, uzet je u obzir i trend koji pokazuje varijantu niskog fertiliteta. Prema niskoj varijanti perspektiva (na osnovu pretpostavke da će ukupna stopa fertiliteta ostati ekstremno niska, na oko 1,15

djece po ženi do 2050. godine i sa blagim oporavkom ubrzo nakon toga), pad stanovništva bi bio vrlo oštar. Negativna stopa prirodnog priraštaja bi prestigla dinamiku prosjeka – 1% godišnje do 2050. godine, dok bi se ukupna veličina stanovništva smanjila na 2.460.000 (odnosno za 31%), što je bio ukupan broj stanovnika u Bosni i Hercegovini sredinom prošlog stoljeća, uz izuzetno nepovoljne karakteristike strukture stanovništva. Takav trend je na istom nivou kao i rangiranje zemalja za koje je predviđen najveći pad stanovništva na svijetu.

Tabela 17: Projekcije broja stanovnika Bosne i Hercegovine do 2050. Odsjek UN-a za stanovništvo: Perspektive svjetskog stanovništva i scenariji Centra ekspertize za stanovništvo i migracije (CEPAM)

	2015.	2020.	2025.	2030.	2035.	2040.	2045.	2050.
Odsjek UN-a za stanovništvo								
Srednja varijanta								
Stanovništvo (u hiljadama)	3.536	3.281	3.212	3.127	3.030	2.923	2.808	2.685
Ukupna stopa fertiliteta		1,22	1,21	1,26	1,31	1,37	1,42	1,47
Prosječna godišnja stopa rasta (%)		-0,42	-0,54	-0,63	-0,72	-0,81	-0,89	-0,95
Niska varijanta								
Stanovništvo (u hiljadama)	3.536	3.281	3.187	3.064	2.923	2.775	2.620	2.460
Ukupna stopa fertiliteta		0,97	0,81	0,76	0,81	0,87	0,92	0,97
Prosječna godišnja stopa rasta (%)		-0,58	-0,79	-0,94	-1,04	-1,15	-1,26	-1,38
Demografski pokazatelji, srednji scenarij CEPAM-a								
Stanovništvo (u milionima)	3,54	3,36		2,97		2,54		2,11
Ukupna stopa fertiliteta	1,36	1,43		1,47		1,49		1,51
Petogodišnja neto migracija (u hiljadama)	-133,8	-125,6		-108,5		-89,5		-71,1

Izvor: UN, World Population Prospects 2019; European Commission, Joint Research Centre, 2018, https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/lutz_et_al_2018_demographic_and_human_capital.pdf

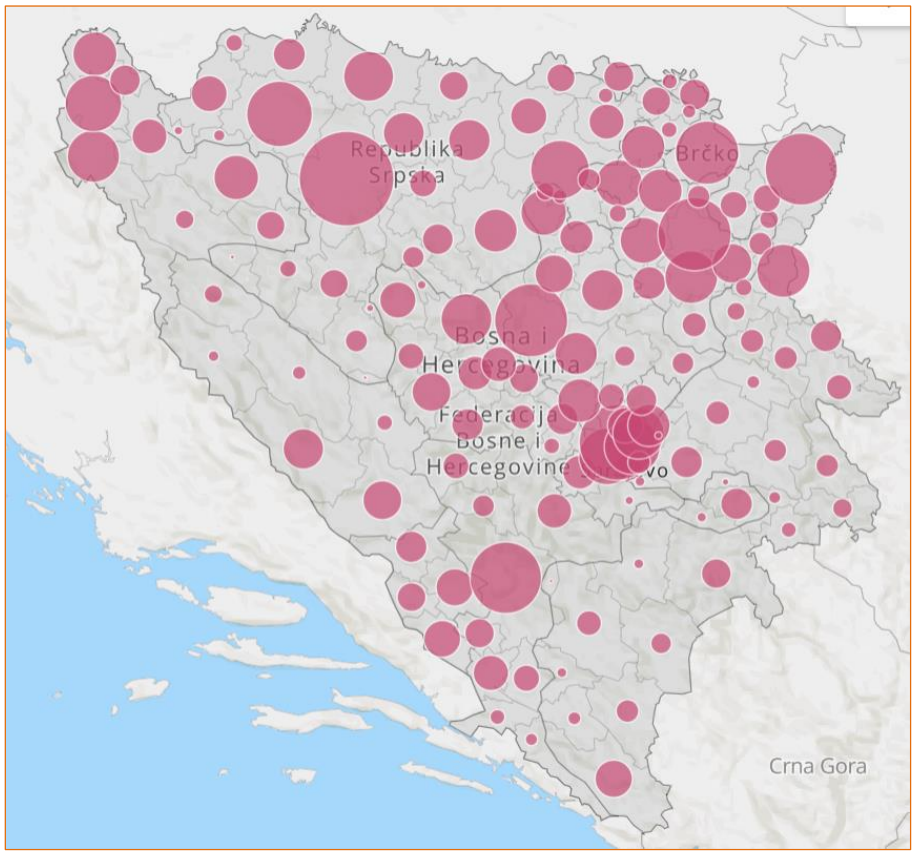
Prema perspektivama stanovništva Centra ekspertize za stanovništvo i migracije (CEPAM), svi scenariji vode do smanjenja stanovništva, ali snaga komponente migracija i njene razne pretpostavke dovode do značajno drugačije demografske budućnosti. Prema srednjem scenariju CEPAM-a, koji pretpostavlja sredinu, pod uvjetom dugoročnog nastavka prosječne stope migracija iz perioda 1960-2015, Bosna i Hercegovina bi izgubila 51% svog stanovništva do 2060. godine i broj stanovnika bi pao na 1,71 milion. Ako se emigracija intenzivira (CEPAM-ov scenarij udvostručenih migracija), Bosna i Hercegovina bi izgubila 73% svog stanovništva do 2060. godine. Samo scenarij kojim se predviđa nepostojanje migracijskih tokova (CEPAM-ov scenarij nultih migracija) daje povoljniju sliku i smanjenje broja stanovnika za 27%, na 2,87 miliona. Potrebno je uzeti u obzir da su sve tri varijante bazirane na srednjoj stopi fertiliteta (rast sa 1,36 na 1,52 živorođenih po ženi do 2060), iako Bosna i Hercegovina nije zabilježila nivo ukupne stope fertiliteta od 1,36 gotovo dva desetljeća (Evropska komisija, 2018).

3.2 Prostorna distribucija stanovništva

Prema zvaničnim rezultatima popisa koje je objavila Agencija za statistiku BiH, u 2013. godini je Federacija BiH imala 2.219.220 stanovnika (62,8% ukupnog stanovništva), Republika Srpska je imala 1.228.423 (34,8%), dok je Brčko Distrikt imao 83.516 stanovnika (2,4%).

Bosna i Hercegovina, sa 69 stanovnika na jedan kvadratni kilometar, spada u grupu zemalja sa niskom gustoćom naseljenosti (slika 14). Gustoća naseljenosti je uvjetovana prirodnim i geografskim predispozicijama, ali i različitim ukupnim društvenim, ekonomskim i demografskim razvojem. S tim u vezi, moguće je reći da je glavno obilježje, ali i najveći izazov savremene distribucije stanovništva u BiH upečatljiva neujednačenost i dispariteti u regionalnom razvoju.

Slika 14: Veličina i distribucija stanovništva, naselja u BiH, 2013.



Izvor: Agencija za statistiku BiH, interaktivni podaci popisa stanovništva

Što se tiče prostorne demografije, u BiH je moguće izdvojiti dva ciklusa snažnih kretanja i redistribucije stanovništva, a njihov krajnji efekat je bio pražnjenje ruralnih područja. Prvi ciklus je nastao tokom industrijskog razvoja zemlje (uglavnom u periodu 1960-1980), kada je postignut ubrzani rast stanovništva u gradovima, što je rezultiralo demografskim padom na selima i kasnije uvjetovalo prostorni i polarizirani demografski razvoj Bosne i Hercegovine. U periodu 1948-1991, urbano stanovništvo je povećano 3,7 puta, na 1,7 miliona stanovnika koji su činili 38% ukupnog stanovništva 1991. godine, što znači da je zemlja još uvijek bila pretežno ruralna.

Drugi ciklus velike distribucije stanovništva, ovog puta potaknute etničkim faktorima, (Marinković, Majić, 2018), dogodio se u toku zadnjeg desetljeća 20. stoljeća, kada je rat prouzrokovao talas prisilnih migracija. Tada je najveći broj izbjeglica i raseljenih osoba pobjegao u velike gradove, što je, osim žrtava rata, utjecalo i na pražnjenje ruralnih sredina (Radić, 2010). Nova unutrašnja politička i teritorijalna organizacija BiH, provedena na osnovu Dejtonskog mirovnog sporazuma postignutog 1995. godine, dovela je do promjena u naseljima i urbanom sistemu u Bosni i Hercegovini, što na vrlo kompleksan način utječe na regionalni razvoj zemlje. Međuentitetska linija razgraničenja prelazi preko ranije uspostavljenih nodalnih i funkcionalnih regija i nije u skladu sa historijskim, društvenim, ekonomskim i funkcionalnim odnosima, čime se remeti cjelovit razvoj zemlje (Marinković, Majić, 2018; Radić, 2010).

Prema popisu iz 2013. godine, urbano stanovništvo je smanjeno na 1,5 milion, ali je njegov udio u ukupnom stanovništvu povećan na 43%. Epicentar takvog prostornog i polariziranog demografskog razvoja Bosne i Hercegovine je urbana regija Sarajeva, središnja zona koncentracije privrede Bosne i Hercegovine. Osim Sarajeva, vodeći centri razvoja i koncentracije stanovništva su mikro-regionalni centri Banja Luka, Tuzla, Zenica i Mostar, u kojima najveći priliv direktnih stranih ulaganja odgovora snažnom prilivu internih migranata nakon rata (Radić, 2010). Stoga je u Kantonu Sarajevo i te četiri općine/grada, sa ukupno 926.000 stanovnika (700.000 stanovnika u urbanim zonama), koncentrirano preko jedne četvrtine (26%) ukupnog stanovništva Bosne i Hercegovine, što jasno govori o neujednačenosti prostornog i regionalnog razvoja BiH. Sa druge strane, postoji sve veći trend pada stanovništva i gustoće naseljenosti u ruralnim i planinskim područjima.

3.3 Utjecaj komponenti dinamike stanovništva

Bosna i Hercegovina je tradicionalno bila jedna od najposebnijih regija u pogledu emigracije u bivšoj Jugoslaviji (tabela 3.3). U toku druge polovine 20. stoljeća migracijski saldo je bio negativan. Hronološki, najveći odliv stanovništva je zabilježen hiljadu devetsto šezdesetih godina, kada je prosječna godišnja negativna stopa migracijskog salda iznosila -0,63%. U tom periodu je dominirala emigracija u Srbiju i Hrvatsku, koja je počela planiranom kolonizacijom u od 1945. do 1948. godine (Spasovski, 1995). Ipak, visoke stope nataliteta (prosječna godišnja stopa prirodnog priraštaja stanovništva je iznosila 1,96%) ne samo da su bile kompenzacija za gubitak usljed negativnog migracijskog salda, nego su i osigurale dinamičan demografski rast. U naredna dva desetljeća su obje komponente zadržale isti trend, ali sa nižim vrijednostima. Značaj komponente prirodne obnove stanovništva za cjelokupan rast stanovništva se posmatra kroz povećanje stanovništva za preko 2,5 miliona, dok je negativan migracijski saldo od 1948. do 1991. godine iznosio 700,000 ljudi.

Tabela 18: Promjena stanovništva po komponentama (prosječne godišnje stope na 100 osoba) 1948-2013.

Period	Ukupna promjena		Prirodni priraštaj		Neto migracije	
	Apsolutna	Relativna	Apsolutna	Relativna	Apsolutna	Relativna
1948-1952	283.151	2,09	312.930	2,31	-29.779	-0,22
1953-1960	430.489	1,76	592.247	2,42	-161.758	-0,66
1961-1970	468.163	1,33	689.573	1,96	-221.410	-0,63
1971-1980	378.145	0,96	516.256	1,31	-138.111	-0,35
1981-1990	252.777	0,59	423.988	1,00	-171.211	-0,41
1992-1995 podaci nedostaju						
1991-2013	-845.874	-0,95	93.885	0,11	-939.759	-1,06
1991-2013*	-638.874	-0,75	93.885	0,11	-732.759	-0,86
2013-2017**	-27.159	-0,21	-25.614	-0,19	-1.545	-0,01

Izvor: BHAS, 2017; SZS, 1992.
**Zbog usklađivanja metodologija, broj stanovnika prema popisu iz 1991. je smanjen za broj osoba na privremenom radu u inostranstvu (-207.000 osoba).*
*** 2017. prema procjenama*

U toku zadnje dekade 20. i početkom 21. stoljeća, negativan migracioni saldo je dobio neočekivane razmjere uz velike izbjegličke talase u toku rata. Ipak, vrijednost za period 1991-2003. se treba tumačiti imajući na umu kompleksnost statistike u BiH, kao i činjenicu da popis stanovništva nije najbolji izvor podataka za praćenje vanjskih migracija. Kao što je naglašeno u uvodu, metodološka ograničenja i kvaliteta statističkih podataka ne dozvoljavaju preciznu analizu efekta komponenti na dinamiku stanovništva u tom periodu.

Bez obzira koji se podaci o vrijednosti migracionog salda trebaju uzeti u obzir, činjenica je da je broj osoba koje su emigrirale premašio negativan saldo u toku proteklih 40 godina (-712.448). Istovremeno, doprinos prirodnog priraštaja obnovi stanovništva je gotovo u potpunosti izostao i od 2007. godine je stopa prirodnog priraštaja također negativna. U periodu 2013-2017. prirodni priraštaj i migracije idu u pravcu daljnjeg pada stanovništva. Broj umrlih je premašio broj živorođenih i BiH svake godine, u prosjeku, gubi oko 6,500 stanovnika kroz negativan prirodni priraštaj. Prema podacima zavodâ/Agencije za statistiku, migracioni saldo ima daleko manji značaj. Međutim, s obzirom da se podaci o migracijama ne prikupljaju kroz zvanične kanale, svi analitičari se slažu da su vrijednosti migracija podcijenjene.

Prema podacima Svjetske banke, 1,471 miliona građana Bosne i Hercegovine (ili 38% ukupnog stanovništva) je 2005. godine boravilo u inostranstvu, po čemu je zemlja druga u svijetu. Godine 2013. evidentiran je odlazak 1,699 miliona građana u inostranstvo (ili 44,5% od ukupnog stanovništva). Glavne zemlje odredišta su bile Hrvatska, Srbija, Njemačka, Austrija, SAD, Slovenija, Švedska, Švicarska, Australija i Kanada (Grupa Svjetske banke, 2016).

3.4 Transformacije dobne strukture stanovništva

Transformacija dobne strukture Bosne i Hercegovine sublimira sve druge demografske komponente razvoja. Da bi se bolje sagledale dimenzije velikih promjena u dobnoj strukturi otkrivenih kroz popis proveden 2013. godine, prikazan je trend iz 1971. godine kada je dobna struktura odražavala ekspanzivan demografski rast (slika 15).

Prema podacima iz popisa provedenog 1971. godine, dobna struktura stanovništva u Bosni i Hercegovini je imala sve karakteristike mlade populacije: udio mladih uzrasta do 19 godina je iznosio 45,4%, a udio starijih osoba u dobi od 60 i više godina je iznosio 7,7%. Dugogodišnji pad fertiliteta u toku demografske tranzicije se direktno odrazio na dobnu strukturu stanovništva. U periodu od četrdeset godina (1950-1990) godišnji broj živorođenih je opao za više od jedne trećine (sa 103,000 na 67,000), što je utjecalo na pad broja mladih osoba uzrasta 0-14 godina za 20% u periodu 1971-1991. Njihov udio u ukupnom stanovništvu je opao sa 34,4% na 23,5%. Istovremeno, broj starijih osoba u dobi od 65 i više godina je povećan za 61% i njihov udio u ukupnom stanovništvu je povećan sa 4,7% na 6,5%. Prosječna dob stanovništva je bila ispod 30 godina i to je pokazatelj da je u toku hiljadu devetsto sedamdesetih godina stanovništvo Bosne i Hercegovine bilo vrlo mlado, dok je 1991. godine prosječna dob povećana na 34 godine.

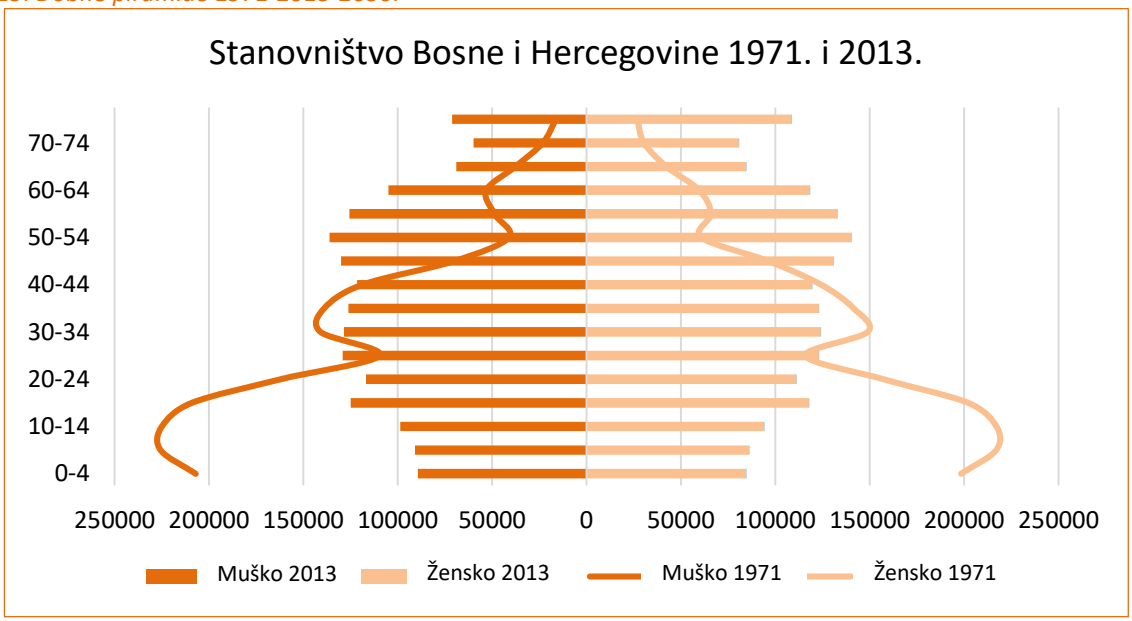
Prirodni tok demografskog starenja, koji prati promjene u demografskom ponašanju u toku tranzicije, eskalirao je tokom hiljadu devetsto devedesetih godina. Ukupne ratne posljedice se odražavaju kroz radikalne promjene u dobnoj strukturi. Broj mladih uzrasta 0-14 godina je gotovo prepolovljen. Broj starijih osoba u dobi od 65 i više godina je povećan za 66,7%. Uobičajeno je da u toku procesa starenja broj stanovnika u dobi od 15 do 64 godine počinje opadati nakon sukcesivnog povećanja. U stanovništvu BiH, međutim, intenzitet opadanja je neočekivan i rezultat je prekomjernih trendova izazvanih ratom. Promjena naglaska sa mlade na stariju populaciju se vidi kroz izravnanje njihovog broja i udjela na oko 15% ukupnog stanovništva. Kada govorimo o udjelu starijeg stanovništva, primjećuju su velike razlike između muške i ženske populacije, a vremenom je ta nejednakost produbljena. U muškoj populaciji je udio starijih osoba konstantno niži u poređenju sa ženskom populacijom, ali se ta razlika naročito povećala u najnovijem periodu, tako da udio starije populacije u muškoj populaciji iznosi 12,1%, a u ženskoj 16,3%. U ženskoj populaciji je također došlo do inverzije, tako da su žene starije od 65 godina nadmašile udio mlade ženske populacije, što je izuzetno nepovoljno iz perspektive reproduktivne uloge mlade ženske populacije.

Dinamika demografskog starenja sintetizira pokazatelj indeksa starenja. Kada se indeks starenja posmatra kao omjer starijih osoba u dobi od 60 i više godina i mladih u dobi do 19 godina, vrijednost ovog pokazatelja je bila udvostručena sve do hiljadu devetsto devedesetih godina, ali nivo od 34,7 ukazuje da u 1991. godini stanovništvo još uvijek nije prešlo „prag demografskog starenja“. Prema popisu provedenom 2013. godine, indeks je već dosegao vrijednost od 88,6 i ukazivao je da je stanovništvo BiH ušlo u fazu „dubokog demografskog starenja“ za vrlo kratko vrijeme, što se dešava samo u vrlo ekscesivnim situacijama. Kada se indeks starenja posmatra kao omjer starijih osoba u dobi od 60 i više godina i djece uzrasta 0-14, tada je indeks imao relativno stabilan tok prilično sporog rasta u toku hiljadu devetsto sedamdesetih i osamdesetih godina, ali je do 2013. godine došlo do naglog porasta sa 27,7 na 92,3. Istovremeno, prosječna dob stanovništva je dostigla 39,5 godina, što ukazuje na snažnu transformaciju dobne strukture.

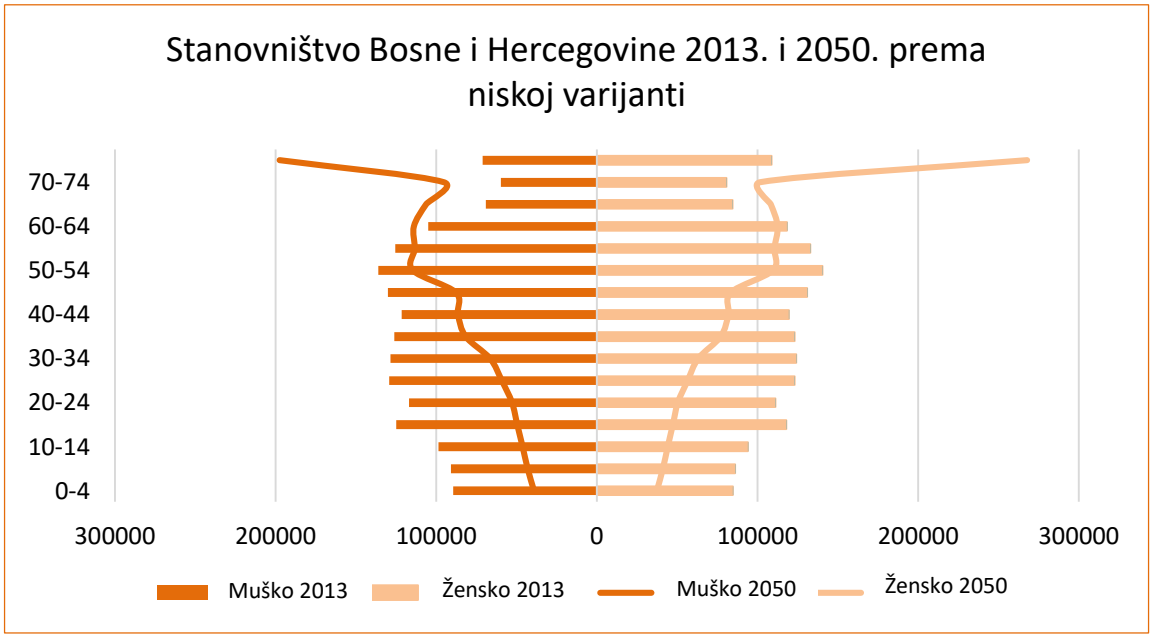
Slika ubrzanog starenja stanovništva Bosne i Hercegovine je predstavljena u UN-ovim Perspektivama svjetskog stanovništva. Prema srednjoj varijanti perspektiva, do 2025. godine će doći do prvog povećanja udjela starijih osoba (na 20,2%) u odnosu na osobe u dobi od 15-64 godine. Nakon 2025. godine će se proces starenja još više intenzivirati, što će se osjetiti kroz veliko smanjenje udjela mladih, za 30% u odnosu na stanovništvo u 2013. godini, i njihov relativni udio od 12,8% u ukupnom stanovništvu. Istovremeno bi se broj starijih osoba mogao povećati za 75%, a njihov udio u ukupnom stanovništvu na 28,7%. Prema niskoj varijanti perspektiva UN-a, dobne skupine od 35 i više godina, što znači srednji dio i vrh piramide, zadržale bi isti nivo u odnosu na srednju varijantu, ali ovaj scenarij, koji se zasniva na izuzetno niskoj stopi ukupnog fertiliteta, predviđa daleko veću nestabilnost osnove piramide. Zbog znatno manjeg priliva novih

generacija, do 2025. godine bi se broj mladih smanjio za 30%, a do 2050. godine bi došlo do ekstremnog smanjenja njihovog udjela, na 9,1%. Broj djece uzrasta 0-14 bi se prepolovio u odnosu na 2013. godinu, dok bi broj starijih osoba dosegao 877.000. To znači da bi se piramida iz 1971. godine praktično okrenula naopako. U 1971. godini je bilo 1,290 miliona djece uzrasta 0-14 godina, a prema niskoj varijanti perspektiva UN-a, njihov broj bi do 2050. godine mogao iznositi svega 251,000.

Slika 15: Dobne piramide 1971-2013-2050.



Izvor: BHAS, 2017; UN, 2017



Izvor: BHAS, 2017; UN, 2017.

Posljedice tako velikih promjena u dobnoj strukturi stanovništva su mnogobrojne. Napredan proces starenja negativno utječe na niske stope rađanja, s obzirom da sužava demografsku osnovu buduće reprodukcije stanovništva. U toku hiljadu devetsto sedamdesetih godina došlo je do neočekivanog porasta broja žena u reproduktivnoj dobi, kada je za svega deset godina broj žena u dobi od 15 do 49 godina više nego udvostručen. Takav priliv velikih kohorti iz perioda visoke reprodukcije, posebno iz perioda eksplozije rađanja djece (*baby boom*), omogućio je relativno veliki broj živorođenih, čak i poslije naknadnog pada stope ukupnog fertiliteta. U toku hiljadu devetsto osamdesetih je došlo do stagnacije broja žena u ovoj dobnoj skupini iako su se, u suštini, desile promjene u kohortama optimalnog fertiliteta, zato što je broj žena u dobi od 20 do 34 godine prepolovljen u periodu od samo 10 godina, od 1981. do 1991. godine. Prema podacima iz 2013. godine, broj žena u reproduktivnoj dobi je smanjen za četvrtinu, a kohorta optimalnog fertiliteta je smanjena na svega jednu trećinu svoga broja u 1981. godini, u toku najdinamičnijeg rasta. Danas je broj žena u dobi optimalnog fertiliteta za 15% niži u odnosu na broj iz 1971. godine, što najbolje ukazuje da je nakon pada broja žena u reproduktivnoj dobi uslijedila velika promjena njihove dobne strukture. To također znači da osim radikalnih promjena u reproduktivnom ponašanju, koje se odnose na drastično smanjenje prosječnog broja djece po ženi, takav iznenadni pad kohorti optimalnog fertiliteta sužava „manevarski prostor" za djelovanje kroz populacijsku politiku. Poznato je da populacijska politika može doprinijeti povećanju nataliteta samo do 10% (Rašević, 2006). Uz alarmantno nizak fertilitet ispod ukupne stope fertiliteta od 1,3 ovo dovodi stanovništvo BiH u takozvanu „zamku niskog fertiliteta" za koju se vjeruje da je počela ako se duži vremenski period ukupna stopa fertiliteta nalazi ispod 1,5 (Lutz et al, 2006), kada dolazi do poremećaja nižeg praga demografske održivosti.

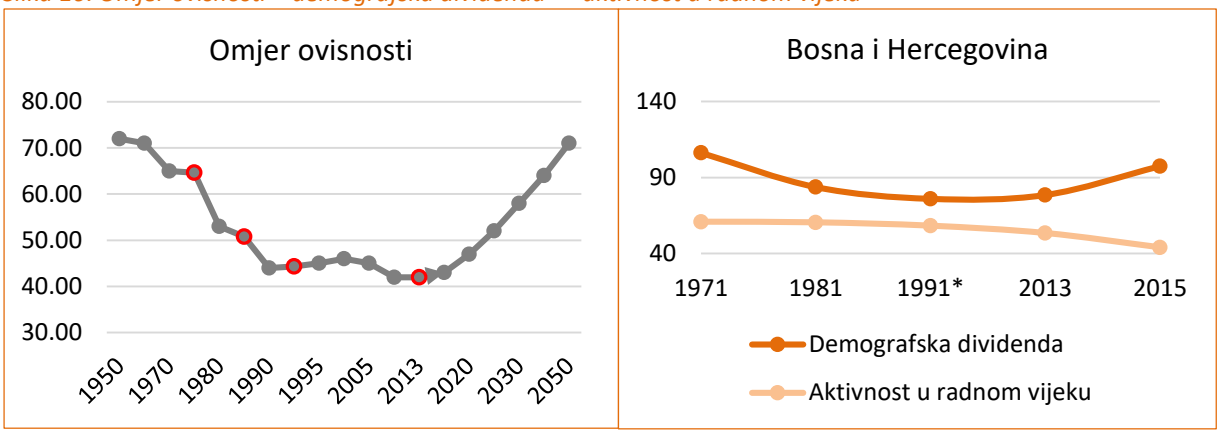
Sa ekonomskog aspekta, sa jedne strane, postoje mogućnosti koje nude transformaciju dobne strukture kroz „demografsku dividendu", a sa druge, veze između dinamike stanovništva i tržišta rada su važne, a posebno su snažni izazovi u pogledu penzionog sistema i sistema socijalne zaštite i njihove održivosti.

Demografska dividenda-Relevantnost demografske dividende leži u činjenici da visoki udjeli aktivnih osoba mogu relativno lako pokriti visoku javnu potrošnju onih koji su mlađi ili stariji od njih i također zadržati povoljan obim i strukturu individualne potrošnje kao glavnog pokretača ekonomskih i neekonomskih aktivnosti u zemlji. Do sredine hiljadu devetsto sedamdesetih, omjer dobne ovisnosti je bio vrlo visok zbog visokog udjela djece i stabilnog udjela stanovništva (slika 16). Godine 1971. na svakih 100 radno sposobnih stanovnika je bilo osam starijih osoba i 57 djece. Zbog pada fertiliteta, sa intenzitetom koji je nadmašio umjeren rast udjela starije populacije, ukupan omjer dobne ovisnosti je počeo brže opadati, da bi početkom hiljadu devetsto devedesetih dosegao 44, a u 2013. godini svoj najniži nivo od 42.[54] Na svakih 100 radno sposobnih stanovnika bilo je, u prosjeku, 20 starijih osoba i svega 22 djece. Odmah nakon toga je počeo intenzivan rast omjera dobne ovisnosti. U postojećim uvjetima fertiliteta se može očekivati da će u 2050. godini ukupan omjer dobne ovisnosti dosegnuti 71, što bi bio nivo iz 1950. godine, ali uz obrnute udjele ovisnosti starije i mlade populacije. U toku hiljadu devetsto devedesetih godina, kada je mogla iskoristiti prednosti „demografskog bonusa", Bosna i Hercegovina je bila zahvaćena ratnim sukobom. Moglo bi se reći da današnja niska stopa ovisnosti još uvijek omogućava napredak u pogledu makroekonomske stabilizacije zemlje i strukturnih reformi. Ipak, ukupna stopa dobne ovisnosti, koja je u 2013. godini iznosila 42, treba se porediti sa stopom ovisnosti radne snage koja iznosi 78,5 neaktivnih osoba na svakih 100 aktivnih osoba u dobi od 15 do 64 godine. Stvarni efekti demografske dividende su striktno ograničeni smanjenjem stope ekonomske aktivnosti u toku posljednih pet desetljeća. Što se tiče

[54] Ako se uzima 20 godina života kao niža granica radnog kontingenta, što je bliže stvarnosti, s obzirom da su stope aktivnosti dobne skupine 15-19 izrazito niske, tada omjer ovisnosti mladih iznosi 35,1, a ukupan omjer dobne ovisnosti 57,5.

ovisnosti o radnoj snazi, 1971. godine je na svakih 100 aktivnih osoba bilo 106 neaktivnih i bez obzira na smanjenje ekonomske aktivnosti, a zbog pada fertiliteta, došlo je i do smanjenja omjera ovisnosti radne snage koji je dostigao svoj minimum na početku 21. stoljeća, kada je na svakih 100 aktivnih osoba bilo oko 75 neaktivnih. Taj momenat je, ustvari, predstavljao kompletno slabljenje efekta demografske dividende. Od tada je omjer ovisnosti radne snage počeo rasti i 2015. godine je dostigao 97,5 neaktivnih osoba na 100 aktivnih, kada je u zemljama EU taj omjer, u prosjeku, iznosio 106 na 100 aktivnih stanovnika (Lutz et al, 2018).

Slika 16: Omjer ovisnosti – demografska dividenda[55]– aktivnost u radnom vijeku



Izvor: BHAS, 2017.

Ako se posmatra dugoročno, sa procesom starenja, danas u većini zemalja postoji trend koji vodi ka udvostručenje broja penzionera po radniku i izuzetno visokog rasta omjera ovisnosti starije populacije (Radivojević, Nikitović, 2010). Zbog toga na prvo mjesto dolazi pitanje veličine i strukture radne snage, s obzirom na to da će povećani broj penzionera morati finansirati smanjena radna snaga, čime će se stvoriti znatan pritisak na javni penzioni i zdravstveni sistem. U Bosni i Hercegovini je radni kontingent išao putanjom kontinuiranog rasta sve do 1991. godine, da bi se potom smanjio za 16% u 2013. godini,[56] iako je njegov udio u ukupnom stanovništvu dostigao 70%.[57] UN-ove perspektive, u srednjoj varijanti, pokazuju nastavak njegovog pada: do 2025. godine za 9%, a do 2050. godine za dodatnih 21% (slika 17). Prema niskoj varijanti, do 2050. godine radni kontingent bi bio dvostruko manji nego što je bio 1991. godine. Bez obzira na vjerovatnoću ostvarenja niske varijante, činjenica je da pad stanovništva može dovesti do deficita u ponudi radne snage, što bi sigurno bio snažan ograničavajući faktor ekonomskog razvoja. Sa sadašnjim nivoom stope aktivnosti, to bi moglo dovesti do smanjenja radne snage za 12% do 2025. godine i za 37% do 2050. godine, što predstavlja bržu dinamiku od one koja je projicirana za zemlje Zapadne i Centralne Evrope prema srednjoj varijanti UN-ove perspektive stanovništva (7% odnosno 19%) te bržu nego u zemljama regije (Radivojević, Nikitović, 2010).

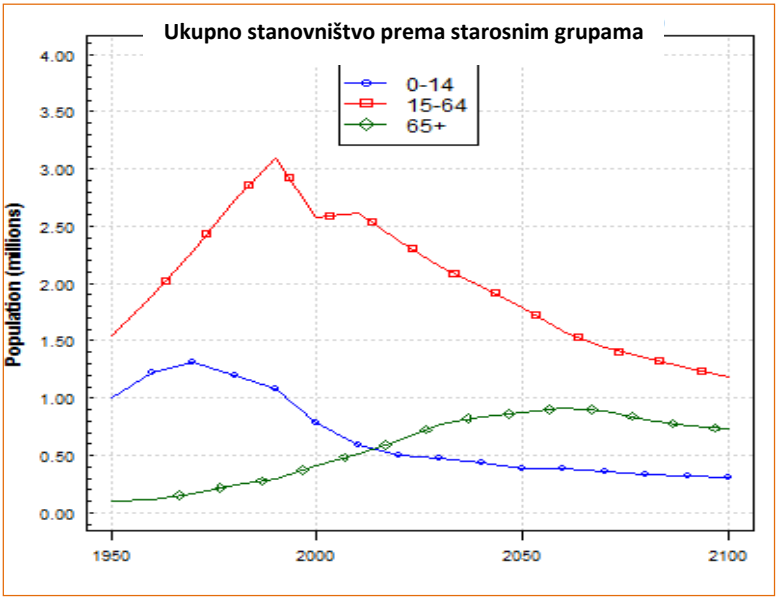
---

[55] Demografska dividenda pokazuje broj ovisnih osoba na 100 radno sposobnih aktivnih osoba.

[56] Prema anketi o radnoj snazi provedenoj u 2013. godini, veličina tog kontingenta značajno odstupa od podataka iz popisa stanovništva i iznosi 2,079 miliona, što je za 400.000 manje od rezultata popisa.

[57] Uobičajeni trend u toku prve faze tranzicije starenja je povećanje udjela radno sposobne populacije, a u balkanskim zemljama je obim ovog kontingenta do sada imao silazni trend. Najveći rast je postignut u najmlađim zemljama, kao što je Albanija, gdje je povećan 1,5 puta, Sjeverna Makedonija, gdje je povećan za 75%, Crna Gora, za 52% i Bosna i Hercegovina, gdje je njegov rast od 39% bio manji od očekivanog usljed izbjeglica i bijega tih generacija od ratnih sukoba. Povećanje udjela radno sposobnog kontingenta u ukupnom stanovništvu je bio čak veći što je stanovništvo bilo mlađe (Vojković et al, 2014).

Slika 17: Putanja ukupnog stanovništva prema dobnoj skupini širokog raspona



Izvor: UN, 2017. http://www.un.org/esa/population/unpop.h

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Bosna i Hercegovina se suočava sa nizom ozbiljnih izazova u pogledu stanovništva: pad stanovništva, fertilitet je daleko ispod nivoa zamjene generacija, ubrzana emigracija i starenje stanovništva, što ima dugoročne i dalekosežne posljedice.
- Najvažnija demografska implikacija dugoročno niskog fertiliteta će se ogledati u velikom smanjenju fertilnog kontingenta. Time će se podrivati buduća reprodukcija i smanjiti mogućnosti za buduće djelotvorno povećanje novih generacija, što opet predstavlja veliko ograničenje za djelovanje kroz populacijsku politiku.
- Trebaju se očekivati značajne promjene u strukturi stanovništva, s obzirom na to da će se udio populacije u dobi od 65 i više godina najvjerovatnije povećati za 75%. S obzirom na činjenicu da će se broj mladih znatno smanjiti, očekuje se porast stope ovisnosti osoba starije dobi, dok će se radno sposobna populacija, koja će biti gotovo prepolovljena, naći pod snažnim pritiskom. U zavisnosti od ekonomskih faktora, ovo može dovesti do stvaranja mogućnosti za zapošljavanje, ali također može ukazati i na nedostatak radne snage u budućnosti, što može biti snažan ograničavajući faktor ekonomskog razvoja.
- Značajna prostorna i demografska polarizacija i nejednaka distribucija stanovništva ometaju usklađen regionalni razvoj i funkcionalnu prostornu održivost.
- Trenutno, BiH nema sveobuhvatnu opću populacijsku politiku na državnom nivou niti strategiju koja bi se direktno odnosila na pitanje demografskog razvoja. Sva zapažanja u pogledu dugoročnih populacijskih trendova u Bosni i Hercegovini trebaju biti jasan znak upozorenja kreatorima politika da je potrebno hitno djelovati u pravcu donošenja populacijske politike i provođenja odlučnijih mjera.

4. Seksualno i reproduktivno zdravlje

Seksualno i reproduktivno zdravlje, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i invaliditeta, u pogledu svih pitanja koja se odnose na reproduktivni sistem i njegove funkcije i procese. U međunarodno prihvaćenoj definiciji se oblast seksualnog i reproduktivnog zdravlja odnosi na odgovornost, sigurnost i zadovoljstvo vlastitim seksualnim životom, reproduktivnom slobodom (pristup informacijama, metodama i uslugama) i sigurno majčinstvo (sigurna trudnoća, porod i zdravlje djeteta) (UNFPA, 1994).

Na Međunarodnoj konferenciji o stanovništvu i razvoju (1994) naglašen je značaj seksualnog i reproduktivnog zdravlja u kontekstu prava na život, ličnu slobodu i sigurnost; prava na zdravstvenu zaštitu i informiranost; i zabrane diskriminacije u dodjeli resursa potrebnih za zdravstvene usluge i njihove raspoloživosti i dostupnost. Oblast seksualnog i reproduktivnog zdravlja povezuje zdravstvenu zaštitu sa dinamikom stanovništva, stopom fertiliteta i očekivanom dužinom i kvalitetom života. Ostvarivanje prava na seksualno i reproduktivno zdravlje ovisi o stepenu društvenog razvoja, uređenosti obrazovnog sistema i pristupa zdravstvenim uslugama (UNFPA, 1994).

Jedan od potciljeva Programa UN-a za održivi razvoj do 2030. (Agenda 2030) je osigurati univerzalan pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja, uključujući i planiranje porodice, informiranost i edukaciju te integriranje reproduktivnog zdravlja u domaće strategije i programe (Ujedinjene nacije, 2015). Poseban naglasak se stavlja na pitanja javnog zdravlja povezana sa socijalnim i ekonomskim determinantama zdravlja, kao i sa zdravstvenim sistemom. Zdravstveni sistem bi trebao osigurati visokokvalitetne, dostupne i sveobuhvatne usluge, jednake za sve, bez obzira na nivo obrazovanosti, zanimanje, spol, rasnu ili etničku pripadnost. Ovi univerzalni koncepti su sadržani i u Globalnoj strategiji za zdravlje žene, djeteta i adolescenata (Svjetska zdravstvena organizacija, 2015) i Politici Svjetske zdravstvene organizacije „Zdravlje 2020“ (Svjetska zdravstvena organizacija, 2012).

4.1 Seksualno ponašanje, planiranje porodice i reproduktivno zdravlje

Planiranje omogućava osobama i parovima da predvide i postignu željeni broj djece te željeni razmak između trudnoća i vrijeme rađanja. To se postiže korištenjem kontraceptivnih metoda i liječenjem nenamjernog fertiliteta (Svjetska zdravstvena organizacija, 2007). Pristup uslugama planiranja porodice utječe na kontrolu rasta stanovništva i ekonomski razvoj društva (Svjetska zdravstvena organizacija, 2008). Seksualno ponašanje u doba adolescencije je povezano sa dobi ulaska u seksualnu aktivnost i nekonzistentnim korištenjem kontracepcijskih sredstava koje dovodi do rizika od neželjene trudnoće i seksualno prenosivih infekcija (Buhi, 2007). To ostavlja dugoročne efekte po zdravlje mladih žena i podrazumijeva intervencije koje se odnose na višestruke domene sprečavanja rizika radi zaštite reproduktivnog zdravlja (Scott, 2011).

4.1.1 Kontracepcija i neispunjene potrebe

Poznavanje vrsta i metoda kontracepcije je važno za planiranje porodice, sprečavanje neželjenih pobačaja i smanjenje rizika od nastanka bolesti urogenitalnog sistema. Planiranje porodice je iznimno važno za mlade žene i muškarce jer im omogućava da postignu kontrolu nad vitalnim tranzicijama života – sa

obrazovanja na tržište rada, sa samostalnog života na brak i roditeljstvo. Nemogućnost adekvatnog prilagođavanja takvih tranzicija često je veliki faktor rizika od napuštanja školovanja, odlaganja zaposlenja i kasnije slabijeg položaja na tržištu rada i nepovoljnih uvjeta zarade, životnog standarda i nakon toga penzije i blagostanja u starijoj dobi. Stoga, korištenje kontracepcijskih sredstava u okviru šire zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja žena i planiranja tranzicija života predstavlja izuzetno važan aspekt ne samo zdravstvene zaštite nego i društvenih aspekata ključnih faza života žene (Babović, 2016).

Planiranje porodice je dobrovoljno, u okviru kojeg se koriste raspoložive metode kontracepcije. Kontracepcijske metode su prirodne, hormonske i hirurške i najbolja kontracepcijska metoda se treba omogućiti parovima uz savjetovanje od strane zdravstvenih radnika (Svjetska zdravstvena organizacija, 1994). Stopa prevalencije kontracepcije je uvjetovana kvalitetom pružene zaštite i raspoloživošću usluga u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja, ali i poznavanjem raznih metoda kontracepcije i raspoloživosti i dostupnosti kontracepcijskih sredstava u fizičkom i ekonomskom smislu. Utjecaj kulturoloških faktora i društvenih normi koje reguliraju planiranje porodice se ne smije zanemariti zato što u značajnoj mjeri oni utječu na obrasce seksualnog ponašanja, korištenje raznih metoda kontracepcije i obrasce planiranja porodice.

Dobro poznavanje kontracepcije je povezano sa povećanim korištenjem kontracepcije, čime se opet smanjuje broj abortusa (Marston, 2003). Podaci Svjetske zdravstvene organizacije za 2017. godinu ukazuju na nizak nivo abortusa u BiH, prema stopi abortusa za evropsku regiju (138 na 1.000 živorođene djece u odnosu na 183 na 1.000 živorođene djece). Međutim, ovim podacima se ne uzimaju u obzir abortusi koji se obavljaju u privatnim klinikama, s obzirom na to da najčešće nisu prijavljeni zavodima za javno zdravstvo.

Nivo poznavanja tradicionalnih i savremenih metoda kontracepcije je relativno visok među ženama u BiH (MICS BiH, 2013). Postotak žena u dobi od 15 do 49 godina koje su u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici, koje su čule za barem jednu metodu kontracepcije, iznosi 99,7% (FBiH 99,6%, RS 100,0%, Brčko distrikt 99,4%). Ženama su nešto više poznate savremene, nego tradicionalne metode kontracepcije (99,4% u odnosu na 94,39%). Žene u urbanim sredinama su više upoznate sa bilo kojom metodom kontracepcije (99,7%), kao i žene u dobi od 20 do 24 godine (99,8%) i žene koje su visoko obrazovane i žive u boljim socijalnim i ekonomskim uvjetima. Razlike između entiteta su beznačajne (kreću se ispod 0,5%). Romkinjama je u prosjeku poznat manji broj metoda kontracepcije (5,5%) u poređenju sa općom populacijom (9,4). Romkinjama su češće poznatije savremene (94,5%) nego tradicionalne metode kontracepcije (67,8%). Od savremenih metoda kontracepcije, Romkinjama su najčešće poznati muški kondomi (87,6%) i kontracepcijska spirala (81,5%), dok su najrjeđe poznati dijafragma (15,3%) i implantati (14,8%) (MICS BiH, 2013: 64).

Studija koja je provedena *online* na uzorku od 2.783 mlade osobe u dobi od 15 do 25 godina pokazuje nedovoljan nivo poznavanja seksualno prenosivih bolesti, osim HIV virusa kojeg je 96,6% mladih tačno svrstalo u tu grupu bolesti. Više od dvije trećine mladih je upoznato sa metodama sprečavanja neželjene trudnoće (tablete, ženski kondomi i suzdržavanje). Najviši postotak mladih (93%) zna za muški kondom kao metodu kontracepcije. Među najčešćim izvorima znanja o reproduktivnom zdravlju mladi su naveli sljedeće: internet (79,6%), prijatelji/vršnjaci (42,4%), knjige/brošure (41,6%) i nastavnici u školi (39,3%). Gotovo svi ispitanici i ispitanice su mislili da se reproduktivno zdravlje treba izučavati u školi kao zaseban predmet (40,2%), kroz programe vršnjačkog obrazovanja (28% ili kroz postojeće nastavne predmete

(26,7%). Mali procenat ispitanika je odabrao školske sekcije i vannastavne aktivnosti kao način integriranja teme reproduktivnog zdravlja u formalno obrazovanje (51%) (UNFPA, 2017).

Prema istraživanju višestrukih pokazatelja u BiH (MICS), koje je provedeno 2011-2012. godine, 46% žena u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici koristi barem jednu metodu kontracepcije (FBiH 31,1%, RS 53,7% i Brčko distrikt 24,7%) (tabela 4.1).

Tabela 19: Korištenje kontracepcije među ženama u dobi 15-49, BiH 2011-2012.

	Sadašnji nivo korištenja kontracepcije	Bilo koja savremena metoda kontracepcije	Bilo koja tradicionalna metoda kontracepcije
FBiH	43,1	10,0	33,1
RS	53,7	16,8	36,9
BD	24,7	14,5	10,2
BiH	45,8	12,0	33,8

Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). Finalni izvještaj 2011-2012.

Najčešće korištena metoda je prekinuti snošaj, na koji otpada gotovo 30% slučajeva. Njen nivo je sličan u FBiH (29,2%) i RS-u (32,6%). Među drugim metodama kontracepcije, 6,2% žena se oslanjalo na muški kondom, 3,8% žena je koristilo kontracepcijsku spiralu, 3,7% je prakticiralo periodično suzdržavanje od spolnih odnosa i 1,6% je koristilo kontracepcijske tablete (tabela 4.2). Nešto više od jedne trećine žena u dobi od 20 do 24 godine je koristilo jednu od metoda kontracepcije (36%). Taj postotak je za dobnu skupinu žena od 40 do 44 godine porastao na 51%, ali je pao na 40% među ženama u dobi od 45 do 49 godina (MICS BiH, 2013).

Tabela 20: Prevalencija korištenja tradicionalnih i savremenih metoda kontracepcije među ženama u dobi 15-49, BiH 2011-2012.

	Muški kondom	Kontracepcijska spirala	Pilule	Druge moderne metode kontracepcije	Prekid snošaja	Periodično suzdržavanje	Druge tradicionalne metode kontracepcije
FBiH	5,9	2,2	1,6	0,3	29,2	3,9	0
RS	6,7	8,0	1,3	0,8	32,6	3,1	1,2
BD	7,1	0,3	7,1	0	7,2	2,9	0
BiH	6,2	3,8	1,6	0,4	29,8	3,7	0,3

Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). Finalni izvještaj 2011-2012.

Tradicionalne metode kontracepcije najčešće koriste žene sa završenom osnovnom školom (38,9%) i sa troje ili više djece (44,7%). Sa druge strane, savremene metode najčešće koriste žene sa završenom srednjom školom i sa višim nivoom obrazovanja (25,3%) i sa dvoje djece (13,3%). Žene iz najsiromašnijeg kvintila bogatstva radije koriste tradicionalne metode (36,9%), dok one koje pripadaju bogatijem kvintilu češće koriste savremene metode kontracepcije (tabela 4.3) (MICS BiH, 2013).

Tabela 21: Korištenje tradicionalnih i savremenih metoda kontracepcije i njihova distribucija prema nivou obrazovanja, broju djece, indeksu bogatstva i ruralnim/urbanim područjima

	Savremene metode kontracepcije (%)	Tradicionalne metode kontracepcije (%)	Bilo koja metoda kontracepcije (%)
Nivo obrazovanja			
Osnovna škola	6,0	38,9	44,9
Srednja škola	13,4	31,5	44,9
Visoka škola/fakultet	25.3	30,0	55,3
Područje			
Urbano	14,3	32,5	46,9
Ruralno	10,8	34,4	45,3
Indeks bogatstva			
Najsiromašniji	7,0	34,8	41,8
Siromašni	6,9	35,7	42,6
Srednji	11,3	35,4	46,7
Bogati	12,7	36,9	49,6
Najbogatiji	19,6	26,8	46,4
Broj živorođene djece			
0	6,9	11,9	18,8
1	10,9	25,5	36,5
2	13,3	34,4	47.,8
3	11,4	44,7	56,1
4+	8,5	44,3	52,8

Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). Finalni izvještaj 2011-2012, strana 67

Među ženama koje žive u romskim naseljima, 24,8% Romkinja koje su u braku ili izvanbračnoj zajednici je koristilo određene metode kontracepcije (16,7% je koristilo bilo koju tradicionalnu metodu, 8,1% je koristilo savremene metode kontracepcije). Najpopularnija metoda je prekid snošaja (16%) i muški kondom (4%). Među drugim metoda kontracepcije, mali postotak žena je koristio kontracepcijske tablete (2%), intrauterini uložak (kontracepcijsku spiralu) (15) i sterilizaciju (1%). Najčešće korištenje kontracepcije u romskoj populaciji je prisutno u dobnoj skupini od 25 do 29 godina (29%), dok korištenje opada sa dobi. Savremene metode koristi svega 5% žena bez formalnog obrazovanja i 18% žena sa srednjim ili visokim obrazovanjem. Svega jedna trećina Romkinja koristi bilo koju metodu kontracepcije (MICS BiH, 2013b: 61).

Stopa prevalencije kontracepcije u Bosni i Hercegovini je iznosila 25,9% u 2006. godini (MICS BiH, 2006). Pet godina kasnije je postignut brz napredak u smislu povećanja stope prevalencije kontracepcije na 45,8%. U poređenju sa drugim zemljama regije, BiH još uvijek ima nisku stopu prevalencije kontracepcije u odnosu na druge zemlje (Srbija 58,4%, Albanija 69,3% i Slovenija 78,9%). Crna Gora ima najnižu stopu prevalencije kontracepcije u regiji (23,3%) (Svjetska zdravstvena organizacija[58], 2019). Neispunjena potreba za kontracepcijom se odnosi na plodne žene koje ne koriste niti jednu metodu kontracepcije, ali koje žele odgoditi sljedeći porođaj (vremenski razmak između trudnoća) ili zaustaviti rađanje djece (ograničavanje) (MICS BiH, 2013). U BiH, neispunjena potreba za kontracepcijom iznosi 9%, uz znatno smanjenje od 2006. godine, kada je ona iznosila 23,3% (tabela 4.4).

[58] *Posljednji raspoloživi podaci iz baze podataka Svjetske zdravstvene organizacije.*

Tabela 22: Neispunjenje potrebe među ženama u BiH (15-49 godina) 2006. i 2011-2012.

	2011-2012.			2006.		
Neispunjena potreba za kontracepcijom	Neispunjena potreba za kontracepcijom – za vremenskim razmakom	Neispunjena potreba za kontracepcijom – za ograničavanjem	Neispunjena potreba za kontracepcijom – ukupno	Neispunjena potreba za kontracepcijom – za vremenskim razmakom	Neispunjena potreba za kontracepcijom – za ograničavanjem	Neispunjena potreba za kontracepcijom – ukupno
FBiH	3,6	6,3	9,9	2,4	20,9	20,9
RS	2,6	4,1	6,7	1,7	21,6	23,3
BD	3,4	9,7	13,1	2,7	18,6	21,3
BiH	3,3	5,7	9,0	2,2	21,1	23,3

Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). Finalni izvještaj 2011-2012.

Neispunjena potreba je veća među ženama u urbanim sredinama u poređenju sa ženama u ruralnim područjima (9,3% u odnosu na 8,9%). Također, neispunjena potreba je najviša među ženama u dobi od 20-24 godine (24,35) i najniža među ženama u dobi od 40-44 godine (3,2%). Najsiromašnije žene i žene sa srednjim nivoom obrazovanja najčešće izražavaju neispunjenu potrebu (13,3% odnosno 10,1%). U populaciji Romkinja u BiH, neispunjena potreba je najčešće izražena u entitetu Federacija BiH (32,2%), u dobnoj skupini od 25 do 29 godina (38,2%), među ženama sa završenom osnovnom školom (31,35) i onima koje žive u najsiromašnijim uvjetima (35%).

U Akcionom planu za seksualno i reproduktivno zdravlje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2016) definirane su ključne aktivnosti na smanjenju neispunjene potrebe za kontracepcijom. Aktivnosti se odnose na uključivanje medija u promoviranje korištenja kontracepcije i raspoloživost sveobuhvatnih usluga zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja, posebno za ranjive kategorije stanovništva. Preporuke su date u sljedećim strategijama za seksualno i reproduktivno zdravlje u BiH: Strategija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj (2019-2029) i Strategija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u Federaciji Bosne i Hercegovine (2010-2019).

4.1.2 Abortus

Planiranje porodice obuhvata aspekte zaštite zdravlja žena u pogledu sprečavanja neželjene trudnoće, posebno trudnoće u preranoj životnoj dobi, vremenski razmak između trudnoća i ograničavanje broja rađanja. Cilj prakse planiranja porodice je spriječiti neželjenu trudnoću koja je isuviše prerana, isuviše blizu prethodnom porođaju, prekasna ili pretjerana u broju rađanja (UNFPA, 2013). Pod uvjetima niskog nivoa korištenja kontracepcije i visokog nivoa neispunjene potrebe za kontracepcijom, abortus često ima funkciju kontracepcije.

Namjeran prekid trudnoće je reguliran politikama za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj i Federaciji BiH u kojima su opisane aktivnosti za unapređenje sistema provođenja Zakona o uvjetima i postupku za prekid trudnoće. Izrada i primjena akreditovanih standarda vezanih za namjeran prekid trudnoće i unapređenje kvalitete sistema prijavljivanja broja namjernih prekida trudnoće su od velikog značaja za funkcionalnost sistema zdravstvene zaštite. Zdravstvene ustanove izrađuju postupke za praćenje postotka induciranih medicinskih abortusa u ukupnom broju abortusa.

Sprečavanje namjernog prekida trudnoće je jedno od strateških ciljeva Strategije za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u Federaciji Bosne i Hercegovine (2010-2019). Prekid trudnoće ili abortus šteti reproduktivnom zdravlju žene. Inducirani abortusi koji nisu u skladu sa profesionalnim standardima predstavljaju prijetnju zdravlju i pravu žene. Međutim, savremene kontraceptivi predstavljaju bolji alat za planiranje porodice i pružaju bolju zaštitu zdravlja žene u reproduktivnoj dobi.

Prema podacima Ujedinjenih nacija, stopa abortusa u Bosni i Hercegovini je niska i iznosi 1,4 abortusa na 1.000 žena u reproduktivnoj dobi. Ovaj broj je niži nego u susjednim zemljama: u Hrvatskoj (4,7), Crnoj Gori (6,3) i Srbiji (10,7) i odgovara stopi abortusa u Austriji (1,4) (Politike o abortusu u svijetu, 2013). Prosječan broj abortusa u Evropi iznosi 202 na 1.000 živorođene djece. U zemljama Jugoistočne Evrope, uključujući i Bosnu i Hercegovinu, prosječan broj iznosi 298 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019). Prema raspoloživim statističkim podacima o zdravstvenoj zaštiti za 2017. godinu, prosječan broj abortusa na 1.000 živorođene djece u Republici Srpskoj iznosi 197,8 a u Federaciji Bosne i Hercegovine 113,8 na 1.000 živorođene djece. Prosječan broj abortusa na 1.000 žena u reproduktivnoj dobi (15-49) iznosi 7,4 u Republici Srpskoj i 4,3 u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Oko polovine svih abortusa je medicinski inducirano i postotak abortusa među ženskim osobama mlađim od 20 godina je nizak i iznosi 2,1% u Republici Srpskoj (JZU Institut za javno zdravstvo, 2018; ZZJZ FBiH, 2018). Sve su to zvanično evidentirani abortusi i sve zdravstvene ustanove imaju obavezu da prijave obavljene abortuse u skladu sa zakonom. Ti podaci se trebaju uzeti sa rezervom s obzirom na neprijavljene abortuse obavljene u privatnim klinikama. Iako ih obavljaju doktori specijalisti ginekologije, uvjeti u kojima se obavljaju nisu uvijek u skladu sa striktnim medicinskim standardima, čime se žene dovode u opasnost.

4.1.3 Subfertilitet i infertilitet

Poremećaj fertiliteta je bolest reproduktivnog sistema u kojoj je izostala klinička trudnoća u periodu od 12 mjeseci redovnog, nezaštićenog spolnog odnosa (Svjetska zdravstvena organizacija, 2016). U BiH praćenje ovog fenomena nije uspostavljeno na način koji bi omogućio procjenu broja osoba suočenih sa ovim problemom, njihovog pristupa raznim mjerama i efekata takvih mjera. S obzirom na nemogućnost preciznijeg opisa situacije u ovoj oblasti na osnovu podataka, u ovom dijelu se fokusiramo uglavnom na postupanje u ovoj oblasti u okviru zdravstvenog sistema.

Evropsko društvo za humanu reprodukciju i embriologiju (ESHRE) procjenjuje da svaki šesti par ima problem sa neplodnošću, tako u Evropi živi 25 miliona ljudi sa ovim zdravstvenim problemom. Procjenjuje se da u BiH ima oko 50.000 osoba suočenih sa problemom neplodnosti. Propisima o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu u RS-u definirano je pružanje visokokvalitetnih usluga planiranja porodice, uključujući i usluge zdravstvene zaštite u slučaju infertiliteta, kako bi se omogućila reprodukcija na zdrav i željeni način, unapređenje primjene svih dijagnostičkih metoda i terapija za liječenje neplodnosti.

Pravo na pokušaj vantjelesne oplodnje je regulirano kroz obavezno zdravstveno osiguranje. Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske snosi troškove tri postupka vantjelesne oplodnje. Postupak vantjelesne oplodnje znači određivanje indikacija, postupak stimulacije ovulacije (terapija) i postupak potpomognute reprodukcije – in vitro oplodnje. Pravo na medicinski potpomognutu oplodnju je moguće iskoristiti ako je ispunjen jedan od niže navedenih kriterija:

- Recipročna opstrukcija u ampularnom dijelu kod žene ili

- Hirurški odstranjene falopijanske cijevi ili
- Postoperativne komplikacije endometrioze ili
- Policistični jajnici koji prouzrokuju anovulaciju i/ili
- Smanjen broj i smanjenje mobilnost spermatozoida muškarca i
- Ako je par u braku ili u izvanbračnoj zajednici dvije godine.

Finansiranje prava na postupak izvantjelesne oplodnje ovisi o dobi žene. Za žene u dobi do 40 godina, troškove postupka vantjelesne oplodnje u cijelosti snosi Fond zdravstvenog osiguranja. Za žene u dobi od 41 i 42 godine Fond finansira 50% troškova jednog postupka. Ako je žena starija od 42 godine i ako rodi dijete začeto vantjelesnom oplodnjom, ima pravo na povrat troškova u iznosu troška jednog postupka vantjelesne oplodnje, prema cjenovniku Fonda zdravstvenog osiguranja. Time se stvaraju dodatne socijalne i ekonomske razlike i diskriminacija žena u dobi iznad 42 godine koje bi željele imati djecu. U situacijama u kojima troškove ne snosi fond zdravstvenog osiguranja, postoje dodatna ograničenja ostvarivanja temeljnih ljudskih prava žena. Osim pokrića troškova tri postupka vantjelesne oplodnje kroz zdravstveno osiguranje, jedinice lokalne samouprave (općine) imaju pravo odobriti/finansirati jedan dodatni postupak vantjelesne oplodnje po jednom bračnom/izvanbračnom paru.

U Federaciji Bosne i Hercegovine su Odlukom o utvrđivanju osnovnog paketa zdravstvenih prava (2009) propisani uvjeti za postupak sufinansiranja dva postupka vantjelesne oplodnje. Zakonom o liječenju neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom („Službene novine Federacije BiH“, br. 59/18) definirana su prava i postupci za biomedicinski potpomognutu oplodnju. Pravo na liječenje biomedicinski potpomognutom oplodnjom na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, po pravilu, ima žena do navršene 42. godine, koja je u braku, odnosno izvanbračnoj zajednici. Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije Bosne i Hercegovine snosi troškove tri pokušaja intrauterne inseminacije ili pet pokušaja vantjelesne oplodnje, uz obavezu da dva pokušaja budu u prirodnom ciklusu. Međutim, na prijedlog stručnog konzilija zdravstvene ustanove u kojoj se liječe bračni, odnosno izvanbračni partneri, a iz opravdanih zdravstvenih razloga, može se dati saglasnost na biomedicinski potpomognutu oplodnju ženi nakon navršene 42. godine. Obim prava na biomedicinski potpomognutu oplodnju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja i način formiranja cijene pojedinačnih postupaka biomedicinski potpomognute oplodnje bliže se uređuju posebnim propisom koji će se donijeti kasnije (“Službene novine Federacije BiH”, br. 59/18)

Još uvijek nema dovoljno podataka o godišnjem broju žena koje su iskoristile svoja prava u cilju sprečavanja i uspješnog liječenja neplodnosti niti podataka o efektima takvih mjera.

Akcionim planom za seksualno i reproduktivno zdravlje Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2016) planirane su aktivnosti u oblasti sprečavanja, dijagnosticiranja i liječenja neplodnosti. Aktivnosti su usmjerene na sprečavanje pretilosti, nesigurnog abortusa, sprečavanje i liječenje seksualno prenosivih bolesti i infekcija u postporođajnom periodu. Među prioritetima Akcionog plana su uključivanje pitanja plodnosti u osnovni paket zdravstvenih usluga, usluga psihosocijalne podrške osobama koje se suočavaju sa tim problemom i osiguranje reproduktivnih prava i zdravlja svih osoba kojima su potrebne te usluge. Svim zemljama članicama se preporučuje da daju prioritet uvođenju aktivnosti pružanja podrške stanovništvu u rješavanju problema neplodnosti, kao i da zauzmu cjelovit pristup rješavanju tog pitanja.

4.2 Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata

Adolescentnost je prijelaz sa djetinjstva u odraslu dob uz dinamične promjene u fizičkom, intelektualnom i emocionalnom sazrijevanju i društveno prilagođavanje osobe. Određene funkcionalne promjene i sazrijevanje reproduktivnih organa su povezani sa ovim periodom, iako psihosocijalna zrelost predstavlja dugoročniji proces nego biološko sazrijevanje, što definitivno utječe na seksualno ponašanje koje u tom periodu može biti rizično (Rožek, 2018). Rana seksualna aktivnost prije ostvarivanja reproduktivne funkcije povećava rizik od određenih poremećaja reproduktivnih organa, neželjene trudnoće, infekcija i neplodnosti (Rada, 2014). Seksualna aktivnost i iskustvo, kontrola rađanja, ukupan i sadašnji broj seksualnih partnera, način na koji se partneri biraju i vrste seksualnog odnosa utječu na reproduktivno zdravlje svih dobnih skupina, posebno adolescenata, skupa sa dobi seksualne inicijacije (Stanković, 2012).

4.2.1 Seksualna iskustva adolescentica, tinejdžerska trudnoća i porod

Prema podacima studije provedene u Republici Srpskoj, preko 60% adolescenata ima rizično ponašanje, 11,8% adolescenata u dobi od 16 do 18 godina je imalo seksualni odnos, od čega 4,9% sa više partnera. Više od polovine adolescenata dobiva potrebne informacije o zaštiti reproduktivnog zdravlja, uglavnom putem medija, i preko 90% njih smatra da te tematske jedinice trebaju biti uključene u nastavni program. Seksualna aktivnost se smatra normalnim fenomenom u adolescentno doba, prema mišljenju otprilike jedne polovine adolescenata, i svega 17% njih smatra da rana seksualna aktivnost može nositi rizike po zdravlje. Također je važno naglasiti da će uglavnom tražiti savjet o seksualnom životu, kontracepciji i neželjenoj trudnoći od svojih vršnjaka (43%), radije nego od roditelja (26%). Savjete roditelja više traže djevojčice (29%) nego dječaci (22%), ali savjet vršnjaka traže dječaci (48%) više nego djevojčice (40%) (Živković, 2009: 72).

U Republici Srpskoj je provedena paralelna studija o svijesti i stavovima adolescenata srednjoškolske dobi o reproduktivnom zdravlju. Prema toj studiji, seksualna iskustva adolescenata prate mogući rizici po seksualno zdravlje (spolno prenosive bolesti, neželjena trudnoća i rađanje u adolescentskoj dobi). Savjeti o mogućim problemima u reproduktivnom periodu se uglavnom dobivaju od vršnjaka ili prijatelja, a najmanje kroz obrazovne programe u školi (Telebak, 2016). U Bosni i Hercegovini seksualno i reproduktivno zdravlje se ne izučava kroz zaseban predmet u školi. Časovi o osnovama humane reprodukcije se održavaju periodično u okviru kurikuluma za biologiju (Stulhofer, 2002).

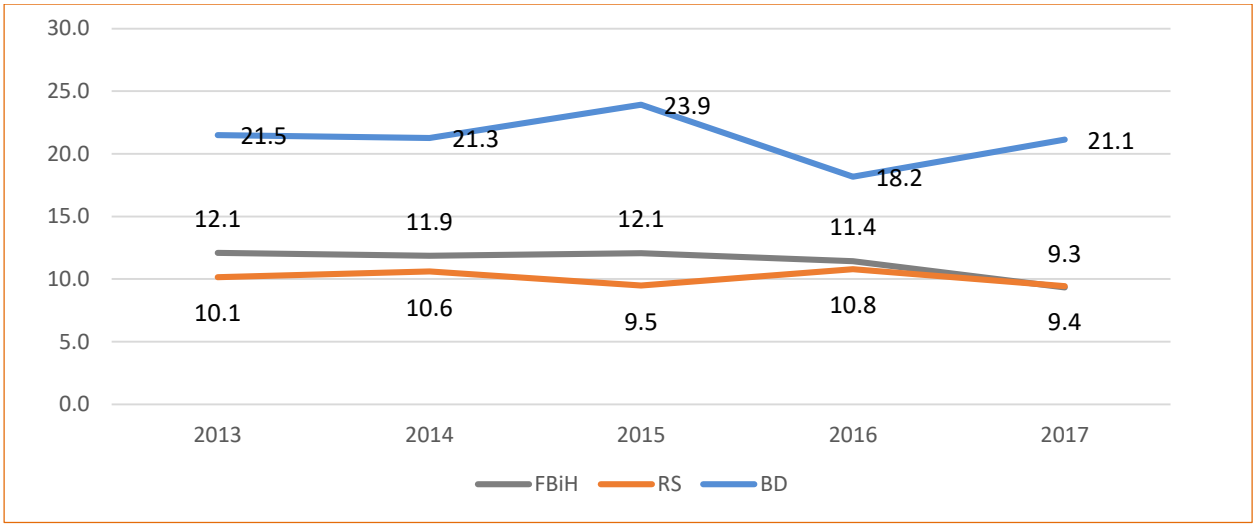
Manje od 1% adolescentica u općoj populaciji stupa u brak prije navršene petnaeste godine života, prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) 2011-2012. godine. Među Romkinjama, 4,4% udanih žena su mlađe od 15 godina, od kojih većina nema završenu osnovnu školu (6,1%) i živi u siromašnim uvjetima (6%). Otprilike polovina Romkinja se udala (48,3%) prije navršene osamnaeste godine. Oko 58,9% udanih Romkinja mlađih od 18 godina nema završenu osnovnu školu i žive u siromašnim uvjetima (61,4%) (MICS BiH, 2013b, 90).

Prema podacima UNICEF-a, stopa rađanja adolescentica u Bosni i Hercegovini u 2017. godini je iznosila 11 na 1.000 adolescentica u dobi od 15 do 19. godina. Adolescentska trudnoća je veći problem u zemljama Centralne Azije, kao što su Tadžikistan, Gruzija, Azerbajdžan (preko 40 na 1.000 adolescentica) ili u zemljama Istočne i Centralne Evrope, kao što su Rumunija i Bugarska (preko 30 na 1.000 adolescentica) ili Turska, Slovačka i Mađarska (preko 20 na 1.000 adolescentica). U Zapadnoj Evropi su stope adolescentske trudnoće niske (Danska 4,4 na 1.000, Švedska 5,4 na 1.000; Norveška 6,0 na 1.000; Finska 7,4 na 1.000;

Nizozemska 4,4 na 1.000; Njemačka 8,1 na 1.000), dok je u zemljama Jugoistočne Evrope prevalencija još uvijek vrlo visoka (Sjeverna Makedonija 20,1 na 1.000, Albanija 18,9 na 1.000 i Srbija 16,4 na 1.000 adolescentica). Prosječna stopa rađanja u adolescentskoj dobi u Evropi iznosi 16,6 na 1.000 adolescentica.

Prema statističkim biltenima i godišnjacima statističkih institucija u BiH, evidentiran broj porođaja u adolescentskoj dobi u 2017. godini u Federaciji BiH je iznosio 9,3 na 1.000 žena u dobi od 15 do 19 godina, a u Republici Srpskoj 9,4 na 1.000 žena u toj dobi. Brčko distrikt ima daleko veću stopu, 21,1 na 1.000 žena (slika 18).

Slika 18: Stope rađanja u adolescentskoj dobi (dobna skupina 15-19), 2013-2017.



Izvor: Za RS računanje zasnovano na raspoloživim podacima iz biltena o demografiji.
Za FBiH su autori izračunali na osnovu Statističkog godišnjaka i rezultata popisa stanovništva.
Za Brčko distrikt su autori izračunali na osnovu publikacije Demografija u Brčko distriktu za svaku godinu.

4.2.2 Usluge zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja koje su na raspolaganju adolescentima

Osnovni princip i djelovanje kroz politike unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Bosni i Hercegovini se odnose na obrazovanje, unapređenje pristupa informacija i informiranje stanovništva o njihovim pravima u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Te aktivnosti su dostupne adolescentima bez pristanka njihovih roditelja. Niže navedeno je također utvrđeno u politikama:

- Podizanje nivoa znanja o seksualnom i reproduktivnom zdravlju i reproduktivnim pravima populacije mladih kroz kontinuiranu edukaciju;
- Jačanje primarne prevencije u smislu eliminiranja faktora rizika, povećanog pružanja informacija općoj populaciji, promoviranje ranog otkrivanja i liječenja malignih bolesti reproduktivnih organa kroz jačanje kapaciteta zdravstvenog sektora.

Prema Specijalnom izvještaju ombudsmana za djecu u Republici Srpskoj (2012), postoji nedostatak preventivnih programa u pogledu zaštite djece i nedostatak formalnog obrazovanja u oblasti zaštite reproduktivnog zdravlja. Studija provedena na uzorku od 523 učenika/učenice srednjih škola ukazuje na to da većina djece dolazi do informacija o reproduktivnom zdravlju iz medija (67%), od roditelja (39%) i

vršnjaka (33%), dok škola zauzima posljednje mjesto u obrazovanju djece na ovu temu (15%) (Zdravo da ste, 2010)[59].

U Bosni i Hercegovini su provedene određene aktivnosti u periodu između 2007. i 2017. godine, koje su bile rezultat saradnje između nevladinih organizacija i vladinog sektora. Prema izvještaju nevladine organizacije „Zdravo da ste" iz 2009. godine, organizirane su radionice u osnovnim i srednjim školama u Banja Luci na temu „unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja mlade populacije u BiH" (Zdravo da ste, 2010).

Usluge psihološkog savjetovanja i ginekoloških pregleda su pružane u centrima za mlade u Sarajevu i Banja Luci kroz projekat za unapređenje sveobuhvatnih usluga zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja mladih u Bosni i Hercegovini (2011-2014), kojeg je finansijski podržala Međunarodna federacija planiranog roditeljstva (IPPF). Radionice u oblasti planiranja porodice i seksualnog i reproduktivnog zdravlja su održane u periodu od 2014. do 2016. godine, u organizaciji Udruženja XY u Banja Luci i Sarajevu. Osim radionica, održano je i 5.627 sesija savjetovanja, 685 ginekoloških i 80 dermatovenerooloških pregleda, kao i *online* savjetovanje i savjetovanje putem društvenih mreža (Udruženje XY, 2014).

Usluge savjetovanja o zdravim stilovima života, seksualnom i reproduktivnom zdravlju i planiranju porodice su na raspolaganju putem *online* servisa (putem web platformi), izrađenog u toku 2018. godine uz podršku UNFPA, i na raspolaganju su mladima u Bosni i Hercegovini (SOS savjetovanje, 2019).

Prema studiji o raspoloživosti usluga prevencije prenošenja HIV virusa /seksualnog prenosivih infekcija i zdravstvene zaštite kroz centre za mlade u 2012. godini, 2,4% mladih u Bosni i Hercegovini koristilo je usluge centara, preko polovina njih koristi kondom tokom seksualnog odnosa i preko 50% poznaje načine prenošenja seksualnih infekcija, kao i lokacije na kojima se mogu testirati na HIV (JZU Institut za javno zdravstvo RS-a, 2012, ZZJZ FBiH, 2012).

4.2.3 Seksualno obrazovanje mlade populacije

Konvencijom Ujedinjenih nacija o pravima djeteta (2010) propisana je obavezna informiranost o zdravlju koja obuhvata seksualno obrazovanje u cilju adekvatne zaštite i načina izražavanja seksualnosti (UN, 2010). Obrazovanje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja je jedan od načina kontinuiranog unapređenja zdravlja stanovništva kroz obrazovanje adolescenata i mladih o zdravstvenim izborima i sigurnom seksualnom životu. Savjetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, na osnovu dokaza, treba biti na raspolaganju mladima u školi, na poslu, u zdravstvenim ustanovama i u zajednici (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010). Važno je da ova oblast obrazovanja iz zdravstvene zaštite bude podržana zakonima i politikama o zdravlju stanovništva.

Seksualno obrazovanje u okviru programa za obrazovanje u oblasti zdravstvene zaštite direktno se zasniva na zaštiti od seksualno prenosivih bolesti i sprečavanju neželjene trudnoće u mladoj populaciji (Svjetska zdravstvena organizacija, 2010). Obrazovanje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja se ostvaruje u školama i postoji u tri četvrtine zemalja, najviše u Americi (100%), a najmanje u Africi (62%) i Aziji (74%). U evropskim zemljama, oko 80% zemalja ima politike zasnovane na programima za obrazovanje u oblasti zdravstvene zaštite u školi (UN, 2018). U Bosni i Hercegovini samo je u Kantonu Sarajevo i Bosansko-

[59] *Y-PEER Bosnia and Herzegovina – SRD srd.edu.jo › presentation › item › download strana 91*

podrinjskom kantonu Goražde organizirano seksualno obrazovanje u osnovnim školama kroz predmet Zdravi životni stilovi. U Kantonu Sarajevo je seksualno obrazovanje organizirano kao izborni predmet, dok je u Bosansko-podrinjskom kantonu Goražde ono obavezan predmet.

Sveobuhvatno seksualno obrazovanje je definirano specifičnim ciljevima Politike za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja u Republici Srpskoj u okviru unapređenja seksualnog i reproduktivnog zdravlja adolescenata i opće populacije. Aktivnosti predviđene u Akcionom planu su usmjerene na izradu programa za nastavnike vezane za seksualno i reproduktivno zdravlje i reproduktivna prava, kao i na vršnjačko obrazovanje mladih u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja i dopune kurikuluma savremenim sadržajem radi obrazovanja iz seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Savjetovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju je dio zaštite zdravlja adolescenata i treba se pružati u centrima za mlade koji su planirani prema navedenoj Politici, ali još uvijek nisu uspostavljeni u praksi. Priprema i distribucija obrazovnih materijala (brošura, priručnika i postera) također su planirani kroz specifične ciljeve Politike. U Strategiji za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava adolescenata u Federaciji Bosne i Hercegovine 2010-2019. naglašen je značaj omladinskih centara i/ili info centara u kojima se uspostavlja veza kroz prijateljski pristup mladima, vezan za promoviranje seksualnog zdravlja i reproduktivnih prava. U centrima za mlade (bilo javne ili pod upravom nevladinih organizacija) bi obučeno osoblje svakodnevno trebalo provoditi razne aktivnosti u domenu seksualnog obrazovanja. Info centri bi se trebali uspostaviti kao podrška programima za obrazovanje iz seksualnog zdravlja i reproduktivnih prava, u koje će mladi dolaziti u slobodno vrijeme. Također, što se tiče seksualne edukacije, vrlo je bitna uloga vršnjačkih edukatora koji su mladi ljudi, obučeni da educiraju svoje vršnjake u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja. (Strategija za unapređenje seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava adolescenata u Federaciji Bosne i Hercegovine 2010-2019).

Seksualno obrazovanje u školama nije sistematično i formalno riješeno kroz kurikulum za djecu i adolescente (UNFPA, 2017). Tematske jedinice o sastavu reproduktivnih organa dio su kurikuluma nastavnog predmeta Biologija u osnovnim školama. Spolno prenosive infekcije, trudnoća, rizici i bolesti reproduktivnog sistema su tematske jedinice koje se obrađuju u srednjoj školi, i to periodično. Nedostaje kontinuirano obrazovanje o seksualnom i reproduktivnom zdravlju uz veći broj tematskih jedinica i uključivanje mladih u proces obrazovanja (vršnjačko obrazovanje) (UNFPA, 2017).

NVO „Udruženje XY“ iz Sarajeva je u saradnji sa Ministarstvom obrazovanja Kantona Sarajevo 2011. godine izradilo obrazovne programe za V-VIII razred osnovnih škola, pod nazivom „Zdravi životni stilovi“. U sklopu ove aktivnosti je izrađen priručnik sa tematskim jedinicama o ishrani, fizičkoj aktivnosti, sprečavanju korištenja psihoaktivnih supstanci, sprečavanju nasilja i promoviranju seksualnog i reproduktivnog zdravlja. U školskoj 2013/2014. godini je u Kantonu Sarajevo uveden predmet Zdravi životni stilovi od petog do osmog razreda osnovne škole (Udruženje XY, 2013). Ista NVO je uspostavila prijateljske centre za zdravlje mladih u kojima se pružaju ginekološke usluge, osim savjetovanja, i koji sarađuju sa zdravstvenim ustanovama. U periodu od 2001. do 2016. godine je pruženo 7.000 medicinskih i 40.000 psihosocijalnih usluga (Udruženje XY, 2013) [60].

[60] http://www.asocijacijaxy.org/zdravi-zivotni-stilovi-kako-znati-sta-je-cool--a-sta-nije

4.3 Antenatalna i postnatalna zaštita

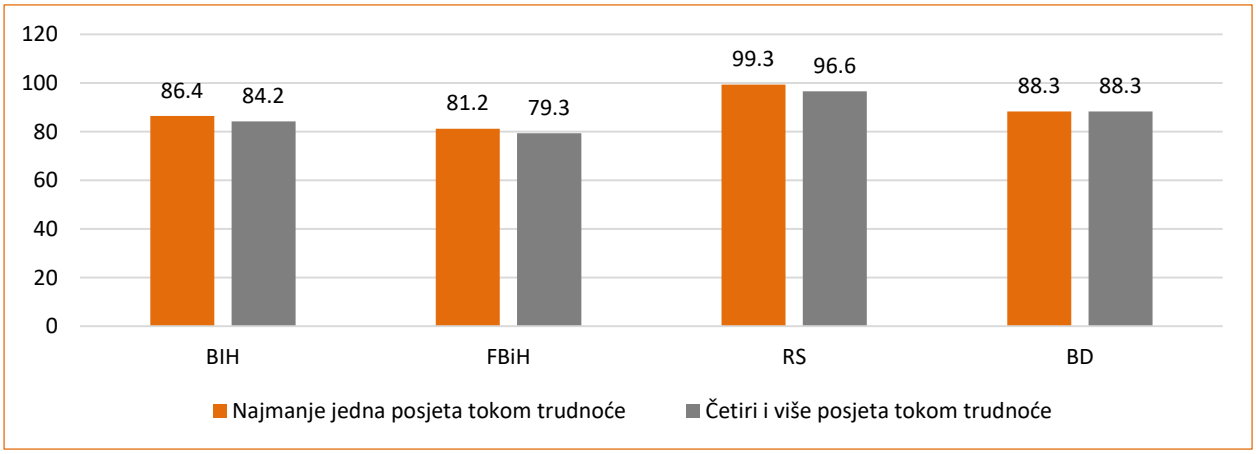
Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće, porođaja i postpartalnog perioda (godinu dana nakon porođaja) je važna sa stajališta stvaranja uvjeta za održavanje optimalnog zdravstvenog stanja (blagostanja) majke i djeteta. Planiranim programima i uslugama zdravstvene zaštite trudnica smanjuje se rizik od perinatalne smrti i komplikacija u toku trudnoće i porođaja. Prenatalna, antenatalna i postnatalna zaštita obuhvata obaveznu zdravstvenu zaštitu žena u toku trudnoće, poroda i postporođajnog perioda. Važno je naglasiti da su sve žene u toku trudnoće, porođaja i u postporođajnom periodu pod istim uvjetima pokrivene nadzorom zdravstvenih radnika, što uključuje i ginekološke kontrolne preglede i posjete patronažne sestre/tehničara.

Zdravstvena zaštita u toku trudnoće, porođaja i postporođajnog perioda je sveobuhvatna, univerzalna i osigurana za majku i dijete pod uvjetima propisanim zakonima o zdravstvenoj zaštiti i zakonima o zdravstvenom osiguranju na nivou Republike Srpske, Federacije Bosne i Hercegovine i Brčko distrikta.

4.3.1 Antenatalna zaštita i porođaj

Prema Pravilniku o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, u toku trudnoće žene neophodno je obaviti najmanje jednu preventivnu posjetu patronažne službe u svakom tromjesečju trudnoće u cilju praćenja zdravlja trudnice i razvoja fetusa (Pravilnik o sadržaju, obimu i načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu zaštitu, 2011). Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) za Bosnu i Hercegovinu, najveći postotak trudnica (86,4%) u Bosni i Hercegovini imao je barem jednu posjetu stručnog osoblja (asistirana njega), i to više u Republici Srpskoj (99,3%) nego u Federaciji BiH (82,1%) i Brčko distriktu (88,3%). Postotak žena u BiH koje su imale četiri i više posjeta u toku trudnoće je manji, 84,2% (FBiH 79,3%, RS 96,6% i Brčko distrikt 88,3%) (slika 19) (MICS BiH, 2013a).

Slika 19: Postotak žena sa jednom do četiri i više posjeta od strane patronažne službe (asistirana njega) u toku trudnoće

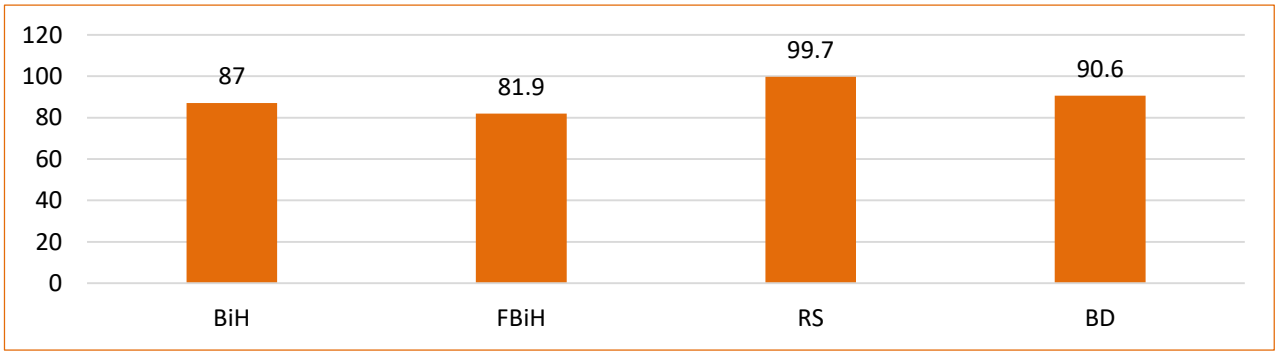


Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS) 2011-2012.

Prema rezultatima istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) za Bosnu i Hercegovinu, 99,7% porođaja je obavljeno u zdravstvenim ustanovama. 87% žena u reproduktivnoj dobi koje su se porodile dvije godine prije ove studije u BiH su u toku porođaja imale stručnu podršku (FBiH 81,9%, RS 99,7% i Brčko distrikt

90,6%) (slika 20) (MICS BiH, 2013a). Zapažanja iz analize rutinskih statističkih izvještaja o porođajima obavljenim u zdravstvenim ustanovama u Bosni i Hercegovini je u skladu sa rezultatima MICS studije. Prema zvanično dostupnim podacima Federalnog zavoda za statistiku FBiH, Republičkog zavoda za statistiku Republike Srpske i Agencije za statistiku Bosne i Hercegovine, preko 99% poroda je obavljeno u zdravstvenim ustanovama.

Slika 20: Postotak porođaja obavljenih pod stručnim nadzorom, zaštita i savjetovanje žena u toku trudnoće, porođaja i u postporođajnom periodu



Izvor: Ured UNICEF-a u Bosni i Hercegovini. Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS). Finalni izvještaj 2011-2012.

Postotak prijevremenih porođaja u 2017. godini u Federaciji Bosne i Hercegovine je iznosio 3,7%, u Republici Srpskoj 5,7% i te vrijednosti su značajno niže nego u drugim evropskim zemljama (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2018; ZZJZ FBiH, 2018). Kada se sagledaju zemlje sa najvećim postotkom prijevremenih porođaja, uviđaju se sljedeći obrasci: što je veći postotak prijevremenih porođaja, to je niža stopa mrtvorođenosti. Najviši postoci prijevremenih porođaja u Evropi su u Austriji (11,1%), Portugalu (9%) i Španiji (8,2%). Zemlje s najvišim postotkom prijevremenih porođaja su među zemljama sa najnižom stopom mrtvorođenosti (Austrija 3,6, Portugal 2,2 i Španija 2,9 na 1.000 ukupnih poroda). Podaci studije koja je provedena u 19 evropskih zemalja u periodu od 1996. do 2018. godine ukazuju na to da postoji značajno povećanje postotka prijevremenih porođaja (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019: Zeitlin, 2013). Stopa mrtvorođenosti u BiH iznosi 5,4. U Srbiji ta stopa iznosi 6,0 a u Hrvatskoj 2,0 (Svjetska zdravstvena organizacija, 2015).

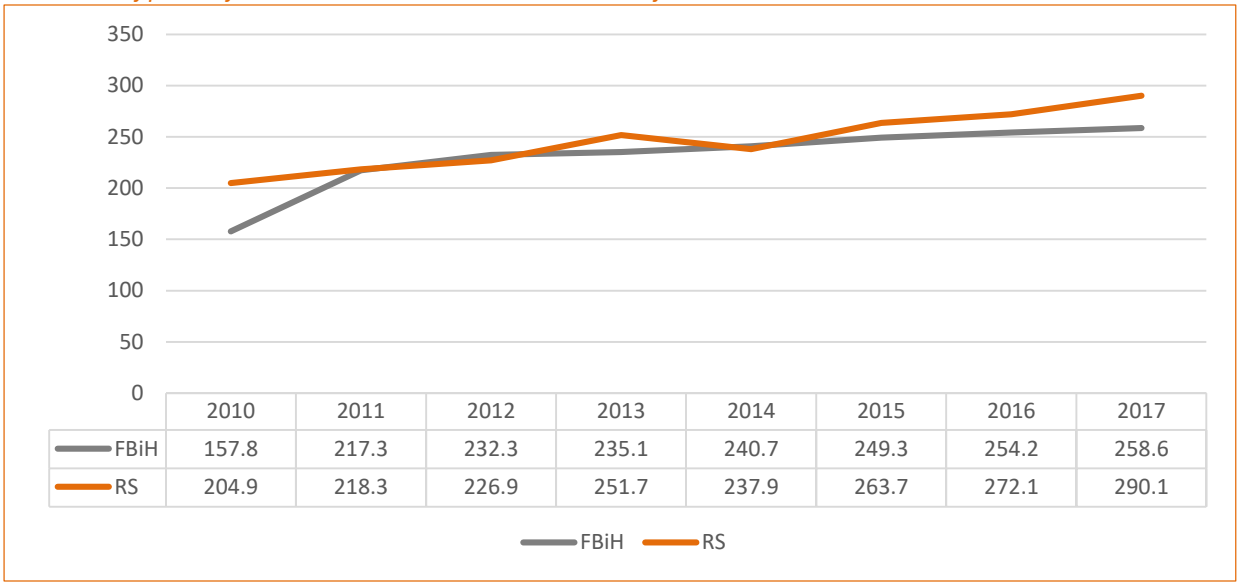
Prema podacima evropske studije i pokazateljima zdravstvene statistike u Bosni i Hercegovini, antenatalna zdravstvena zaštita je zadovoljavajuća. Daljnja primjena mjera definiranih u Pravilniku osigurava stabilan trend u znatno malom postotku prijevremenih porođaja.

4.3.2 Prevalencija porođaja carskim rezom

Indikacije za dovršavanje porođaja carskim rezom su komplikacije u kasnoj trudnoći, među kojima su najčešće: abrupcija posteljice koja je rezultirala smrću fetusa, fetus u transverzalnom položaju, pelvični tumori i prethodni carski rez, hirurški zahvat na uterusu, rizična stanja tokom trudnoće (eklampsija i preeklampsija) i infekcije (Đelmiš, 2014). Činjenica je da je broj porođaja carskim rezom u porastu u zemljama regije i drugdje u svijetu (Dražančić, 2005). Postoje mnoga profesionalna pitanja s obzirom na analizu razloga za povećanje broja porođaja carskim rezom, kao i potreba za nastavkom edukacije ginekologa i opstetričara iz ispravnih indikacija u toku izvođenja carskog reza.

Iako vrlo nejednako raspoređeni, na prijelazu stoljeća je 12% porođaja u svijetu obavljeno carskim rezom, a do 2015. taj postotak se povećao na 21% (Lancet, 2018). Prema posljednjim dostupnim podacima za BiH, postotak poroda carskim rezom u BiH iznosi 13,9% (UNICEF, 2011-12). Primijećeno je da je postotak žena koje su se porodile carskim rezom bio najvišu među ženama iz najbogatijih domaćinstava (21%). Po entitetima, u Republici Srpskoj, stopa porođaja carskim rezom je viša nego u Federaciji Bosne i Hercegovine, iako je moguće potvrditi povećanje u oba entiteta u periodu od 2010. do 2017. godine (slika 21) (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2018; ZZJZ FBiH, 2018).

Slika 21: Broj porođaja carskim rezom na 1.000 živorođene djece



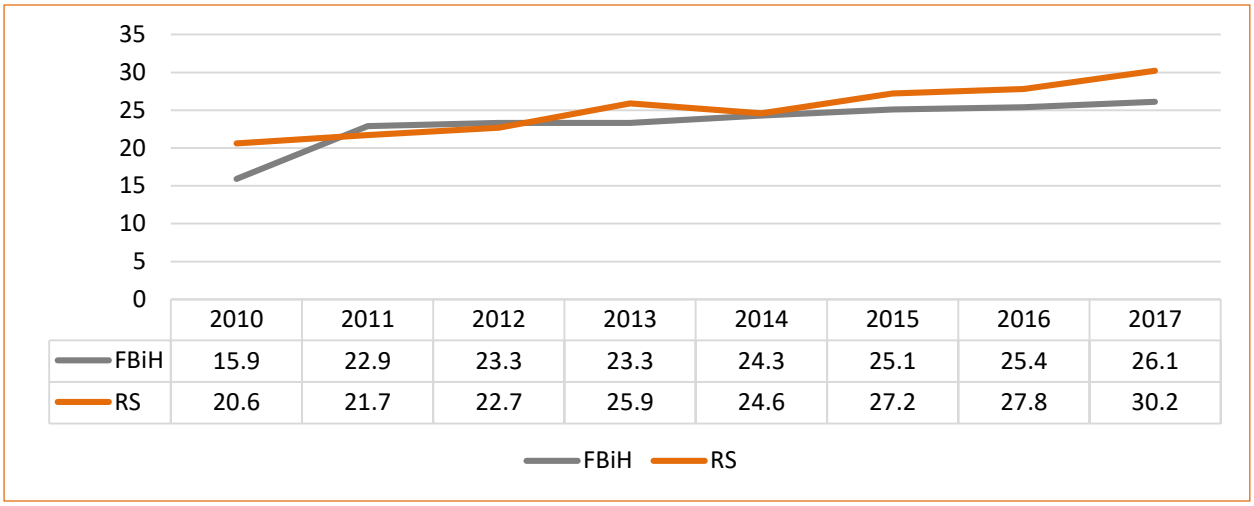
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH	157.8	217.3	232.3	235.1	240.7	249.3	254.2	258.6
RS	204.9	218.3	226.9	251.7	237.9	263.7	272.1	290.1

Izvor: Izračun autora na osnovu podataka JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije
Izračun autora na osnovu podataka Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za period 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/

Gotovo jedna trećina porođaja u Republici Srpskoj u 2017. godini je obavljena carskim rezom (slika 22) (30,2%), što je za 9,6% više u poređenju sa postotkom porođaja obavljenih carskim rezom u 2010. godini (20,6%). U Federaciji Bosne i Hercegovine je u istoj godini postotak porođaja obavljenih carskim rezom iznosio 26,1%, što je za 7,2% više u odnosu na 2010. godinu (18,9%) (slika 22).

Rizici od porođaja carskim rezom su moguć gubitak krvi, hirurške ozljede organa, infekcije nakon carskog reza i oporavak koji je najmanje tri puta duži nego oporavak nakon prirodnog poroda. Veća je vjerovatnoća da će bebe rođene carskim rezom imati pri rođenju problema sa disanjem, čak i u djetinjstvu, kao naprimjer, astmu. Također je veći rizik od mrtvorođenaštva. Iz nepoznatih razloga, prema nekim studijama, postoji veza između beba rođenih carskim rezom i većeg rizika od pretilosti u djetinjstvu i odrasloj dobi. Podaci iz naučnih studija pokazuju da historija carskog reza značajno povećava rizik za majku i dijete (Rageth, 1999; Rochel 2001). Stoga je neophodno eliminirati psihološke faktore povezane sa majkom (strah i lične predrasude) kroz savjetovanje, a zatim promijeniti medicinski neopravdane razloge za izvođenje carskog reza (Stjernhorm, 2010).

Slika 22: Postotak porođaja obavljenih carskim rezom



Izvor: Izračun autora na osnovu podataka JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije
Izračun autora na osnovu podataka Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za period 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/

4.3.3 Porođaj i rizici po zdravlje djeteta

Stopa nataliteta predstavlja broj živorođene djece na 1.000 žena, što je oko 9,0 u BiH (Svjetska banka, 2019). U proteklih 50 godina je stopa nataliteta pokazala značajan pad (tabela 4.6).

Tabela 23: Promjene u stopi nataliteta u proteklih 50 godina u Bosni i Hercegovini

Godina	1972.	1977.	1982.	1987.	1992.	1997.	2002.	2007.	2012.	2017.
Stopa nataliteta	22,5	19,7	17,9	16,2	14,0	12,5	10,0	9,2	9,1	9,2

Izvor: Svjetska banka, Pokazatelji razvoja svijeta (World Development Indicator)s[61]

Zbog demografskih promjena na osnovu pada stope nataliteta, stopa prirodnog priraštaja se smanjuje (Agencija za statistiku BiH, 2018d).

Mrtvorođenaštvo se prati unutar stope mortaliteta koja predstavlja broj mrtvorođene djece na 1.000 živorođene. Mrtvorođenaštvo se računa odvojeno od druge statistike mortaliteta. Uzroci mortaliteta su obično kongenitalne anomalije, infekcije u kasnijim stadijima trudnoće, komplikacije u toku porođaja i bolesti majke. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u Bosni i Hercegovini u 2015. godini je stopa mrtvorođenaštva iznosila 5,4 na 1.000 porođaja, što je nešto više u poređenju sa razvijenim evropskim zemljama u kojima je stopa mrtvorođenaštva do 3 na 1.000 porođaja (Svjetska zdravstvena organizacija, 2019c).

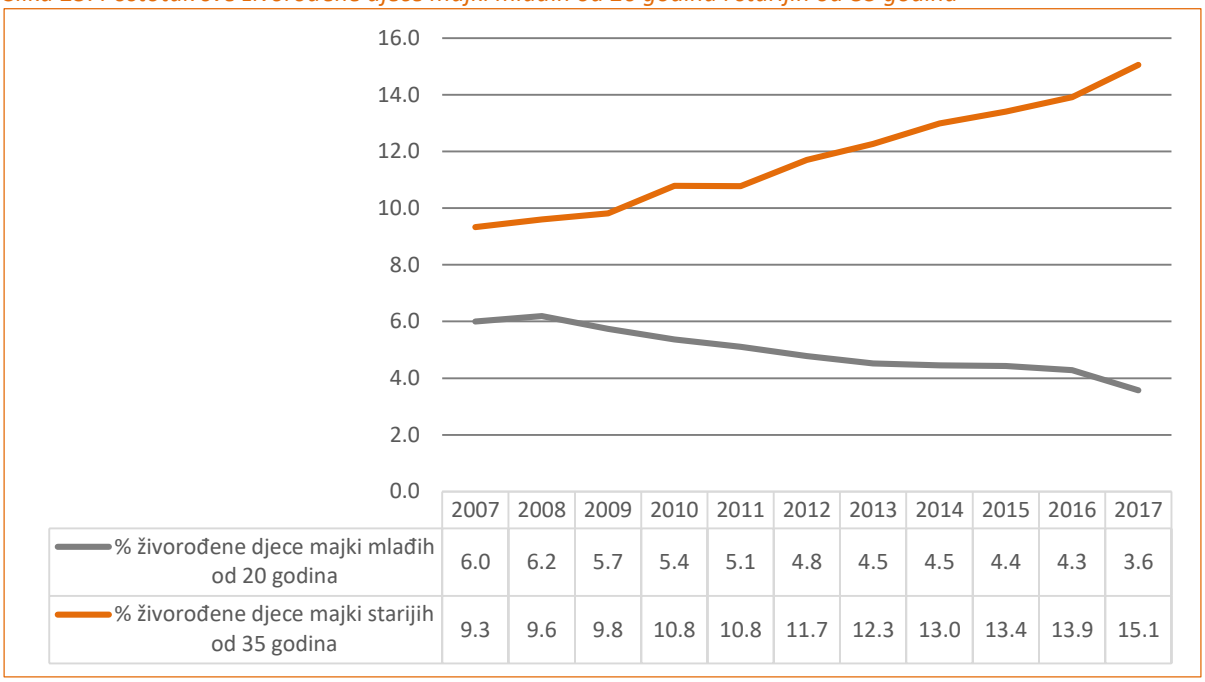
Optimalno je da postotak adolescentskih trudnoća bude ispod 5% i na taj način su ekonomski troškovi i socijalne nejednakosti uvjetovane porođajem u ranoj dobi smanjene i omogućavaju uvjete za obrazovanje

[61] https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&country=BIH

mladih majki, čime se osiguravaju povoljni uvjeti za materijalnu sigurnost djece (Hoffman, 2008). U Bosni i Hercegovini postotak živorođene djece majki mlađih od 20 godina iznosi 3,6% i bio je u stalnom opadanju od 2007. do 2017. (slika 23).

Postotak živorođene djece majki mlađih od 20 godina ili majki starijih od 35 godina je posebno važan. Prema istraživanju (Đelmiš, 2014), u populaciji trudnica starijih od 35 godina postoji veći rizik od spontanog pobačaja, komplikacija, kao što su visok krvni pritisak, gestacijski dijabetes, kongenitalne anomalije i prijevremeni porođaj. Postotak živorođene djece majki starijih od 35 godina u Evropi je 16,5% a u Bosni i Hercegovini 15,1%. U periodu nakon 2007. godine je povećan za 5,8 postotnih bodova u BiH (slika 23).

Slika 23: Postotak sve živorođene djece majki mlađih od 20 godina i starijih od 35 godina

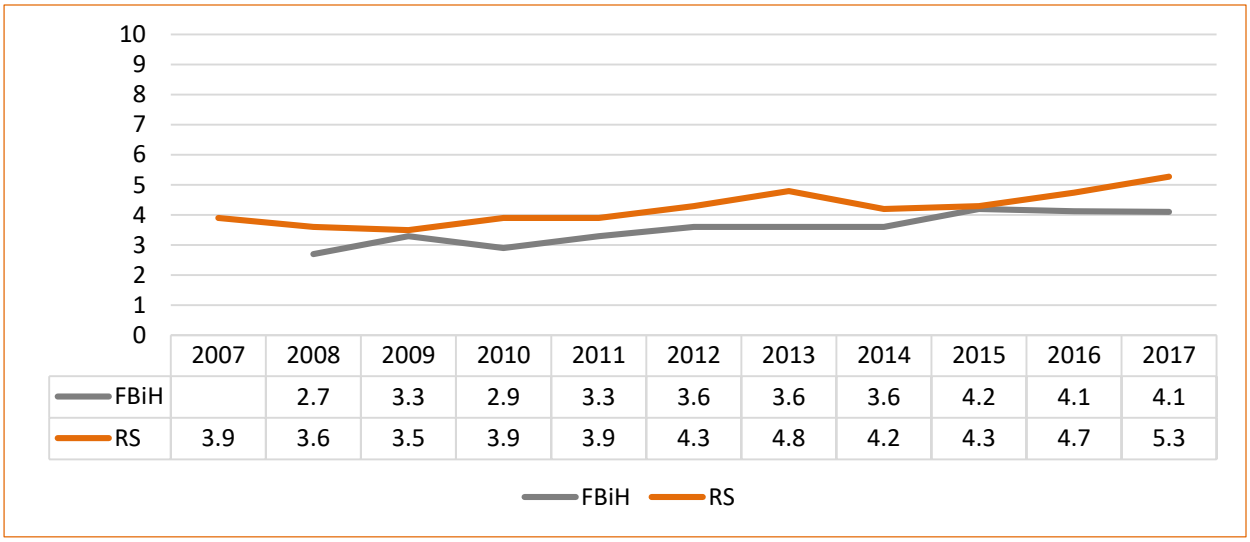


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% živorođene djece majki mlađih od 20 godina	6.0	6.2	5.7	5.4	5.1	4.8	4.5	4.5	4.4	4.3	3.6
% živorođene djece majki starijih od 35 godina	9.3	9.6	9.8	10.8	10.8	11.7	12.3	13.0	13.4	13.9	15.1

Izvor: Izračun autora na osnovu podataka u Demografija 2017, Agencija za statistiku BiH

Postotak živorođene djece sa niskom porođajnom težinom je važan zdravstveni indikator zato što se odnosi na kvalitetu provedene antenatalne zaštite. Nedovoljan broj ginekoloških pregleda u toku trudnoće je često povezan sa socijalnim i ekonomskim faktorima (starija dob pacijentice, nizak nivo obrazovanja, loši životni uvjeti, itd.) i načinom života (pušenje, neadekvatna ishrana, pretilost, konzumiranje alkohola i drugo). Svi spomenuti faktori mogu izazvani prijevremeni porođaj koji prati porođajna težina živorođenog djeteta ispod 2.500 grama. Novorođenčad sa niskom porođajnom težinom su sklonija razvoju teškoća i nezrelih funkcija novorođenčeta (nemogućnost sisanja, poremećaj termoregulacije, poremećaj biohemijskih parametara) (Svjetska zdravstvena organizacija, UNICEF, 2004). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u Evropi je 2015. godine bilo u prosjeku 6,7% živorođene djece sa porođajnom težinom ispod 2.500 grama. U zemljama Južne Evrope taj broj je veći od evropskog prosjeka (7,4%), a u zemljama sjeverne Evrope on iznosi 4,6%. U Bosni i Hercegovini je 2015. godine bilo 5,9% živorođene djece sa porođajnom težinom ispod 2.500 grama (FBiH 3,9% i RS 5,3%) (slika 24).

Slika 24: Postotak živorođene djece sa porođajnom težinom ispod 2.500 grama



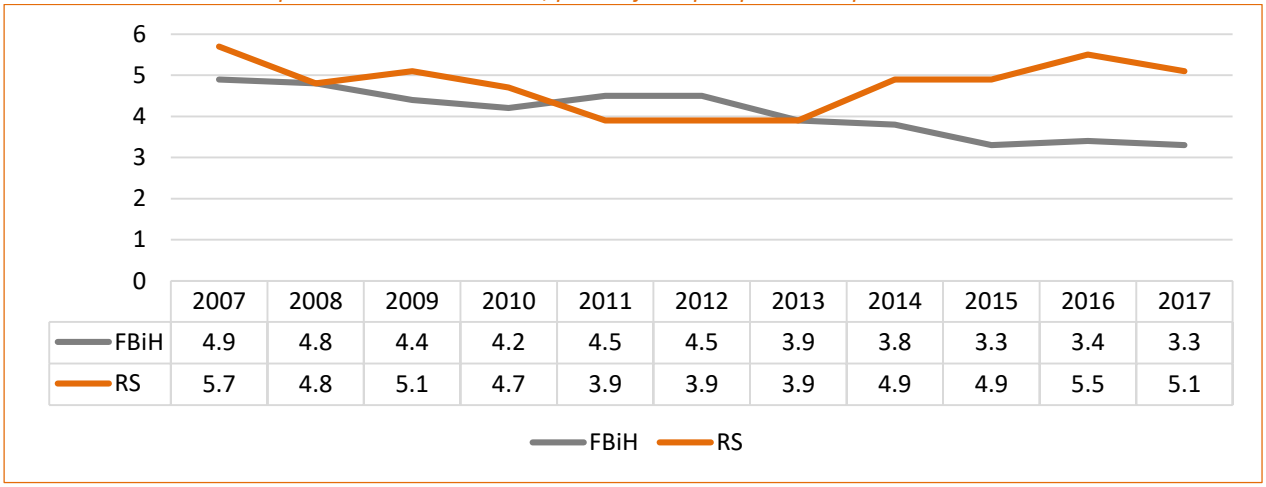
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH		2.7	3.3	2.9	3.3	3.6	3.6	3.6	4.2	4.1	4.1
RS	3.9	3.6	3.5	3.9	3.9	4.3	4.8	4.2	4.3	4.7	5.3

Izvor: Izračun autora na osnovu podataka JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije
Izračun autora na osnovu podataka Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za period 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/

4.3.4 Prevalencija bolesti povezanih sa trudnoćom, porođajem i postpartalnim periodom

U dobro organiziranom zdravstvenom sistemu u kojem se u okviru antenatalne zaštite provode četiri ili više patronažnih posjeta trudnici i prati rast i razvoj fetusa, prevalencija bolesti tokom trudnoće i u postpartalnom periodu je smanjena. U toku trudnoće se mogu javiti određeni zdravstveni problemi kod žena koje imaju genetsku predispoziciju ili stanje koje nije adekvatno liječeno prije trudnoće. U ambulantama za ginekologiju na primarnom nivou zdravstvene zaštite u 2017. godini je zabilježeno 1.416 pojava bolesti povezanih sa trudnoćom, porođajem i postpartalnim periodom na 10.000 žena u Republici Srpskoj i 1.954 bolesti na 10.000 žena u Federaciji Bosne i Hercegovine. U ukupnom morbiditetu u drugačijem uzorku, postotak bolesti povezanih sa trudnoćom, porođajem i postpartalnim periodom je bio nizak: u Federaciji BiH 3,3% i 5,1% u Republici Srpskoj (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2017; ZZJZ FBiH, 2017) (slika 25). Ove bolesti pripadaju grupi komplikacija u trudnoći, pri porođaju i u postpartalnom periodu: edem, proteniurija i hipertenzija i druga patološka stanja koja su štetna za zdravlje majke (krvarenje, ozljede), alergijska reakcija i hormonalna disfunkcija. Nizak nivo tih bolesti u ukupnom morbiditetu je pokazatelj dobro organizirane antenatalne zaštite.

Slika 25: Postotak bolesti povezanih sa trudnoćom, porođajem i postpartalnim periodom



Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravlje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije (strana 90 (2017), strana 89 (2016), strana 89 (2015), strana 87 (2014), strana 87 (2013), strana 92 (2012), strana 92 (2011), strana 112 (2010), strana 76 (2009), strana 77 (2008), strana 74 (2007)).
Zavoda za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za period 2007-2017. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/, (strana 146 (2017), strana 156 (2016), strana 156 (2015), strana 146 (2014), strana 146 (2013), strana 115 (2012), strana 117 (2011), strana 129 (2010), strana 122 (2009), strana 118 (2008), strana 108 (2007)).

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Kapaciteti zdravstvenog sistema koji se odnose na pružanje usluga zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja su na zadovoljavajućem nivou i stanovništvu obezbjeđuju zdravstvene resurse (zdravstvene radnike i usluge) i političku i zakonodavnu podršku na nivou entiteta i Brčko distrikta.
- Sistem zaštite seksualnog i reproduktivnog zdravlja je na istom nivou kao i drugi oblici zdravstvene zaštite zato što su međunarodne preporuke sadržane u politikama, strategijama i zakonima o sistemima zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini.
- Planiranje porodice još uvijek nije zadovoljavajuće sa aspekta raspoloživosti i upotrebe savremenih metoda kontracepcije te postotka neispunjenih potreba za kontracepcijom. Važno je naglasiti potrebu za nastavkom edukacije mladih u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja kroz obrazovne programe u školama.
- Podaci o abortusu bi se trebali uzeti sa rezervom zbog postojanja neprijavljenih slučajeva. Prema zvaničnim podacima, stopa abortusa u Bosni i Hercegovini je na nivou evropskog prosjeka i nešto je niža u Federaciji Bosne i Hercegovine nego u Republici Srpskoj. Postoji potreba za daljnjim smanjenjem stope abortusa kroz unaprijeđeno planiranje porodice, seksualno obrazovanje i dostupnost savremenih sredstava kontracepcije stanovništvu kojem su potrebne.
- Iako je stopa abortusa među adolescentima relativno niska, imajući na umu trendove povećanja u društvima koja su manje tradicionalna, unapređenje obrazovanja iz seksualnog i reproduktivnog zdravlja i osnaživanje adolescenata za djelotvorno planiranje porodice su ključ prevencije rizika od povećanja adolescentske trudnoće i korištenja abortusa kao kontracepcijske metode.
- U Bosni i Hercegovini podaci o iskorištenim pravima na prevenciju i liječenje neplodnosti nisu potpuni. U Republici Srpskoj tri postupka vantjelesne oplodnje u cijelosti finansira Institut za javno zdravstvo, dok je odluka na jedinicama lokalne samouprave da li će finansirati četvrti. U Federaciji BiH dva

postupka vantjelesne oplodnje u cijelosti finansira Zavod za javno zdravstvo. Važno je napomenuti da postoje ograničenja u pogledu dobi žene kada se radi o sufinansiranju postupaka vantjelesne oplodnje, dok žene starije od 42 godine nemaju pravo na sufinansiranje te stoga nemaju ni jednake uvjete za ostvarivanje toga prava.

- Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata je u riziku od nedovoljnog nivoa znanja o spolno prenosivim bolestima, ranom ulasku u seksualnu aktivnost i nepoznavanje zaštite.
- Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće, porođaja i u postporođajnom periodu je dobro organizirana, na šta ukazuju pokazatelji visokog nivoa posjeta domovima zdravlja u toku trudnoće, skupa sa stručnim nadzorom u toku porođaja i u postporođajnom periodu, kao i nizak postotak prijevremenih porođaja. Nizak postotak prijevremenih porođaja zahtijeva dodatno istraživanje.
- S obzirom da se gotovo svi porođaji obavljaju u zdravstvenim ustanovama, zdravstveni rizici po djecu su niski. Postotak novorođenčadi čija je porođajna težina ispod 2.500 grama je nizak.
- Iako se porođaj carskim rezom generalno smatra sigurnim i u nekim situacijama spasonosnim, on sa sobom nosi dodatne rizike po majku i dijete u poređenju sa vaginalnim porodom (gubitak krvi, hirurške ozljede, infekcije nakon carskog reza, otežano disanje djeteta, veći rizik od mrtvođenaštva i pretilost djeteta u kasnijim životnim dobima). Broj poroda obavljenih carskim rezom je u porastu, ako nema medicinski opravdanih razloga za takav trend.
- Zdravstveni problemi povezani sa trudnoćom i porođajem se dijagnosticiraju u zdravstvenim ustanovama u BiH u malom postotku i uglavnom se odnose na komplikacije u toku trudnoće (infekcije, hipertenzija, dijabetes, edem) i porođaja (infekcije i ozljede), u kojem slučaju se pruža adekvatna zdravstvena zaštita.

5. Mortalitet

Dvadeseti vijek je donio ključne promjene u mortalitetu. Teorija koja opisuje te promjene se nazivaju „epidemiološkom tranzicijom“ i ona omogućava bolji uvid u procese koji leže iza evolucije mortaliteta i uzroka smrti. Savremena faza tranzicije je identificirana kao „doba degenerativnih bolesti“, koju karakteriziraju prevladavajuće hronično degerativne bolesti i stabilizacija mortaliteta na niskom nivou. Sredinom hiljadu devetsto osamdesetih godina, uzimajući u obzir kontinuirani porast očekivane dužine života pri rođenju, sugerirana je četvrta faza epidemiološke tranzicije (Lussier et al., 2008). Ta faza se naziva „godinama odgođenih degenerativnih bolesti“. Prema Omranu (1998), četvrtu fazu karakterizira konstantno povećanje očekivane dužine života pri rođenju, sve dok ona ne dostigne 80-85 godina života, stabilizacijom ili smanjenjem kardiovaskularnih bolesti kao uzroka smrti. Socijalni i ekonomski napredak, koji je omogućio razvoj lijekova i zdravstvene zaštite, doprinio je značajnom proširenju limita trajanja života. Razlike u specifičnim uzrocima mortaliteta između razvijenih i drugih zemalja pružaju ključne informacije o faktorima koji bi trebali biti cilj prevencije u svrhu smanjenja rane smrtnosti stanovništva.

Iako postoji sve manje razlika na nivou mortaliteta među evropskim zemljama, još uvijek postoji jaz između Istoka i Zapada (Galjak, 2018). Istočnoevropske zemlje imaju veći mortalitet i veću razliku između spolova, a u nekim zemljama je hiljadu devetsto devedesetih godina zabilježeno skraćenje očekivane dužine života pri rođenju u muškoj populaciji (Mesle, 2004; IOM, 2012; Vojković et al, 2014). Razlike u očekivanoj dužini života pri rođenju se kreću od preko 80 godina za oba spola u zemljama Zapadne Evrope i 83 godine u Švicarskoj i Španiji, do ispod 73 godine u Istočnoj Evropi. Među balkanskim zemljama, očekivana dužina života u Bugarskoj iznosi 74,6 godina, u Srbiji 75,1 godinu, dok je Slovenija jedina zemlja među republikama bivše Jugoslavije koja ima isti trend kao zapadnoevropske zemlje i u njoj je očekivana dužina života pri rođenju 80,8 godina. U BiH je očekivana dužina života 76,7 godina (UN World Mortality 2017: Data Booklet,15).

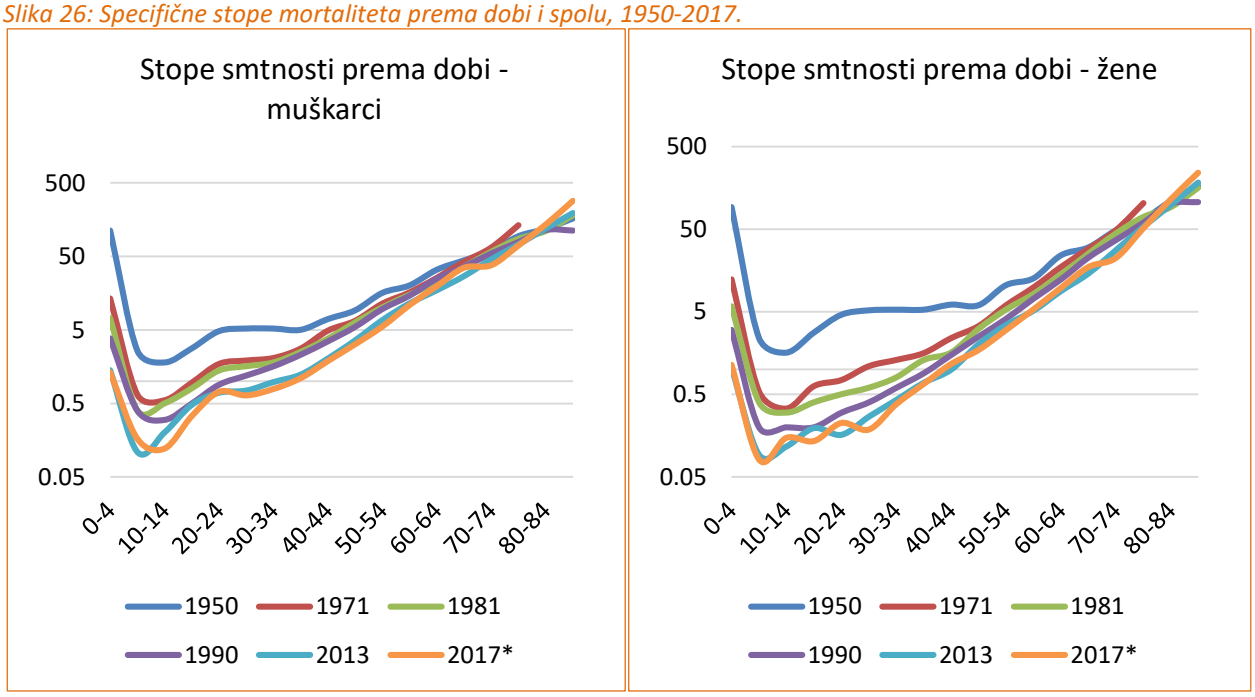
U ovom poglavlju razmatramo epidemiološku tranziciju u Bosni i Hercegovini. Postoji pitanje da li je i koliko je BiH daleko od kasne faze tranzicije. Pitanje u kojoj mjeri je nedavni rat utjecao na poslijeratni mortalitet i dalje je otvoreno. Moguće je dati procjene na osnovu razlika u stopi mortaliteta u poređenju sa zemljama regije, iako je potrebno uzeti u obzir da tranzicija mortaliteta u BiH ima sporiji tempo.

5.1 Promjene u ukupnom mortalitetu

Tranzicija mortaliteta u Bosni i Hercegovini je imala karakteristike koje su tipične za ekonomski manje razvijene regije. Pad smrtnosti je postignut odjednom i bio je omogućen razvojem zdravstvenog sistema koji je, kao i u drugim manje razvijenim regijama bivše Jugoslavije, bio sasvim autonoman i neovisan o ekonomskom razvoju, zahvaljujući posebnom tretmanu nerazvijenih regija unutar transformacije jugoslovenskog društva (Katz; IDNCDI, 1974). Rasprostranjena mreža zdravstvenih institucija doprinijela je padu mortaliteta, posebno novorođenčadi i djece u najmlađoj dobi. Pod uvjetima mlade strukture stanovništva, to se ogledalo u padu općih stopa mortaliteta koji je zadržao nizak nivo od 6 do 6,4% u toku cjelokupnog desetogodišnjeg perioda od 1973. do 1983. godine. Od 1996. godine se primjećuje brži rast opće stope mortaliteta, što je povezano sa promjenama u dobnoj strukturi. Da bi se dublje sagledale sve promjene koje su se desile, neophodno je analizirati promjene u mortalitetu raznih dobnih skupina, posebno smrtnost dojenčadi i djece, maternalnu smrtnost i tranziciju uzroka smrti.

Mortalitet je opadao u svim dobnim skupinama i u oba spola u toku druge polovine 20. stoljeća (slika 26). Za period hiljadu devetsto devedesetih ne postoje podaci koji bi svjedočili o rastu mortaliteta u muškoj populaciji, ali je to bio trend u većini zemalja regije (IOM, 2012; Galjak, 2018). Specifične stope mortaliteta u svim dobnim skupinama su niže među ženama. U nekim dobnim skupinama je rizik više nego dvostruko veći za mušku populaciju. Mortalitet djece u dobi ispod 5 godina je od 1950. do 2017. godine pao sa preko 100 na 1,2 djeteta na 1.000 djece. Krivulja mortaliteta za mušku populaciju u dobi od 15 do 34 godine, iako je niža u poređenju sa hiljadu devetsto pedesetim, imala je konstantan prekomjeran mortalitet u poređenju sa mortalitetom žena.

Slika 26: Specifične stope mortaliteta prema dobi i spolu, 1950-2017.



Izvor: Savezni zavod za statistiku SFRJ: Demografska statistika za odgovarajuće godine (1950-1990); Agencija za statistiku BiH: Demografska statistika za odgovarajuće godine (2013-2017) i izračun autora
**Izračuni bazirani na stanovništvu 2013. godine (procjene dobi i spola za 2017. nisu na raspolaganju)*

Poređenje sa zemljama sa najnižim mortalitetom u Evropi pokazuje da je mortalitet u svim dobnim skupinama još uvijek visok u Bosni i Hercegovini, posebno u sredovječnoj populaciji, a u muškoj populaciji je ova razlika čak veća. Studije mortaliteta u regiji pokazuju da uz bolju prevenciju i daljnje unapređenje zdravstvene zaštite, smanjenje ovog mortaliteta zahtijeva znatne promjene u životnom stilu. Kohorte u dobi od 35 do 64 godine imaju najviše stope i predstavljaju glavni razlog za veći ukupan mortalitet. To je razlog zbog kojeg Bosna i Hercegovina, kao i druge zemlje regije, još uvijek nije dostigla očekivanu dužinu života u drugim evropskim zemljama, koje su u protekloj dekadi načinile znatne korake na smanjenju smrtnosti starije populacije (Radivojević, 2002; IOM, 2012; Marinković, 2017). Ova analiza, kao neke prethodne studije (Girone, Grubanov-Bošković), pokazuju da je opći nivo mortaliteta prema dobi i spolu u Federaciji BiH veći nego u Republici Srpskoj, osim u muškim kohortama u dobi od 20 do 64 godine u kojima je u Republici Srpskoj rizik veći.

5.2 Mortalitet dojenčadi i djece

Mortalitet dojenčadi i djece je jedan od najboljih demografskih pokazatelja unapređenja socioekonomskih i osnovnih sanitarnih uvjeta. Kao i u drugim evropskim zemljama, odmah nakon Drugog svjetskog rata postignut je veliki napredak u smanjenju smrtnosti dojenčadi i djece. U hiljadu devetsto pedesetim godinama je godišnje umiralo 139 dojenčadi na 1.000 živorođene djece. Početkom hiljadu devetsto šezdesetih godina je stopa smrtnosti dojenčadi prepolovljena na 78,2 a do 1971. godine je smanjena na 22 na 1.000 živorođene djece. U periodu 1996-2017. smrtnost dojenčadi je pala sa 14 na 6,5 na 1.000 živorođene djece. To je isti nivo smrtnosti djece kao u Bugarskoj i Rumuniji, među zemljama regije. Stopa smrtnosti dojenčadi je niža nego u Sjevernoj Makedoniji (9,2) i Albaniji (8), ali viša nego u Sloveniji (2,1) ili od prosjeka u EU-28 (3,6). Smrtnost dojenčadi je hiljadu devetsto pedesetih godina učestvovala sa oko 36% u ukupnoj smrtnosti stanovništva u Bosni i Hercegovini, sa 12.890 smrtnih slučajeva. Prema posljednjim podacima, godišnji udio smrtnosti iznosi 0,5% sa 196 smrtnih slučajeva. Također, smrtnost djece (smrtnost djece uzrasta do 5 godina) je u posljednjih pet godina stabilizirana na nivo od 6-7 djece na 1.000 živorođene. Prosjek za zemlje sa najnižim mortalitetom iznosi 2-3‰ (Spasovski, 1995; BHAS, 2018; baza podataka Eurostata, 2017).

Pad smrtnosti dojenčadi prati koncentracija smrti dojenčadi u neonatalnom periodu. Struktura smrti dojenčadi prema dobi u 2017. godini pokazuje visok nivo sličnosti sa zemljama sa najnižom smrtnošću. Udio stope neonatalne smrtnosti, uključujući smrt dojenčadi uzrasta do 29 dana, iznosi 71,4% a rana neonatalna smrtnost (0-7 dana) iznosi 50,5%. To ukazuje na visoku eliminaciju egzogenih uzroka smrti i na nivou je zemalja sa najnižom smrtnošću dojenčadi (Švedska 68,3%; Francuska 73%) (baza podataka Eurostata, 2017).

Tabela 24: Distribucija (%) dojenačke smrti prema dobi u toku prve godine života, 2017

	BiH		FBiH		RS	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Ukupno	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ispod jednog dana	16,8	16,5	20,7	20,0	37,7	30,8
1-6 dana	33,2	33,0	35,6	37,3	53,8	30,8
7-29 dana	20,4	19,8	24,1	24,0	15,4	15,4
1-3 mjeseca	19,4	20,9	12,6	10,7	15,4	15,4
4-7mjeseci	8,7	7,7	5,7	5,3	0,0	7,7
8-11 mjeseci	1,5	2,2	1,1	2,7	7,7	0,0

Izvor: BHAS, 2018; Demografija FBiH, 2018; Statistika stanovništva u Republici Srpskoj, 2018.

Među entitetima postoji relativno značajna razlika u smrtnosti dojenčadi s obzirom na to da je u Republici Srpskoj stopa smrtnosti dojenčadi 2,8% a u Federaciji BiH 8,2%. U Brčko distriktu nema evidentirane dojenačke smrtnosti za period od 2004. do danas.

5.3 Maternalni mortalitet

Maternalni mortalitet, to jeste, smrtnost majki u trudnoći, prilikom poroda i u postporođajnom periodu (do 42 dana nakon porođaja) jedan je od ključnih pokazatelja razvoja sistema zdravstvene zaštite. Smanjenje maternalne smrtnosti je i dalje prioritet ciljeva održivog razvoja do 2030.godine, posebno cilja 3: osigurati zdrav život i promovirati blagostanje za sve, u svim dobima (Ujedinjene nacije, 2015). Važno je

naglasiti da je maternalni mortalitet izuzetno teško procijeniti, pa je čak i u zemljama sa veoma dobrom statistikom, kao što su Francuska ili Ujedinjeno Kraljevstvo, značajno podcijenjen (Ujedinjene nacije, 2013).

U zemljama Centralne i Istočne Evrope se maternalni mortalitet procjenjuje na 25 smrti majki na 100.000 živorođene djece, a od 1990. do 2015. godine je pao za 37%. Najviša stopa maternalnog mortaliteta je u dijelovima svijeta u razvoju. U Africi, ona iznosi 546 na 100.000 živorođene djece, a u Jugoistočnoj Aziji 182 na 100.000 živorođene djece (WHO, UNICEF, UNFPA, Svjetska banka, UN, 2014). U BiH promjena od 60,7% u stopi maternalnog mortaliteta je postignuta u periodu od 1990. do 2015. (sa 28 na 100.000 živorođene djece u 1990. godini na 11 na 100.000 živorođene djece u 2015.) (WHO, UNICEF, UNFPA, Grupa Svjetske banke i Međuagencijska grupa Odsjeka za stanovništvo Ujedinjenih nacija za procjenu maternalnog mortaliteta, 2015).

U regiji Jugoistočne Evrope, maternalni mortalitet u Albaniji iznosi 29 na 100.000 živorođene djece, u Srbiji 17 na 100.000 živorođene djece, u Crnoj Gori 7 na 100.000 živorođene djece, u Hrvatskoj 8 na 100.000 živorođene djece i u Sjevernoj Makedoniji 8 na 100.000 živorođene djece) (WHO, UNICEF, UNFPA, Svjetska banka, UN, 2014).

Prema statističkim institucijama, u Bosni i Hercegovini u 2017. godini nije bio evidentiran niti jedan slučaj, a u 2016. godini je zabilježen jedan slučaj smrti majke izazvane komplikacijama u trudnoći, tokom poroda i u postporođajnom periodu. Izraženo kao omjer maternalnog mortaliteta, u 2016. godini je bilo 3,3 smrtnih slučajeva na 100.000 živorođene djece i u 2017. godini 0 na 100.000 živorođene djece.

Važno je naglasiti stručna razmatranja i dileme u vezi sa tumačenjem rezultata maternalnog mortaliteta koji su najčešće utvrđeni kao slabe procjene i neadekvatna dijagnoza stvarnog uzroka smrti ili mali apsolutni broj slučajeva utvrđenih u toku godine. Zbog toga stručnjaci predlažu dijagnosticiranje i praćenje maternalnog mortaliteta u periodu od dvije ili više godina (Bouvier-Colle, 2012). Postoji sistematska tendencija da se smrt majki pripisuje drugim uzrocima. Zbog toga se zvanična statistika o smrtnosti majki mora tretirati uz veliki oprez, čak i u zemljama sa općenito pouzdanom vitalnom statistikom.

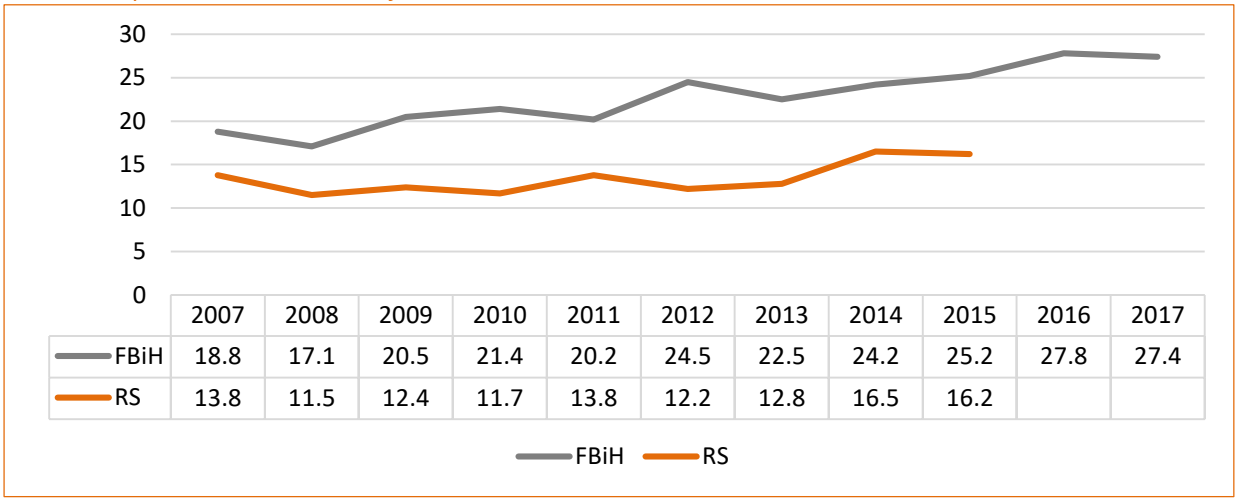
5.4 Specifičan mortalitet žena

Prema Svjetskog zdravstvenoj organizaciji, na nezarazne bolesti, prema procjenama, otpada 94% svih smrtnih slučajeva u BiH (Globalno opterećenje bolešću, 2018). Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti u grupi nezaraznih bolesti (53%), a zatim kancer (19%), hronične respiratorne bolesti (4%), dijabetes (7%), druge nezarazne bolesti (12%), zarazna maternalna, perinatalna i nutritivna stanja (2%) i ozljede (4%) (WHO, 2018). Studija Globalnog opterećenja bolešću od 2007. do 2017. ukazuje na pozitivan trend promjene u ukupnom broju izgubljenih godina života usljed ishemijskih srčanih oboljenja (promjena za 9,5%), moždanog udara (promjena za 7,5%), dijabetesa (promjena za 22,3%), raka pluća (promjena za 2,9%) i Alzheimerove bolesti (promjena za 36,9%), što znači da ljudi sa tim bolestima danas žive duže (Globalno opterećenje bolešću, 2018).

U Bosni i Hercegovini jedna petina svih uzroka smrti se pripisuje malignim oboljenjima. U posljednjoj dekadi je pojava malignih bolesti u porastu. Najčešće maligne bolesti kod žena koje izazivaju oštećenje reproduktivnih organa su: rak dojke, rak debelog crijeva, rak grlića materice i rak jajnika (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2018; ZZJZ FBiH, 2018).

U Evropi mortalitet od raka dojke iznosi 14,9 na 100.000 žena, a od raka grlića materice i raka jajnika je tri puta niži (3,8 odnosno 5,1) (Globocan, 2018). Potrebno je naglasiti da je moguće djelotvorno prevenirati ove vrste raka kroz programe organiziranih skrining pregleda za rano otkrivanje raka putem specifičnih i lako dostupnih medicinskih pregleda. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije i Globocana, u Bosni i Hercegovini je u 2018. godini smrtnost usljed raka dojke iznosila 14,6 na 100.000 žena, dok je smrtnost usljed drugih vrsta raka bila niža: raka grlića materice 4,7 na 100.000 žena i raka jajnika 5,2 na 100.000 žena (Globocan, 2018). Stopa smrtnosti od raka dojke je u oba entiteta u porastu od 2007. godine: u Federaciji BiH je nešto veća nego u Republici Srpskoj (slika 27).

Slika 27: Stopa smrtnosti od raka dojke na 100.000 žena svih dobi



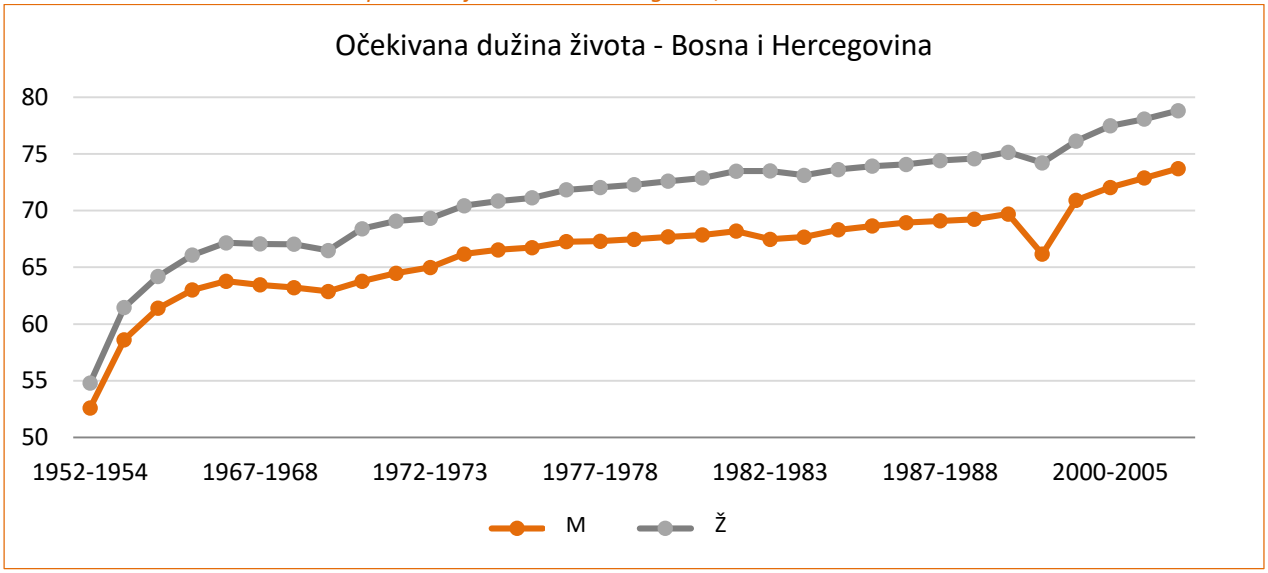
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
FBiH	18.8	17.1	20.5	21.4	20.2	24.5	22.5	24.2	25.2	27.8	27.4
RS	13.8	11.5	12.4	11.7	13.8	12.2	12.8	16.5	16.2		

Izvor: Podaci dobiveni na zahtjev od entitetskih zavoda za javno zdravstvo

5.5 Povećanje očekivane dužine života

U drugoj polovini 20. stoljeća stanovništvo BiH je imalo gotovo kontinuirani rast očekivane dužine života pri rođenju. Osim kratkoročnog i manjeg pada krajem hiljadu devetsto šezdesetih i početkom hiljadu devetsto osamdesetih godina, najveći regresivan trend je bio u ratnim godinama, od 1990. do 1995. godine, kada je očekivana dužina života pri rođenju za mušku populaciju pala za 3,5 godina, a za žensku za 0,95 godina. Od 1952. do 2015. godine očekivana dužina života je povećana sa 52,6 na 73,71 godinu za muškarce i sa 54,8 na 78,82 godine za žene. Veća očekivana dužina života za žene i veća razlika između spolova, koja je povećana sa 2,2 na 5,1 godinu, uobičajeni su trend, iako je ova razlika među razvijenim zemljama nešto manja. Najdinamičnije povećanje je bilo u toku hiljadu devetsto pedesetih godina: u prvoj dekadi za preko 6 godina za oba spola; u toku druge dekade očekivana dužina života pri rođenju za muškarce se povećala za 5,16 godina, a za žene za 6,95 godina. Tako brzo kretanje je prije svega postignuto smanjenjem smrtnosti dojenčadi i djece uzrasta do pet godina. Kada se govori o promjenama u očekivanoj dužini život pri rođenju hiljadu devetsto devedesetih godina, one se ne mogu u potpunosti otkriti zbog nedostatka podataka (vrijednosti za očekivanu dužinu života pri rođenju prema procjenama UN-a, 2017), ali se posljedice rata ogledaju u činjenici da nije postignut napredak u produžetku očekivane dužine života žena i muškaraca. Značajno je da je u periodu 1995-2015. godina očekivana dužina života pri rođenju za mušku populaciju povećana za 2,8 godina, a za žene za 2,68 godina.

Slika 28: Očekivana dužina života pri rođenju u Bosni i Hercegovini, 1952-2015.



Izvor: Odsjek UN-a za stanovništvo, Izvještaj o mortalitetu u svijetu, 2017.[62]

Očekivana dužina života pri rođenju u Bosni i Hercegovini ima sličnosti sa vrijednostima u drugim zemljama regije: čak je veća očekivana dužina života pri rođenju u poređenju sa vrijednostima za mušku populaciju u Srbiji, Rumuniji ili Bugarskoj. U poređenju sa Slovenijom, sa najvećom očekivanom dužinom života pri rođenju u regiji, i prosječnim nivoom za EU-28, razlika iznosi 3,5 godina za muškarce i 4,4 godine za žene. U poređenju sa Švicarskom, naprimjer, koja se nalazi među evropskim zemljama sa najvećom očekivanom dužinom života pri rođenju, razlika je čak veća: 6,8 godina za muškarce i 5,9 godina za žene. To je posljedica veće smrtnosti sredovječne i starije populacije i određenih uzroka smrti u BiH.

Očekivana dužina života starijih osoba u dobi od 65 i više godina, u poređenju sa nivoom iz sredine 20. stoljeća (1952-1954), povećana je u Bosni i Hercegovini za 3,89 godina za muškarce i za 4,98 godina za žene u periodu 2010-2015. (UN, 2017). Razlika među spolovima opada u Bosni i Hercegovini na 2,79 godina. Također, razlika u poređenju sa zemljama sa nižim mortalitetom opada, naprimjer, u poređenju sa Švicarskom, razlika je nešto veća od 4 godine za oba spola. To pokazuje da je postignut napredak u snižavanju mortaliteta starijih osoba, s tim da je moguće daljnje smanjenje (UN, 2017).

5.6 Vodeći uzroci smrti

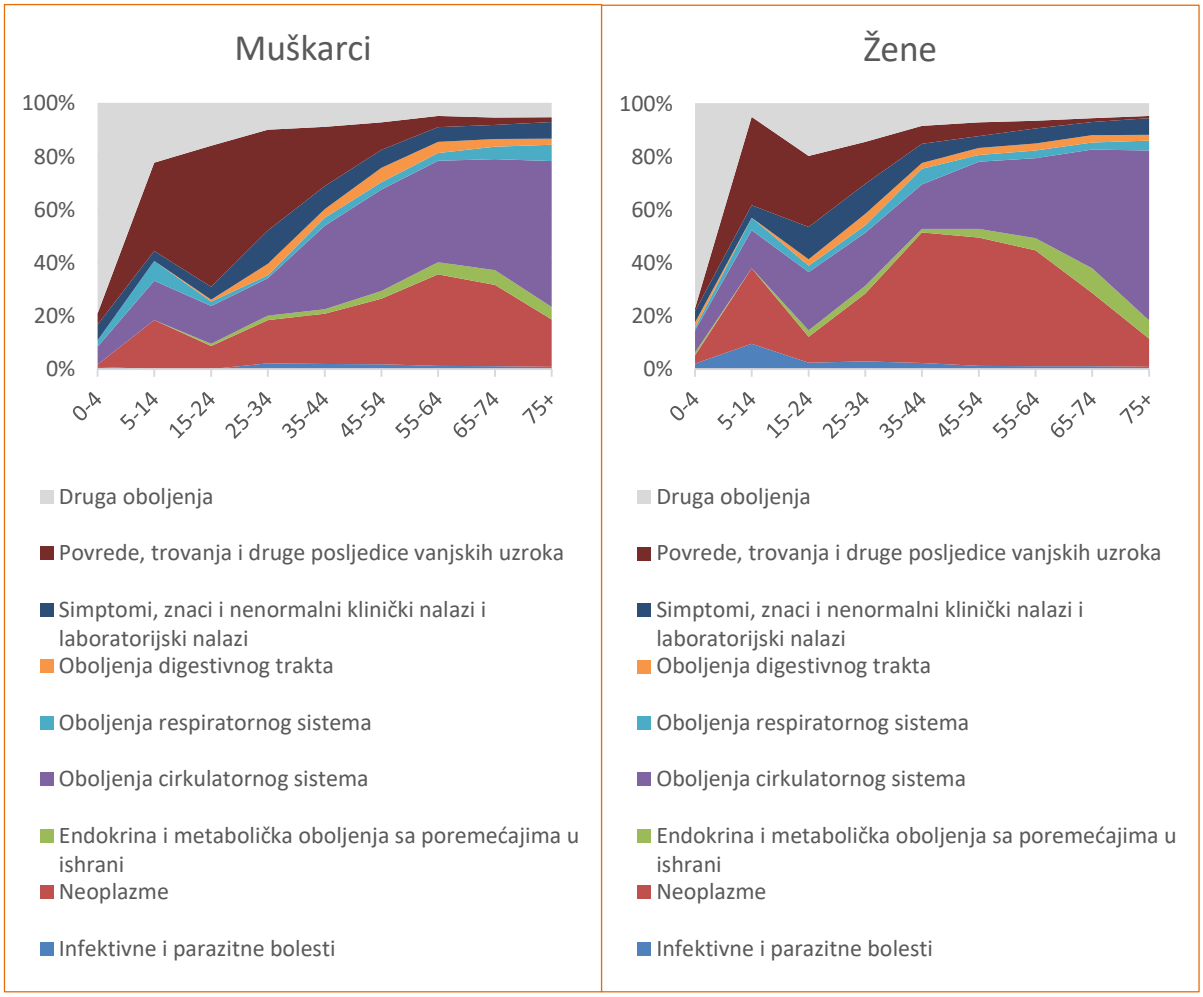
Analiza uzroka smrti baca veće svjetlo na osnovne uzroke smrtnosti i tokove društvenog djelovanja u pravcu daljnjeg smanjenja smrtnosti, u određenim dobnim skupinama i u pogledu određenih uzroka smrti. Postizanje boljih rezultata zahtijeva veću pokrivenosti zdravstvenom zaštitom i podizanje svijesti stanovništva o značaju prevencije i usvajanja zdravih stilova života.

Stanovništvo Bosne i Hercegovine ima tipičnu strukturu smrti prema uzrocima smrti (slika 29) koja karakterizira fazu napredne tranzicije mortaliteta. Udio smrti usljed infekcijskih i parazitskih bolesti se smanjuje (A00-B99), sa udjelom od 1,04% i udio smrti usljed bolesti probavnog sistema (K00-K93), sa

[62] https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/world-mortality-cdrom-2017.asp

udjelom od 2,7%, je vrlo nizak. Preko 50% smrti je rezultat bolesti krvožilnog sistema (I00-I99); na drugom mjestu su neoplazme (C00-C97, D00-D48) sa udjelom od 21,4%. Smanjenje udjela bolesti respiratornog sistema na 4,2% je značajno, a smrtnost u nesrećama učestvuje sa 2,8%. Udio od 6% slučajeva klasificiranih u grupu nedovoljno definiranih stanja (R00-R99) je još uvijek relativno visok.

Slika 29: Smrtnost prema uzroku smrti i dobi i spolu (%), Bosna i Hercegovina, 2017.



Izvor: Agencija za statistiku BiH, 2018, Bilten: Demografija

Muška populacija ima veće specifične stope mortaliteta od svih uzroka smrti u svim dobnim skupinama, osim za metaboličke, endokrine i nutritivne bolesti, od kojih je smrtnost nešto veća među ženama u dobi od preko 65 godina (Tabela 5.2). Stope smrtnosti za mušku populaciju od određenih uzroka smrti i u određenim dobnim skupinama su čak dvostruko veće. Naprimjer, neoplazme imaju veću relativnu prevalenciju kod muškaraca (24% u odnosu na 19% u ukupnoj strukturi uzrokâ) i nakon navršenih 55 godina života, intenzitet (što znači specifične stope smrtnosti) je dva puta jači u odnosu na nivo mortaliteta žena. Prevalencija smrtnosti od bolesti krvožilnog sistema iznosi 46,3% među muškarcima i 55,9% među ženama. U svim dobnim skupinama do 65 godina je mortalitet od ovog uzroka dva puta veći kod muškaraca nego kod žena. Udio nasilne smrti je prisutan u muškoj populaciji sa 4,1% u poređenju sa ženskom populacijom gdje taj udio iznosi 1,5%.

Specifične stope mortaliteta od nasilne smrti su nekoliko puta veće među muškarcima nego ženama u svim dobnim skupinama (tabela 5.2). Razlika u mortalitetu između spolova se odnosi na postojanje rane incidencije određenih uzroka u muškoj populaciji i sa većim intenzitetom. Naprimjer, srčane bolesti i bolesti kardiovaskularnog sistema se javljaju u visokim postocima deset godina prije kod muškaraca nego kod žena. Udio ovih bolesti u ženskoj populaciji se počinje povećavati nakon navršenih 55 godina života i najviši je nakon navršenih 75 godina, kada udio ovog uzroka dostiže 65%. Neoplazme su najprevalentnije u ranoj dobi kod žena u poređenju sa drugim uzrocima smrti. Ovaj uzrok smrti je prisutan sa više od jedne trećine u ukupnoj strukturi svih uzroka u mladoj dobi (5-14 godina), a nakon toga nakon navršenih 25 godina života. Neoplazme imaju najveći udio kod žena u dobi od 35 do 44 godine koji u toj skupini iznosi 49% svih uzroka smrti.

Tabela 25: Specifične stope smrtnosti prema uzroku smrti, dobi i spolu, 2013.

Stopa (na 100.000)	0-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Muškarci									
Infekcijske i parazitske bolesti	8,9	0,5	0,0	2,3	2,0	7,9	8,2	38,0	69,8
Neoplazme	4,5	2,1	7,4	11,6	37,5	154,0	509,2	1.013,0	1.675,3
Endokrine i metaboličke bolesti i nutritivne bolesti	2,2	0,0	0,0	0,4	6,1	16,9	61,6	197,8	448.7
Bolesti krvožilnog sistema	15,7	3,7	6,6	14,3	45,2	182,2	512,7	1.566,9	5.711,5
Bolesti respiratornog sistema	4,5	0,5	0,8	1,2	4,0	11,6	46,4	172,2	557,2
Bolesti probavnog sistema	1,1	0,0	0,4	2,7	8,1	27,0	48,1	101,6	228,1
Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi	8,9	0,0	3,7	7,0	12,9	38,7	88,5	200,9	597,1
Ozljede, trovanje i posljedice vanjskih uzroka	7,8	6,3	33,5	39,6	37,1	49,6	60,7	79,9	155,8
Drugo	8,3	2,6	6,2	7,4	10,5	36,1	78,9	186,9	573,4
Žene									
Infekcijske i parazitske bolesti	2,4	1,1	0,0	0,8	0,0	2,2	3,2	12,1	49,3
Neoplazme	3,5	3,9	2,2	11,3	31,7	136,8	273,8	497,9	877,5
Endokrine i metaboličke bolesti i nutritivne bolesti	2,4	0,0	0,0	1,6	3,7	8,5	36,2	199,3	541,7
Bolesti krvožilnog sistema	15,4	0,0	3,5	6,9	22,7	67,1	249,2	1.021,2	5.588,3
Bolesti respiratornog sistema	2,4	1,1	2,2	0,8	3,3	2,9	23,9	77,5	302,2
Bolesti probavnog sistema	0,0	0,0	0,4	1,2	2,1	10,7	22,7	58,8	185,5
Simptomi, znakovi i abnormalni klinički i laboratorijski nalazi	2,4	0,6	1,3	1,6	4,9	17,0	31,0	79,9	561,3
Ozljede, trovanje i posljedice vanjskih uzroka	2,4	1,1	5,7	4,0	8,2	12,2	16,3	19,4	60,3
Drugo	73,3	2,8	2,6	6,5	7,4	19,5	35,4	133,9	476,7

Izvor: Izračun autora na osnovu podataka iz popisa stanovništva 2013. i publikacije Demografija za 2013, Agencija za statistiku BiH

U toku protekle dvije dekade u Bosni i Hercegovini je udio nasilne smrti opao sa oko 4% na 2,7%. Broj smrti muškaraca usljed nasilja u toku cijelog perioda 1996-2017. je bio gotovo tri puta veći nego broj smrti žena i ovaj uzrok smrti je glavni razlog veće smrtnosti muške populacije u mlađoj dobi. U strukturi nasilne smrti žena (50,7%) i muškaraca (49,8%), udio nesreća je najviši. Udio samoubistava u ukupnom broju slučajeva

nasilne smrti iznosi 38,4% među muškarcima i 35,9% među ženama, dok je udio ubistava oko 4% među muškarcima i oko 3,7% među ženama (BHAS, 2018).

KLJUČNA ZAPAŽANJA

Postignut je značajan napredak u tranziciji mortaliteta. Ipak, BiH, kao i druge zemlje regije, još uvijek ima nižu očekivanu dužnu života pri rođenju za oba spola u poređenju sa razvijenim zemljama Evrope. U proteklih deset godina je došlo do primjetnog pomicanja mortaliteta na starije dobi, ali je mortalitet u sredovječnoj dobi još uvijek relativno visok i postoje velike razlike u nivou mortaliteta između spolova. Također, udio bolesti krvožilnog sistema kao uzroka smrti je visok, kao i nivo specifičnih stopa smrtnosti od ovog uzroka u sredovječnoj i starijoj populaciji. To pokazuje da evolucija mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti još uvijek nije počela, koja bi ukazivala na prijelaz na četvrtu fazu epidemiološke tranzicije.

Daljnje smanjenje mortaliteta i prevencija rane smrti su od posebne važnosti:

- Prije svega u sredovječnoj populaciji, ali i u starijoj populaciji, od određenih uzroka smrti, a posebno od kardiovaskularnih bolesti i neoplazmi;
- U muškoj populaciji, posebno mlađe dobi, kroz smanjenje mortaliteta od nasilne smrti,
- Kod dojenčadi, iako je udio dojenačke smrtnosti svega 0,5% ukupnog broja smrti.

Ranija incidencija određenih uzroka smrti i značajno niže stope mortaliteta u ženskoj populaciji jasno pokazuju u kojem pravcu je potrebno djelovati, u cilju ograničenja ranog mortaliteta. Razlike u mortalitetu između spolova od određenih uzroka smrti bi trebale ukazati na potrebu za djelovanjem u oblasti preventivne i kurativne zdravstvene zaštite, a smanjenje mortaliteta sredovječne i starije populacije sigurno zahtijeva značajne promjene u stilu života i odbacivanje štetnih navika koje utječu na veći mortalitet od hroničnih bolesti.

U proteklih deset godina su u porastu incidencija i broj smrti od malignih oboljenja. Iako se stopa mortaliteta od raka dojke ne razlikuje puno od stope mortaliteta u Evropi, potrebno je aktivno raditi na obuci i senzitizirati zdravstvene radnike o načinu prepoznavanja simptoma raka dojke na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Kreatori politika i subjekti odlučivanja bi trebali razmotriti mogućnost poticanja učešća zajednice uz podršku zdravstvenih radnika koji pružaju usluge zaštite u zajednici u širenju svijesti o raku dojke.

6. Morbiditet

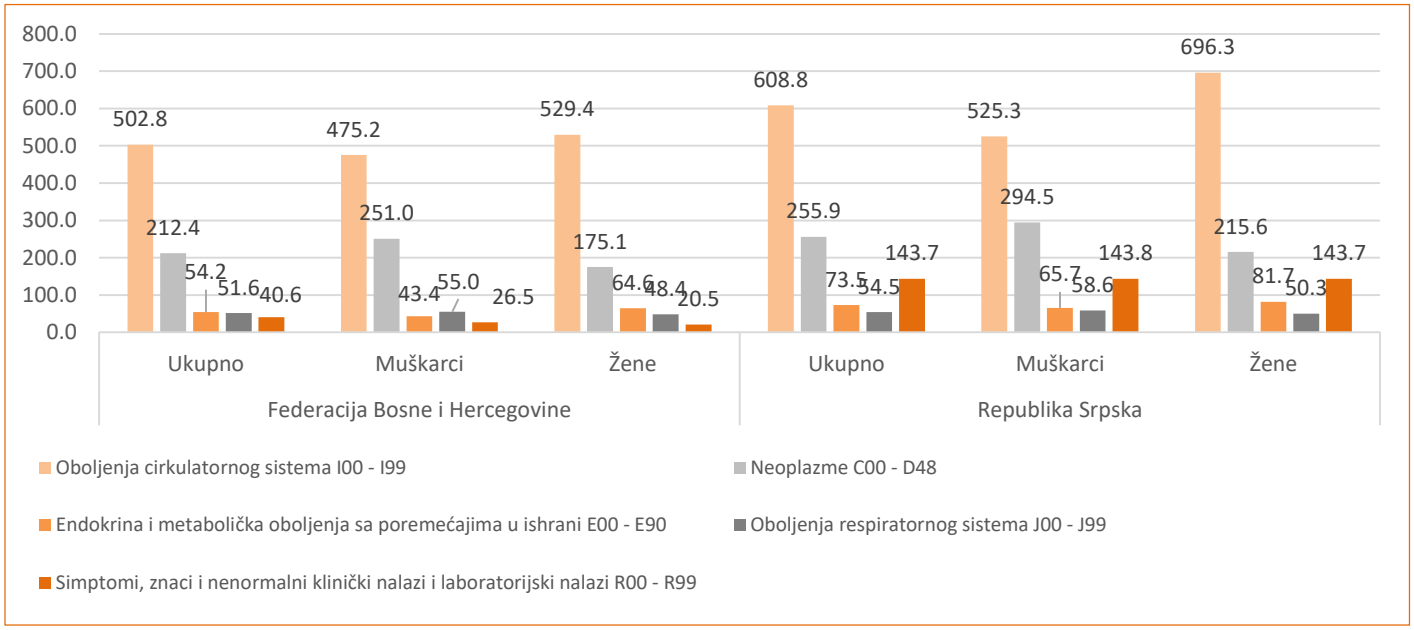
6.1 Vodeći uzroci, stanja i ozljede

Kao što je prethodno objašnjeno, deset najčešćih uzroka rane smrti su ishemijska srčana oboljenja, moždani udar, rak pluća, dijabetes, neonatalni poremećaji, rak debelog crijeva, kongenitalni defekti, Alzheimerova bolest, hronična opstruktivna plućna bolest i povrede u saobraćaju (Globalno opterećenje bolešću, 2018).

Postoje podaci za Federaciju BiH o vodećim uzrocima smrti prema dijagnozama na osnovu Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), dok Republika Srpska nudi podatke samo prema grupi dijagnoza. Prema podacima Zavoda za javno zdravstvo FBiH, u 2018. godini su vodeći uzroci smrti među muškarcima bili akutni infarkt miokarda (I21) (107 na 100.000 stanovnika), maligna neoplazma bronhija i pluća (C34) (90 na 100.000 stanovnika) i moždani udar (I63) (92,5 na 100.000 stanovnika), infarkt miokarda (I21) (79,9 na 100.000 stanovnika) i hipertenzija (I10) (57,8 na 100.000 stanovnika).[63]

U tabeli niže su predstavljeni uporedivi podaci među entitetima. Postoje određene razlike u obrascu vodećih uzroka smrti: u Republici Srpskoj je R00-R99 treći po redu uzrok smrti, dok je u Federaciji BiH peti.

Slika 30: Vodeći uzroci smrti na 100.000 stanovnika u entitetima, 2018.



Izvor: Izračun autora na osnovu podataka entitetskih zavoda za statistiku o zdravlju i stanovništvu

[63] *Izračun autora na osnovu dostupnih podataka o stanovništvu (Federalni zavod za statistiku) i podataka objavljenih u „Zdravstveno stanje stanovništva Federacije 2018“.*

Stopa incidencije malignih tumora u Bosni i Hercegovini iznosi 220,3 na 100.000 stanovnika[64] (muškarci 247,6 na 100.000, žene 202,2 na 100.000). Ova vrijednost je slična vrijednostima u zemljama regije ili čak niža (Crna Gora: 221,9 na 100.000, Hrvatska 287,2 na 100.000, Slovenija 304,9 na 100.000, Srbija 307,8 na 100.000 stanovnika). Stopa mortaliteta se kreće oko 118,9 na 100.000 stanovnika (muškarci 159,0 na 100.000, žene 87,1 na 100.000) i relativno je ista kao u susjednim zemljama (Crna Gora 110,6 na 100.000, Slovenija 116,9 na 100.000, Hrvatska 136,9 na 100.000, Srbija 150,7 na 100.000 stanovnika). Maligni tumori sa najvišom incidencijom su rak pluća (16,9%) i rak debelog crijeva (14,5%). Sijela raka sa najvećim stopama incidencije i mortaliteta su prikazana u tabeli 6.1 (Globocan, 2018).

Tabela 26: Stope incidencije i mortaliteta u BiH prema najčešćem sijelu raka.

	Stopa incidencije standardizirana po dobi			Stope mortaliteta standardizirane po dobi	Novi slučajevi (%)	Smrt (%)
Sijelo raka	Muškarci	Žene	Oba spola		Ukupno	Žene
Pluća	62,4	13,5	36,1	30,5	16,9	24,1
Debelo crijevo	-	45,4	45,4	13,3	14,5	11,9
Dojka	15,2	11,0	26,1	14,6	9,6	6,3
Prostata	26,3	-	26,3	11,5	6,5	5,2
Želudac	14,0	7,0	10,1	7,4	5,0	6,4
Mokraćni mjehur	12,6	4,9	8,3	2,8	4,1	2,9
Pankreas	9,4	6,8	8,0	6,3	3,9	5,5
Grlić materice	-	23,9	23,9	4,7	3,9	1,6

Izvor: Međunarodna agencija za istraživanje raka. Svjetska zdravstvena organizacija. Bosna i Hercegovina, 2018. (http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/70-bosnia-and-herzegovina-fact-sheets.pdf)

Stope mortaliteta za diabetes mellitus i hronične respiratorne bolesti u FBiH ne pokazuju trend opadanja. Stopa mortaliteta za diabetes mellitus u 2017. godini je imala vrijednost od 46,1 na 100.000 stanovnika, što je više nego u 2016. godini, kada je vrijednost iznosila 42,8 na 100.000 stanovnika. Hronična respiratorne bolesti pokazuju porast u 2017. u odnosu na 2016. godinu (2017: 26,4 na 100.000 stanovnika; 2016: 22,9 na 100.000 stanovnika) (ZZJZ FBiH, 2018).

Prema zvaničnim podacima (koji nisu potpuni), prevalencija bolesti diabetes melitus u RS-u iznosi 5,2%, što ne odgovara stvarnom stanju rasprostranjenosti bolesti. U vezi sa sredinom i trendom toka bolesti, procjenjuje se da se prevalencija kreće između 6% i 8% (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2018).

Prema Studiji Globalnog opterećenja bolešću, primijećen je pad udjela stanovništva sa bilo kojim poremećajem mentalnog zdravlja ili poremećajem vezanim za upotrebu raznih supstanci. Poremećaji mentalnog zdravlja ili poremećaji vezani za upotrebu raznih supstanci obuhvataju depresiju, anksioznost, bipolarni poremećaj, poremećaje u uzimaju hrane, zloupotrebu alkohola i droga i shizofreniju. Iako razlika u udjelu stanovništva sa poremećajima mentalnog zdravlja nije bila značajna u periodu od 2007. do 2017. godine (1997: 11,57%; 2017: 10,99%), pažljiva analiza godišnjih podataka pokazuje da je taj broj u veoma sporom, ali stalnom opadanju. Zbog rasprostranjenog nedovoljnog dijagnosticiranja, u ovim procjenama se u kombinaciji koristi više izvora, uključujući medicinske i nacionalne evidencije, epidemiološle podatke, podatke iz istraživanja i modele meta-regresije (Global Burden of Disease Collaborative Network. Global

[64] http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/70-bosnia-and-herzegovina-fact-sheets.pdf

Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017.). Također, ista Studija Globalnog opterećenja bolešću daje rezultate o poremećajima mentalnog zdravlja i poremećajima vezanim za upotrebu raznih supstanci u godinama života prilagođenim invaliditetu kao udio ukupnog opterećenja bolešću. Udio mentalnih poremećaja i poremećaja vezanih za upotrebu raznih supstanci u 2017. godini je iznosio 4,68% globalnog opterećenja bolešću. Opterećenje bolešću se mjeri u godinama života prilagođenim invaliditetu. Udio poremećaja mentalnog zdravlja i poremećaja vezanih za upotrebu raznih supstanci je iznosio 4,68% ukupnog opterećenja bolešću, a u 2005. godini je dostigao vrhunac sa 5,04% ukupnog opterećenja bolešću, dok je u 2017. godini iznosio 4,2% ukupnog opterećenja bolešću u BiH. Prevalencija depresivnih poremećaja u datoj populaciji iznosi 2,32%. Situacija je slična u drugim zemljama regije (tabela 6.2). (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017).

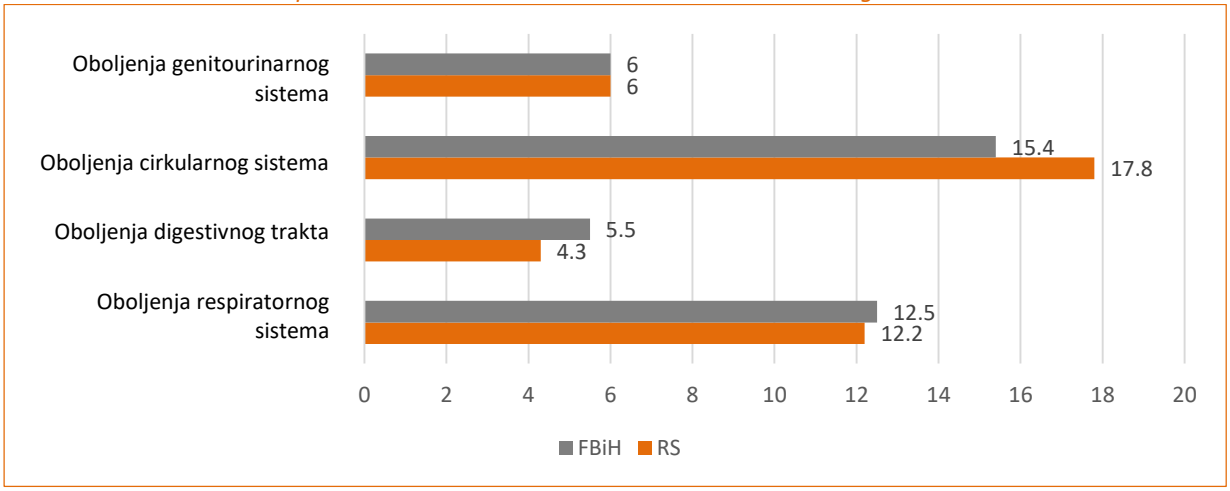
Tabela 27: Prevalencija poremećaja mentalnog zdravlja i poremećaja vezanih za upotrebu raznih supstanci (depresija, anksioznost, bipolarni poremećaj)

		Prevalencija poremećaja vezanih za upotrebu raznih supstanci (%)	Prevalencija depresivnih poremećaja (%)	Prevalencija anksioznih poremećaja (%)	Prevalencija bipolarnog poremećaja (%)
BiH	11,8	3,49	2,92	3,76	0,80
Crna Gora	11,9	2,54	3,08	3,7	0,78
Srbija	12,01	2,62	3,24	3,71	0,76
Hrvatska	12,4	2,96	3,65	3,79	0,78

Izvor: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2016 (GBD 2016) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017; http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Morbiditet se mjeri pomoću pokazatelja statističkih podataka o izvanbolničkoj zdravstvenoj zaštiti, to jeste, na primarnom nivou zdravstvene zaštite i statističkih podataka o bolnički liječenim pacijentima. Na primarnom nivou zdravstvene zaštite se na godišnjoj osnovi evidentira veliki broj akutnih bolesti, a hronične bolesti se evidentiraju jednom godišnje. Najčešće bolesti na primarnom nivou zdravstvene zaštite su bolesti respiratornog sistema (23,5% u FBiH i 14,5% u RS-u) i krvožilnog sistema (15,4% u FBiH i 11,5% u RS-u) (slika 31).

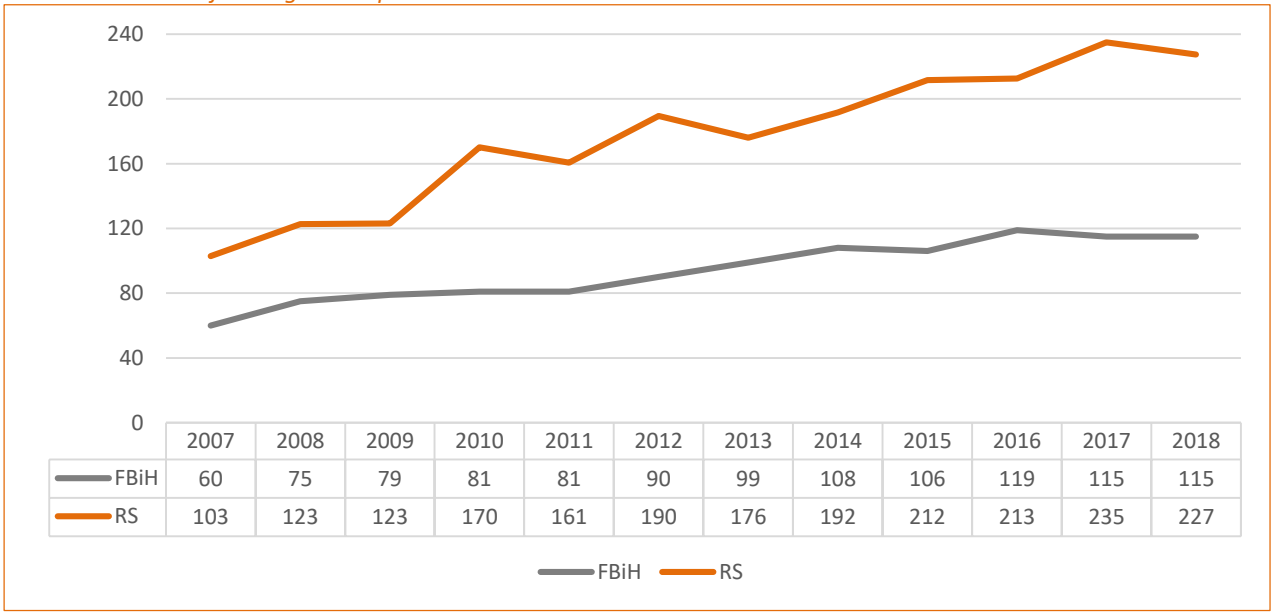
Slika 31: Vodeće bolesti na primarnom nivou zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini u 2017.



Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Srpske za period 2007-2017, strana 57. Preuzeto sa: http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije
Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine za period 2007-2017, strana 131. Preuzeto sa: https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/

U periodu 2007-2017. je došlo do povećanja u prevalenciji malignih neoplazmi u oba entiteta (slika 32).

Slika 32: Prevalencija malignih neoplazmi na 10.000 stanovnika

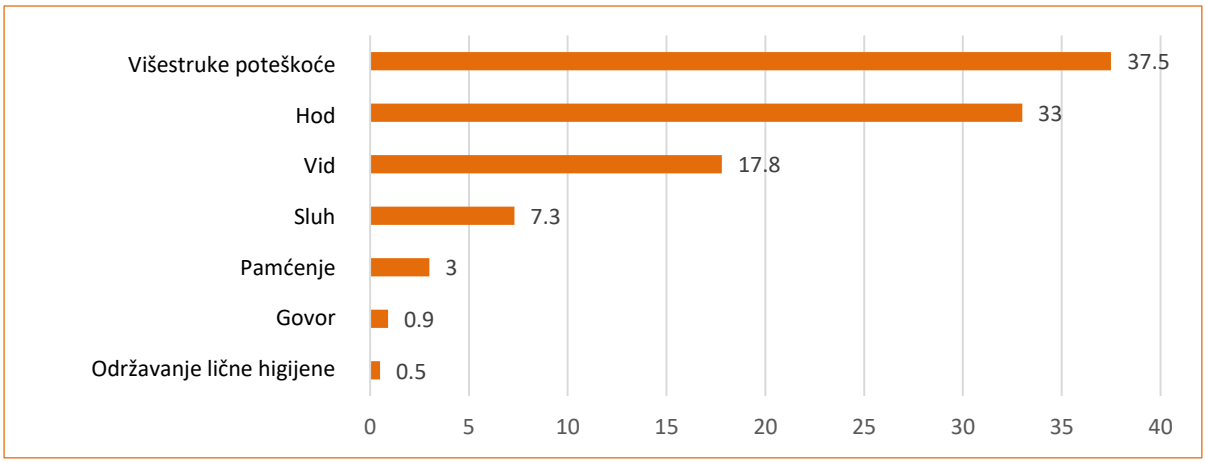


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
FBiH	60	75	79	81	81	90	99	108	106	119	115	115
RS	103	123	123	170	161	190	176	192	212	213	235	227

Izvor: Podaci dobiveni na zahtjev od entitetskih zavoda za javno zdravstvo

Prema Izvještaju o konačnim rezultatima popisa u BiH 2013. godine, 8,33% ukupnog stanovništva ima neku vrstu invaliditeta (FBiH 8,2%, RS 8,5% i BD 9,2%). U populaciji sa invaliditetom, preko polovine ima teškoće pri hodanju ili penjanju uz stepenice (33%) i oštećenje vida (17,8%). Preko jedne trećine populacije sa invaliditetom ima višestruke teškoće (37,5%) (popis stanovništva u BiH, 2013) (slika 33).

Slika 33: Teškoće koje uzrokuje invalidnost u Bosni i Hercegovini, 2013.



Izvor: Rezultati popisa 2013.

Prema istraživanju koje je proveo američki Institut za zdravstvene metrike i evaluaciju, najčešći problemi koji uzrokuju invaliditet su nezarazne bolesti. U periodu 2007-2017. vodeće nezarazne bolesti koje su uzrokovale porast broja godina života sa invaliditetom su bile moždani udar (13%) i dijabetes (11,4%) i bolesti koje su smanjile broj godina života sa invaliditetom su depresivni poremećaji (14%) i neonatalni poremećaji (15,9%).

Tri faktora rizika na koje otpada najveće opterećenje bolešću u Bosni i Hercegovini su rizici prehrane, visok krvni pritisak i pušenje. Vodeći faktori rizika u 2010. godini za djecu uzrasta do 5 godina su bili nedostatak željeza, a za osobe u dobi od 15 do 49 godina korištenje alkohola. Posljednji dostupni podaci iz 2015. godine ukazuju na to da je 14,3% stanovništva u dobi iznad 15 godina redovni pušači (žene 11,3% i muškarci 17,6%). Uz ovakvu prevalenciju pušača, Bosna i Hercegovina je među zemljama sa najnižim postotkom redovnih, svakodnevnih pušača u stanovništvu. Prosječan postotak redovnih, svakodnevnih pušača u EU je 22,4%. Također, sve zemlje regije imaju više vrijednosti za redovne, svakodnevne pušače (Srbija 29,2%, Hrvatska 27,5%, Crna Gora 31,0%, Albanija 32,9%) (Svjetska zdravstvena organizacija, baza podataka Zdravlje za SVE).

Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (2014), 17,9% stanovništva BiH u dobi od 18 i više godina je pretilo. U poređenju sa prosjekom EU i zemljama regije, BiH ima značajno nižu prevalenciju pretilosti u stanovništvu (EU 22,9%, Hrvatska 24,4%, Crna Gora 23,3%, Sjeverna Makedonija 22,4%, Srbija 21,5%, Albanija 21,7%) (Svjetska zdravstvena organizacija, baza podataka Zdravlje za SVE).

Invaliditet se povećava sa dobi, umanjuje radnu sposobnost i povećava potrebu za uslugama zdravstvene zaštite, posebno za uslugama u domenu socijalne zaštite. Analize provedene u oba entiteta BiH pokazuju da postoji podrška osobama sa invaliditetom. Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji, osposobljavanju i zapošljavanju lica sa invaliditetom u FBiH i Zakonom o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom RS-a, kojima je utvrđeno pravo na zapošljavanje osoba sa invaliditetom, nisu diskriminirane osobe sa invaliditetom u pogledu vida i nastanka invalidnosti. Ovim zakonima se nudi više poticaja za poslodavce koji zapošljavaju osobe sa invaliditetom i za osobe sa invaliditetom u procesu samozapošljavanja (Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom RS-a, 2012; Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji, osposobljavanju i zapošljavanju lica sa invaliditetom u FBiH, 1999).

Prema Zakonu o socijalnoj zaštiti Republike Srpske („Službeni glasnik RS“, br. 37/12), osobe sa invaliditetom mogu ostvarivati sljedeća prava u socijalnoj zaštiti: novčana pomoć, dodatak na pomoć i njegu drugog lica, podrška u izjednačavanju mogućnosti djece i omladine sa smetnjama u razvoju, smještaj u ustanovu, zbrinjavanje u hraniteljsku porodicu, pomoć i njega u kući, dnevno zbrinjavanje, jednokratna novčana pomoć i savjetovanje. Sa druge strane, iako su osobe sa invaliditetom definirane kao kategorija stanovništva o kojoj organi i institucije moraju voditi posebno računa, nedavno je došlo do primjetnog smanjenja podrške ovoj populaciji kroz dodjelu budžetskih sredstava i izmjene zakona kojima se ukidaju određene povlastice za ovu populaciju u FBiH. Dobar primjer su nedavne izmjene Zakona o indirektnom oporezivanju kojima su ukinute određene pogodnosti za poslodavce koji zapošljavaju osobe sa invaliditetom.

Rezultati istraživanja o dobrobiti i sigurnosti žena koje je proveo OSCE u 2018. godini pokazuju javnozdravstvene posljedice nasilja nad ženama u odabranim zemljama Jugoistočne i Istočne Evrope. Rezultati analize se odnose samo na utjecaj najtežih djela i ne otkrivaju sve načine na koje su žrtve nasilja pogođene. Ozljede su najčešće prikazane kao rezultat najtežih djela nasilja čiji je počinitelj bivši partner, posebno kada ona obuhvataju i određeni oblik seksualnog nasilja. Brutalnija ili teža priroda nasilja koju su žene doživjele od prethodnog partnera ogleda se u vjerovatnim fizičkim posljedicama. U BiH žene najčešće kažu da su pretrpjele modrice i ogrebotine (41), a nakon toga slijede najteži oblici nasilja u kojima su zadobile rane, uganuća ili opekotine (12%), frakture, lomove kostiju, zuba (7%), unutrašnje povrede (4%) te im je izazvan pobačaj (4%) (OSCE, 2018: 86) [65].

Osim fizičkih posljedica, većina žrtava fizičkog i/ili seksualnog nasilja od intimnog partnera ili druge osobe razvila je barem jednu od dugoročnijih psiholoških posljedica. Psihološke posljedice fizičkog i/ili seksualnog nasilja su osjećaj ranjivosti (36%), depresija (34%), gubitak samopouzdanja (34%), poremećaj spavanja (30%), anksioznost (29%) i napadi panike (24%). Kada počinjeno djelo koje je kvalificirano kao najteži oblik određenog djela podrazumijeva i seksualno nasilje, tada je veća vjerovatnoća da su žene imale barem jednu psihološku posljedicu (OSCE, 2018).

6.2 Specifične bolesti žena

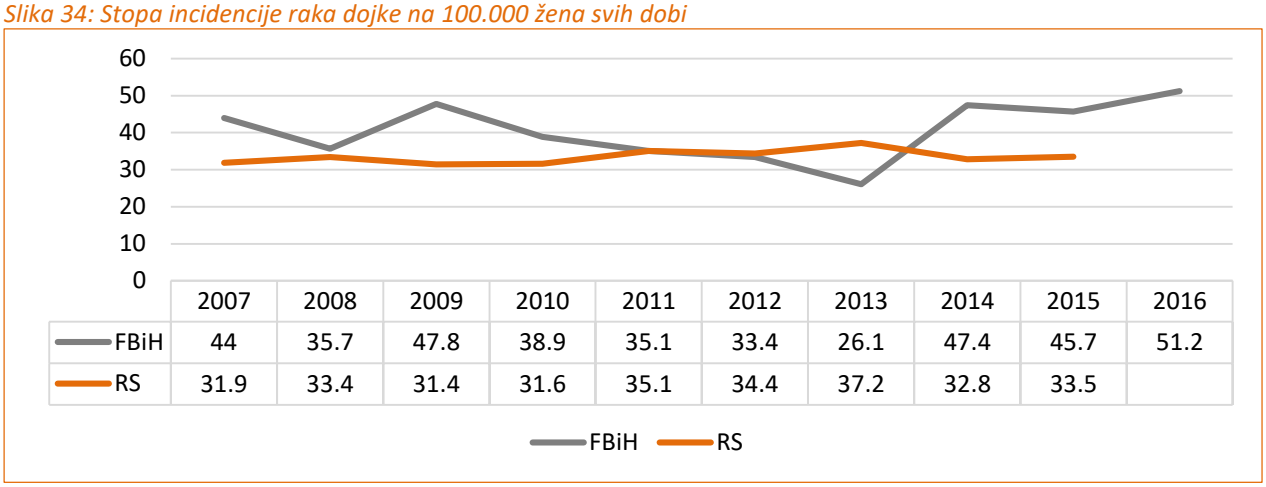
Nezarazne bolesti među kojima su vodeće kardiovaskularne bolesti i maligne neoplazme, glavni su uzrok morbiditeta i mortaliteta u stanovništvu Bosne i Hercegovine. Ističu se bolesti povezane sa reproduktivnim zdravljem žena i mogle bi biti rezultat rizičnog ponašanja povezanog sa stilom života (pušenje i konzumiranje alkohola, pretilost, nedovoljna fizička aktivnost, stres i rizično seksualno ponašanje). Te bolesti spadaju u grupu malignih neoplazmi koje su vodeći uzrok invaliditeta i smrtnosti u reproduktivnom životu žene. Važno je napomenuti da je većinu malignih neoplazmi moguće spriječiti. Uz organizirane mjere, društvo može eliminirati ne samo faktore rizika povezane sa ovim bolestima, nego i smanjiti njihovu pojavu.

Rak dojke je jedan od vodećih uzroka zloćudnih bolesti kod žena u Bosni i Hercegovini. Rak dojke je najčešća vrsta raka sa 1.386 novih slučajeva dijagnosticiranih godišnje u Bosni i Hercegovini (prosjek za 2018). Stopa incidencije standardizirana po dobi iznosi 45,4 novih slučajeva na 100.000 žena godišnje. Stopa incidencije standardizirana po dobi u BiH je najniža u regiji (Crna Gora 87,8 na 100.000 stanovnika,

[65] http://osce.org/secretariat/413237

Srbija 75,3 na 100.000 stanovnika, Hrvatska 68,7 na 100.000 stanovnika, Slovenija 68,5 na 100.000 stanovnika i Sjeverna Makedonija 61,5 na 100.000 stanovnika) (Globocan, 2018). Ovaj pokazatelj se treba tumačiti vrlo pažljivo s obzirom da u BiH ne postoje programi za skeniranje na rak, ali se pregledi obavljaju na preporuku doktora medicine primarne zdravstvene zaštite u toku rutinskog pregleda ili na zahtjev pacijentice. Takav pristup je doveo do suboptimalne pokrivenosti ciljane populacije (UNFPA, 2015) te stoga i do relativno niske stope incidencije. Međutim, stopa incidencije raka dojke se povećava u nekoliko proteklih godina (stopa incidencije je viša u FBiH nego u RS-u) (slika 34) (JZU Institut za javno zdravstvo RS 2007-2018; ZZJZ FBiH, 2007-2018).

Slika 34: Stopa incidencije raka dojke na 100.000 žena svih dobi



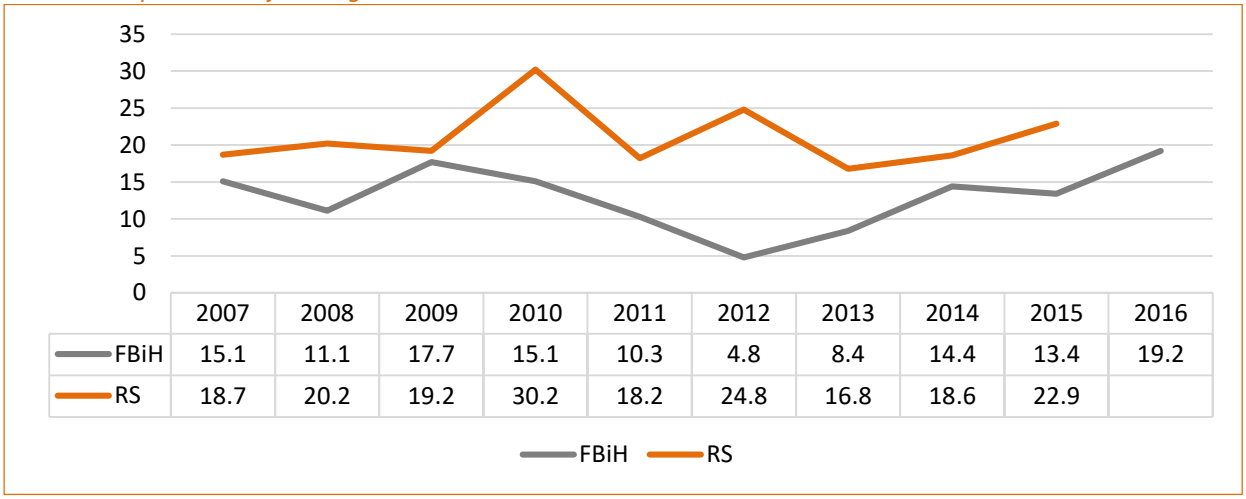
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
FBiH	44	35.7	47.8	38.9	35.1	33.4	26.1	47.4	45.7	51.2
RS	31.9	33.4	31.4	31.6	35.1	34.4	37.2	32.8	33.5	

Izvor: Podaci dobiveni na zahtjev od entitetskih zavoda za javno zdravstvo

U Bosni i Hercegovini godišnje umre oko 565 žena od raka dojke, dok je incidencija novih slučajeva 1.386 (procjene za 2018). Rak dojke je vodeći uzrok smrti žena od raka u Bosni i Hercegovini. Stopa mortaliteta standardizirana po dobi iznosi 14,6 na 100.000. U poređenju sa drugim zemljama regije, Bosna i Hercegovina je među zemljama sa najnižim stopama mortaliteta standardiziranim po dobi. Susjedna Crna Gora ima najvišu stopu standardiziranu po dobi (22,6/ 100.000), a nakon nje Srbija (21,9/ 100.000), Hrvatska (18,2/ 100.000), Sjeverna Makedonija (17,2/ 100.000) i Slovenija (14,4/ 100.000) (Globocan, 2018).

Godišnje se u Bosni i Hercegovini dijagnosticira oko 556 novih slučajeva raka grlića materice (procjene za 2018). Rak grlića materice je drugi po redu uzročnik smrti žena od raka i najčešći je vid raka kod žena u dobi od 15 do 44 godine u Bosni i Hercegovini (ICO/IARC HPV Information Centre, 2018). U regiji je Bosna i Hercegovina na prvom mjestu po stopi incidencije raka grlića materice standardiziranoj po dobi sa 23,9 novih slučajeva na 100.000 žena godišnje. Srbija je na drugom mjestu sa 20,3/100.000, a zatim slijede Crna Gora sa 12,5/100.000 i Sjeverna Makedonija sa 10/100.000 (Ferlay J, 2018). U Republici Srpskoj je incidencija veća u poređenju sa Federacijom BiH (slika 35).

Slika 35: Stopa incidencije raka grlića materice na 100.000 žena



Izvor: Podaci dobiveni na zahtjev od entitetskih zavoda za javno zdravstvo

U Bosni i Hercegovini godišnje umre oko 141 žena od raka grlića materice (procjene za 2018). Rak grlića materice je deveti po redu uzročnik smrti žena od raka grlića materice u Bosni i Hercegovini i drugi po redu uzročnik smrti žena u dobi od 15 do 44 godine od raka. Susjedna Srbija ima najviše stope mortaliteta standardizirane po dobi (7,0/100.000), a nakon nje slijede Bosna i Hercegovina (4,7/100.000), Crna Gora (4,2/100.000), Hrvatska (3,7/100.000), Sjeverna Makedonija (3,5/100.000) i Slovenija (2,8/100.000) (Ferlay J, 2018).

Dokazano je da je programima organiziranih skrining pregleda na rak grlića materice moguće spriječiti 80% svih slučajeva raka grlića materice. Skrining na rak grlića materice u Bosni i Hercegovini je oportuni skrining i pozivi ovise o odluci osobe ili njenom dolasku u zdravstvenu ustanovu (UNFPA, 2015). Osim skrininga, na raspolaganju su i vakcine protiv određenih vrsta humanog papillomavirusa. Njihovim uvrštavanjem u programe vakcinacije stanovništva bi se ojačala zaštita koja se pruža kroz programe skrininga, smanjio bi se očekivani rizik i doprinijelo bi se daljnjem opadanju stopa raka grlića materice. Trenutno bi se HPV vakcina mogla davati na zahtjev i ona nije pokrivena obaveznim zdravstvenim osiguranjem. Uvođenjem HPV vakcinacije u obavezni kalendar vakcinacije bi se moglo djelotvorno smanjiti opterećenje rakom grlića materice u narednim dekadama. Do sada ne postoje dokazi o pokrivenosti ni podaci o vakcinaciji.

Stope raka dojke i grlića materice se mogu smanjiti putem skrining pregleda tako da bi provođenje djelotvornih programa skrining pregleda pružilo znatne prednosti i za ljude i za zdravstvene sisteme u BiH. Skrining pregledi stanovništva (dojki i cerviksa) trebali bi biti prioritet u zaštiti zdravlja stanovništva kako bi se izbjegle dugoročne posljedice po zdravlje stanovništva i smanjili troškovi za fondove zdravstvenog osiguranja.

Količina rada i finansijskih sredstava potrebnih za provođenje programa organiziranog skrininga na rak je ogromna i potrebno je redom provesti programe sa postojećim kapacitetima za skrining na, prije svega, rak grlića materice i dojke.

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Najčešće bolesti na primarnom nivou zdravstvene zaštite u BiH su bolesti respiratornog sistema i bolesti krvožilnog sistema.
- Stopa incidencije malignih tumora u Bosni i Hercegovini je slična stopi u zemljama regije, čak i niža. Stopa mortaliteta je relativno ista kao u susjednim zemljama. Maligni tumori sa najvišom incidencijom su pluća i debelo crijevo, dok neoplazme sa najvišim mortalitetom su pluća i rak dojke.
- Primijećen je konstantan ali spor pad udjela stanovništva sa bilo kojim poremećajem mentalnog zdravlja ili poremećajem u vezi sa upotrebom različitih supstanci, kao što su depresija, anksioznost, bipolarni poremećaj, poremećaji u ishrani, poremećaji usljed korištenja alkohola ili droga i shizofrenija.
- Faktori rizika na koje otpada najveće opterećenje bolešću u Bosni i Hercegovini su rizici ishrane, visok krvni pritisak i pušenje.
- U populaciji žena sa invaliditetom, najčešće teškoće su teškoće pri hodanju ili penjanju uz stepenice i teškoće uzrokovane oštećenjem vida. Više od jedne trećine populacije sa invaliditetom ima višestruke teškoće.
- Rak dojke je vodeće sijelo raka u svim slučajevima raka koji se dijagnosticiraju godišnje u Bosni i Hercegovini. Također se nalazi među vodećim uzročnicima smrti žena od raka.
- Bosna i Hercegovina ima visoku stopu incidencije raka grlića materice i vrlo visoku stopu smrtnosti od te bolesti. U poređenju sa zemljama regije, Bosna i Hercegovine je među zemljama sa najmanje povoljnim statističkim podacima o raku grlića materice.
- Nedostatak programa organiziranih skrining pregleda se ogleda u značajno visokim stopama mortaliteta od raka dojke i raka grlića materice.

7. Situacija i trendovi u pogledu HIV/AIDS-a i spolno prenosivih infekcija

Spolno prenosive bolesti, ako se ne tretiraju adekvatno, mogu imati posljedice po reproduktivno zdravlje (neplodnost, vanmaterična trudnoća) i uzrokovati hronične bolesti, čak i smrt, a kod zaraženih trudnica posljedice po novorođenčad mogu biti vrlo ozbiljne (kongenitalne bolesti, sljepilo, upala pluća, mala porođajna težina, mrtvorođenaštvo, perinatalna smrt, itd.). Osim toga, postojanje spolno prenosive infekcije omogućava prijenos HIV infekcije.[66] HIV infekcija (infekcija virusom humane imunodeficijencije), uključujući AIDS (klinička manifestacija HIV infekcije, to jeste, sindrom stečene imunodeficijencije), skupa sa spolno prenosivim infekcijama, još uvijek su jedan od osnovnih izazova javnog zdravstva. Prevencija i liječenje spolno prenosivih infekcija i HIV infekcije su presudni za zaštitu reproduktivnog i općeg zdravlja osoba i šire društvene zajednice. Stigmatizacija i predrasude, povezane i sa jednim i sa drugim, rizično ponašanje i osobe koje sudjeluju u rizičnom ponašanju, predstavljaju poseban izazov za prevenciju i liječenje spolno prenosivih infekcija i HIV infekcije.

Slijedeći preporuke agencija UN-a i drugih međunarodnih organizacija u vezi sa odgovorom na HIV/AIDS, 2002. godine je Vijeće ministara Bosne i Hercegovine formiralo multisektorski Savjetodavni odbor za borbu protiv HIV-a i AIDS-a za Bosnu i Hercegovinu (u daljnjem tekstu: Savjetodavni odbor BiH) kao koordinaciono, nadzorno i savjetodavno tijelo za odgovor na epidemiju HIV virusa. Ono je rukovodilo pripremom strateških dokumenata za odgovor na HIV[67]. Od 2003. godine je Ministarstvo civilnih poslova Bosne i Hercegovine nadležno za koordinaciju u oblasti zdravstvene zaštite, međunarodnu saradnju i izvještavanje (Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, 2011) i od iste godine predsjedava Savjetodavnim odborom BiH (Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, 2011). Nakon toga je to Ministarstvo preuzelo centralnu ulogu u konsolidiranju podataka o HIV virusu i izvještavanju prema međunarodnim organizacijama.

Za spolno prenosive bolesti, HIV infekciju i AIDS je uveden obavezan nadzor[68], kao i liječenje čiji se troškovi finansiraju iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, to jeste, iz sredstava 13 fondova zdravstvenog osiguranja[69]. Podaci o epidemiološkom nadzoru na nivou entiteta prikuplja i analizira Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine i JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, a na nivou Brčko distrikta Odjeljenje za javno zdravstvo i ostale usluge – Pododjeljenje za javno zdravstvo. Zakonima o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti[70] u oba entiteta je propisano obavezno testiranje na HIV virus uzoraka krvi, ćelija, organa i tkiva dobrovoljnih davalaca krvi, kao i određenih kategorija zaposlenika koji su izloženi riziku od HIV virusa[71]. U Federaciji BiH Zakonom[72] je predviđeno i ispitivanje krvi osoba iz rizičnih

---

[66] Sexually Transmitted Diseases (STDs): Diseases and Related Conditions. (2019). Center for Disease Prevention and Control. Pristupljeno 9. aprila 2019. https://www.cdc.gov/std/default.htm

[67] Strategija prevencije i borbe protiv HIV-a i AIDS-a, 2004-2009; Strategija za odgovor na HIV i AIDS u Bosni i Hercegovini, 2011-2016.

[68] Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. „Službeni glasnik Republike Srpske", br. 90/17; Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. „Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 29/2005.

[69] Strateška osnova za usvajanje i implementaciju Projekta jačanja zdravstvenog sektora. (2011). Federalno ministarstvo zdravstva. Pristupljeno: 31. marta 2019. http://www.fmoh.gov.ba/index.php/projekt-jacanja-zdravstvenog-sektora

[70] Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. „Službeni glasnik Republike Srpske", br. 90/17; Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti. „Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 29/2005.

[71] Pravilnik o prethodnim i periodičnim ljekarskim pregledima radnika na radnim mjestima sa povećanim rizikom. „Službeni glasnik Republike Srpske", 68/08.

[72] Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, „Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 29/2005.

grupa (osoba koje uzimaju drogu ubrizgavanjem, promiskuitetne osobe i osobe koje služe kaznu zatvora zbog izvršenja krivičnog djela), kao i ispitivanje krvi osoba koje se dobrovoljno prijave za savjetovanje i testiranje u cilju saznavanja svog HIV statusa. Testiranje trudnica nije obavezno, ali je ono dio preventivnih pregleda[73], to jeste pregleda preporučenih na osnovu epidemioloških indikacija[74], što dalje omogućava sprečavanje vertikalne transmisije HIV infekcije sa majke na dijete.

Od 2006. do početka 2015. godine je značajan dio odgovora na HIV u domenu prevencije i liječenja (oko 30-35% ukupne potrošnje u BiH za odgovor na HIV) bio finansiran iz sredstava donacija Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije (aidspan, 2016; Godinjak et al., 2015). Programi za prevenciju su finansirani u svrhu nabavke igala i šprica i terapije supstitucijom opoida za osobe koje uzimaju droge ubrizgavanjem, prevenciju širenja HIV virusa među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, među seksualnim radnicama, zatvorenicima i drugim marginaliziranim populacijama, kao i programi smanjenja stigmatizacije i diskriminacije i obuke zdravstvenih djelatnika i drugih profesionalaca (Manukyan, Campbell, Burrows, Burrows, 2013). Od aprila 2019. godine se provodi novi regionalni projekat koji se finansira iz sredstava Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije i provodi se u Bosni i Hercegovini (kao i u Sjevernoj Makedoniji, Crnoj Gori, Srbiji i Rumuniji). Cilj projekta je u tim zemljama izraditi održive programe za prevenciju širenja HIV virusa i liječenje osoba zaraženih HIV virusom[75].

7.1 Spolno prenosive infekcije

Prema raspoloživim podacima, prevalencija spolno prenosivih bolesti u općoj populaciji je vrlo niska u BiH. Međutim, slučajevi zaraze spolno prenosivim bolestima (gonoreja, sifilis i klamidija) nisu prijavljeni u stvarnom broju. Među osnovnim razlozima su pasivan nadzor, to jeste, neadekvatno izvještavanje od strane privatnih laboratorija u kojima ljudi često traže pomoć zbog stigmatizacije povezane sa spolno prenosivim bolestima i pitanja vezana za ličnu zaštitu, što sveukupno utječe na nedovoljno izvještavanje dijagnosticiranih slučajeva (JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, 2018; Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine (ZZJZ FBiH), 2018). Stoga, stopa određenih spolno prenosivih infekcija varira, prije svega, zbog kvalitete uspostavljenog sistema nadzora. Stopa smrtnosti od spolno prenosive klamidijaze u Republici Srpskoj se u periodu 2007-2014. znatno povećala (sa 0,6 na 100.000 stanovnika u 2007. (ukupno 9 osoba) na 9,1 odnosno 10,9 na 100.000 stanovnika u 2014. (ukupno 127 osoba)[76] da bi zatim počela opadati te ponovo rasti u 2017. godini (8,5 na 100.000 stanovnika, ukupno 98 osoba). (JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).[77] Stopa slučajeva klamidijaze u Federaciji BiH je niža nego u RS-u, a najviša stopa je evidentirana u 2007. godini (0,3 na 100.000 stanovnika, ukupno 6 osoba), nakon čega nije prešla iznad 0,2 na 100.000 stanovnika (to jeste 4 osobe). U periodu od 2011. do 2013. godine nije bilo evidentiranih slučajeva klamidijaze u Federaciji BiH (ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). U oba

---

[73] Sadržaj i obim preventivnih mjera. „Službeni glasnik Republike Srpske" br. 102/11.

[74] Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, „Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 29/2005.

[75] Tenderi: Alijansa za javno zdravlje objavljuje otvoreni poziv za dostavljanje prijedloga u podršci održivosti odgovora na HIV u pet zemalja Jugoistočne Evrope: Bosna i Hercegovina, Sjeverna Makedonija, Crna Gora, Rumunija i Srbija. (2019). Alliance for Public Health. Pristup ostvaren 6. aprila 2019. http://aph.org.ua/en/tenders/programme-tenders/

[76] Izvještaji JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske ne sadrže konzistentne podatke kroz vrijeme. U godišnjim izvještajima postoje varijacije u stopama bolesti za prethodne periode – kao i u slučaju stope klamidijaze za 2014. gdje je navedena stopa 9,1 (JZU Institut za javno zdravstvo. Analiza zdravlja stanovništva u Republici Srpskoj, 2014) i 10,9 (JZU Institut za javno zdravstvo. Analiza zdravlja stanovništva u Republici Srpskoj, 2017).

[77] JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske dostavio podatke na zahtjev.

entiteta klamidija je evidentirana uglavnom među ženama i u dobnoj skupini od 25 do 29 godina, uz značajan udio mladih u dobi do 25 godina u Republici Srpskoj i sporadično u Federaciji BiH[78], iako niti u jednom entitetu stopa nije prelazila 0,4 na 100.000 stanovnika u periodu 2007–2017.[79](JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018; ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). U oba entiteta je većina slučajeva gonoreje zabilježena među muškarcima i u dobnoj skupini od 25 do 49 godina, a sporadično do 1/3 slučajeva (1 do 2 slučaja) u dobnoj skupini do 25 godina (ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018)[80]. Nešto veće stope sifilisa su evidentirane u RS-u, uz slab porast u periodu 2007-2011. (0,4 na 100.000 stanovnika do 1,8 na 100.000 stanovnika), kada je zabilježen rekordan broj, a zatim, nakon pada, ponovni porast u 2014. godini (na 1,1 to jeste, na 1,3) i u 2017. godini (na 0,9)[81]. (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). U Federaciji BiH je stopa smrtnosti od sifilisa opadala od 2007. (0,7 na 100.000 stanovnika) do 2015. godine (0,2 na 100.000 stanovnika), kada je dostigla i zadržala stabilnost u naredne dvije godine (na 0,4 na 100.000 stanovnika). U oba entiteta sifilis je uglavnom evidentiran među muškarcima i u dobnoj skupini od 25 do 49 godina, dok je među mladima u dobi ispod 25 godina zabilježeno nula do dva slučaja[82]. U oba entiteta slučajevi su češći u dobnoj skupini od 50 i više godina (u prosjeku oko 1/3 svih slučajeva)[83]. (ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

7.2 Infekcija HIV-om

Svjetska zdravstvena organizacija stavlja BiH u centralni dio evropske regije. Kao i u svim drugim zemljama regije, prevalencija infekcije HIV-om je niska. U BiH je ona ispod 1% u općoj populaciji (Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti/Regionalni ured Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu [ECDC/WHO], 2018) i ispod 5% u ključnoj populaciji u riziku od infekcije HIV-om (1,2% među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima, 0,5% među seksualnim radnicima, ispod 0,5% među osobama koje uzimaju drogu ubrizgavanjem) (Stojisavljevic, Janjic, et al., 2015; Stojisavljevic, Vranjes, et al., 2015). Prvi slučaj AIDS-a u BiH je registriran 1986. godine, a prvi slučaj infekcije HIV-om 1989. (Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, 2003). U evropskoj regiji, BiH je jedna od zemalja sa najniže evidentiranim stopama novodijagnosticiranih osoba zaraženih HIV virusom (0,3 na 100.000 stanovnika u 2017), skupa sa Slovačkom (1,3) i Slovenijom (1,9). Preciznije, u 2017. godini je u BiH bilo ukupno 12 novodijagnosticiranih osoba sa HIV virusom (ECDC/WHO, 2018), 7 u Federaciji BiH i 5 u RS-u (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2018; ZZJZ FBiH, 2018). Najviša stopa prijava novodijagnosticiranih infekcija HIV-om na 100.000 stanovnika u BiH je iznosila 0,7 (između 27 i 24 osobe) (ECDC, 2017, 2018). U periodu 2007-2017 zabilježena je veća stopa prijave u FBiH nego u RS-u (JZU Institut za javno zdravstvo RS, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018; ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018) (slika 36.).

---

[78] U RS-u je oko 1/3 slučajeva u 2014. bila u dobnoj skupini do 25 godina, a u 2015, 2016. između 20%-25% (podaci JZU Instituta za javno zdravstvo RS dostavljeni na zahtjev). U FBiH je u istoj dobnoj skupini evidentiran jedan slučaj mladića 2010. i jedan slučaj djevojke 2016. (ZZJZ FBiH, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

[79] U apsolutnim brojevima, broj prijavljenih slučajeva gonoreje ne prelazi 7 osoba u FBiH i 5 osoba u RS-u na godišnjem nivou.

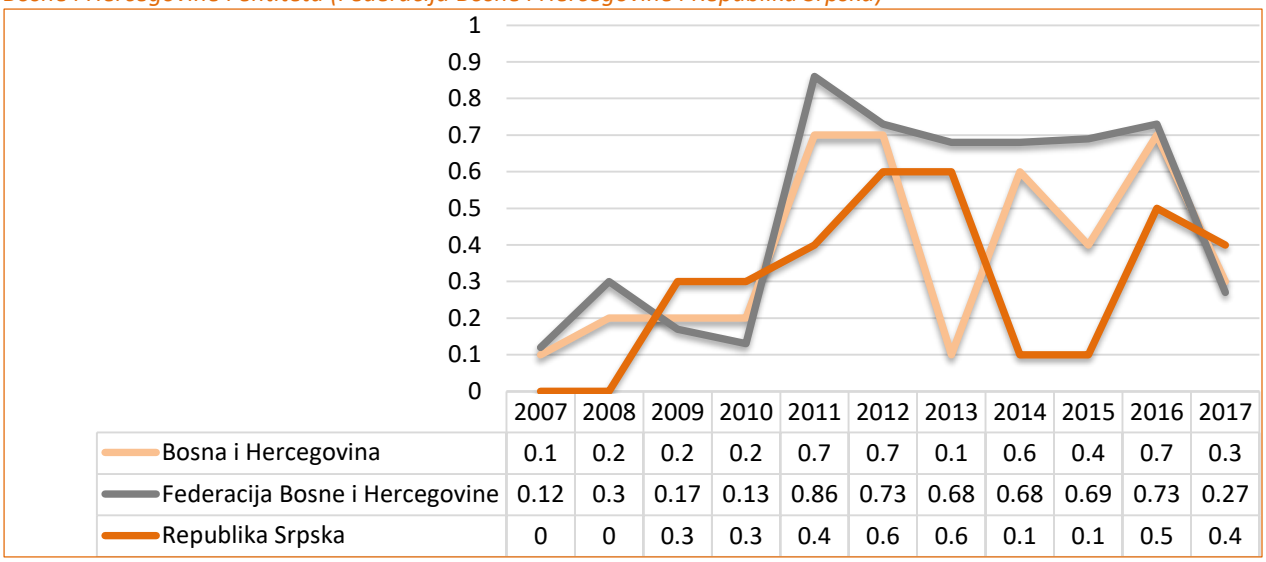
[80] Za RS – podatke na zahtjev dostavio JZU Institut za javno zdravstvo RS.

[81] Izvještaji JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske ne sadrže konzistentne podatke kroz vrijeme. U godišnjim izvještajima postoje varijacije u stopama bolesti za prethodne periode, kao što je slučaja sa stopom sifilisa za 2014. (stopa od 1,1 u JZU Institut za javno zdravstvo. Analiza zdravlja stanovništva u Republici Srpskoj, 2014) i 1,3 u JZU Institut za javno zdravstvo. Analiza zdravlja stanovništva u Republici Srpskoj, 2017).

[82] U RS-u samo u 2011. 38,5% (10 slučajeva) svih evidentiranih slučajeva je bilo u dobnoj skupini do 25 godina (podaci JZU Instituta za javno zdravstvo RS dostavljeni na zahtjev).

[83] Podaci JZU Instituta za javno zdravstvo RS dostavljeni na zahtjev.

Slika 36: Stopa novodijagnosticiranih infekcija HIV virusom na 100.000 stanovnika u periodu 2007–2017. na nivou Bosne i Hercegovine i entiteta (Federacija Bosne i Hercegovine i Republika Srpska)



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bosna i Hercegovina	0.1	0.2	0.2	0.2	0.7	0.7	0.1	0.6	0.4	0.7	0.3
Federacija Bosne i Hercegovine	0.12	0.3	0.17	0.13	0.86	0.73	0.68	0.68	0.69	0.73	0.27
Republika Srpska	0	0	0.3	0.3	0.4	0.6	0.6	0.1	0.1	0.5	0.4

Izvor: JZU Institut za javno zdravstvo RS (2008–2018), ZZJZ FBiH (2011–2018) i ECDC (2016, 2017).
Napomena: Sljedeće zemlje koriste „datum statistike" a ne „datum dijagnoze" kada predstavljaju podatke o nadzoru u svojim nacionalnim izvještajima; stoga, prikazane brojke nisu potpuno usklađene sa brojem novih dijagnoza u njihovim nacionalnim statistikama. Za 2016. te zemlje su: Andora (4), Armenija (303), Bosna i Hercegovina (26), Sjeverna Makedonija (31), Irska (508), Luksemburg (98).
Napomena: Brčko distrikt nije prijavio niti jedan slučaj infekcije HIV-om u tom periodu.

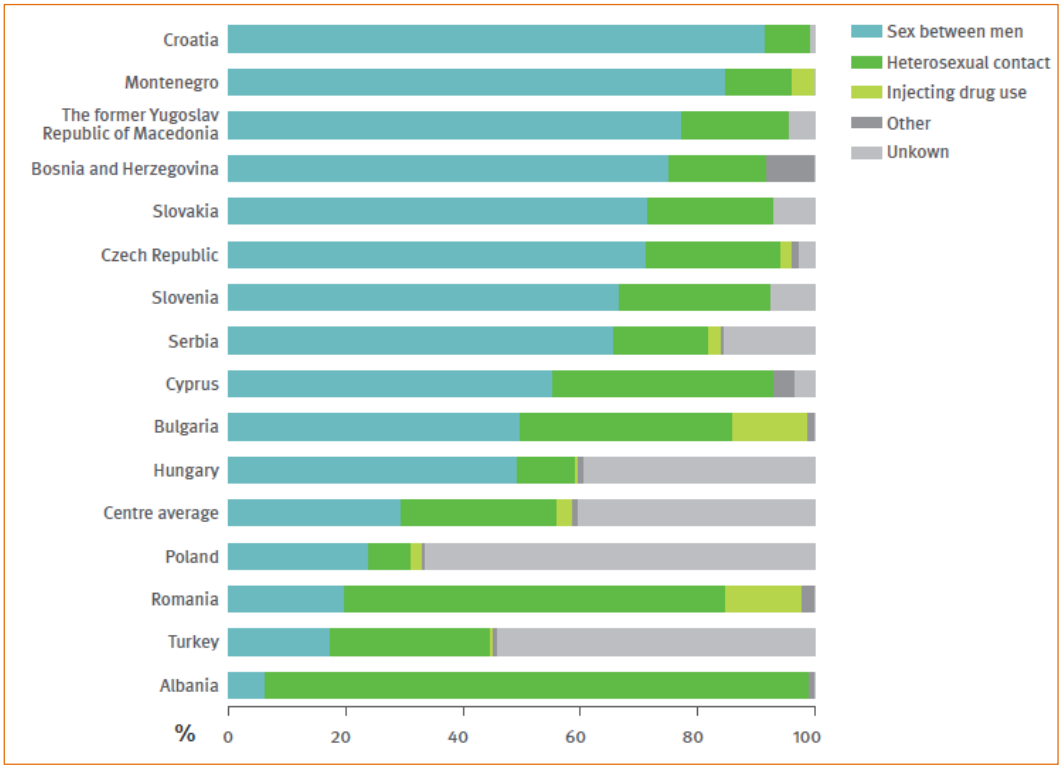
Prema podacima dostavljenim Evropskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC) za period 1986-2017, u BiH je kumulativni broj registriranih osoba koje žive sa HIV-om iznosio 281, sa ukupno 152 osobe kojima je dijagnosticiran AIDS i 64 osobe koje su preminule od AIDS-a (ECDC/WHO, 2018), dok je u 2017. bilo 217 registriranih osoba koje žive sa HIV-om. Među njima muškarci čine većinu. Osim toga, u 2017, u poređenju sa 2009. godinom, udio muškaraca u ukupnom broju registriranih osoba koje žive sa HIV virusom je bio u porastu (84,3% u 2017, u poređenju sa 77,3% u 2009) te se stoga smanjio udio ženskih osoba (14,6% u 2017. u odnosu na 20,9% u 2009).[84] Nakon toga je uslijedio porast broja muškaraca u omjeru muškaraca i žena (sa 3,7:1 u 2009. na 5,8:1 u 2017.) (ECDC/WHO, 2010, 2018).

Osnovni način prijenosa je bio heteroseksualni sa 43,8% svih dijagnosticiranih osoba sa HIV-om, što predstavlja pad u poređenju sa 2007. godinom kada su one činile do 55,1% svih slučajeva zaraze HIV virusom kumulativno. U istom periodu je došlo do pada u udjelu osoba zaraženih ubrizgavanjem droga nesterilnom opremom (sa 14,3% u 2007. na 7,1% u 2017. kumulativno). Međutim, u istom periodu je došlo do značajnog pada udjela zaraženih kroz nezaštićeni spolni odnos među muškarcima, sa 16,3% svih slučajeva zaraze HIV virusom kumulativno u 2007. na 40,6% u 2017. (ECDC/WHO, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). U entitetima je zabilježen sličan trend. U Federaciji BiH je osnovni način prijenosa HIV virusa nezaštićeni spolni odnos između muškaraca (47,7% svih dijagnosticiranih osoba koje žive sa HIV virusom), nakon čega slijedi heteroseksualni način prijenosa (41,9%) (ZZJZ FBiH, 2018), dok je u RS-u glavni način prijenosa heteroseksualni (48% svih dijagnosticiranih osoba koje žive sa HIV virusom), nakon čega slijedi infekcija putem spolnog odnosa između muškaraca

[84] *Zbir postotaka za žene i muškarce nije 100% zato što određeni postotak čine osobe nepoznatog spola.*

(34%).[85] Kumulativno, većina slučajeva infekcije HIV virusom je registrirana u dobnoj skupini od 30 do 39 godina u oba entiteta.[86] (ZZJZ FBiH, 2018). Međutim, postoje sporadično registrirani slučajevi infekcije HIV virusom u mlađoj populaciji (15-24).[87] U BiH je do 2016. godine postoji rastući trend novodijagnosticiranih slučajeva infekcije HIV virusom na godišnjoj osnovi, kada je zabilježen pad u 2017. godini (sa 24 slučaja u 2016. na 12 slučajeva u 2017). Među novodijagnosticiranim slučajevima također postoji porast udjela onih koji su zaraženi putem seksualnog odnosa među muškarcima (sa 11,1% u 2008. na 75% u 2017, uz vrhunac od 84% u 2012). (ECDC/WHO, 2018). Rastući trend osoba zaraženih HIV virusom kroz spolne odnose među muškarcima zabilježen je u kompletnom centralnom dijelu evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije (sa 34% u 2008. na 47% u 2017) (ECDC/WHO, 2018) (slika 37).

Slika 37: Nove dijagnoze HIV virusa, prema načinu prijenosa i zemlji u centralnom dijelu evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije, 2017. (n = 6.383)



Izvor: Evropski centar za sprečavanje i kontrolu bolesti, WHO Regionalni ured za Evropu. (2018). Podaci o nadzoru nad HIV/AIDS-om u Evropi 2018 – 2017. Copenhagen: WHO Regionalni ured za Evropu, https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf str. 50

[85] *Jandrić, Lj. (2017). Svjetski dan borbe protiv HIV/AIDS-a - 1. decembar. Pristupljeno 29.02.2019. http://www.phi.rs.ba/index.php?view=clanak&id=292*

[86] *Ibid.*

[87] *Podaci iz izvještaja ZZJZ FBiH i JZU Instituta za javno zdravstvo RS ne predstavljaju na jedinstven način novodijagnosticirane slučajeve HIV infekcije. U izvještajima ZZJZ FBiH postoje podaci o novodijagnosticiranim slučajevim HIV infekcije razvrstani po dobi i spolu. Međutim, ti podaci nisu predstavljeni u godišnjim izvještajima JZU Instituta za javno zdravstvo RS. Sa druge strane, ne postoje kumulativni brojevi dijagnosticiranih slučajeva HIV/AIDS-a u izvještajima, kao ni podaci o smrti uzrokovane AIDS-om. Izuzetak su izvještaji ZZJZ FBiH iz 2016. i 2017. godine i izvještaj za 2017. koji je JZU Institut za javno zdravstvo RS dostavio na zahtjev. Kumulativni podaci sa RS se mogu naći u vijestima vezanim za 1. decembar, kampanju povodom Svjetskog dana borbe protiv AIDS-a, ali se ti podaci odnose na period do novembra tekuće godine. Podaci u izvještaju ECDC-a o dobi novodijagnosticiranih osoba zaraženih HIV virusom se mogu pronaći samo za 2016. i 2017.*

Antiretroviralna terapija postoji u BiH od 2005. godine i finansira se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja. Od 2010. godine je liječenje infekcije HIV virusom moguće u tri klinike za infektivne bolesti – u Banja Luci, Sarajevu i Tuzli (aidspan, 2016; Vijeće ministara Bosne i Hercegovine, 2011), a plan je da se ta mogućnost proširi i na druge centre. Prema dostupnim podacima, u periodu 2011-2015. je broj osoba na antiretroviralnoj terapiji bio u stalnom porastu (sa 63 na 126) (GFATM/UNDP, 2016). Zbog toga je u porastu i pokrivenost antiretroviralnom terapijom registriranih osoba koje žive sa HIV virusom (sa 44,4% na 65,3% u periodu 2011-2015).[88] Prema podacima dostavljenim Evropskom centru za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC), među osobama koje su podvrgnute inicijalnom vađenju limfocita CD4 u BiH preovladava kasno uspostavljanje dijagnoze infekcije HIV virusom (66,7% osoba u 2009. i 50% u 2016. i 2017) i uspostavljanje dijagnoze uznapredovale infekcije HIV virusom (sa 33% osoba u 2009. na 50% u 2017) (ECDC/WHO, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018). Situacija je slična u drugim dijelovima evropske regije Svjetske zdravstvene organizacije (bez Ruske Federacije), uključujući njen centralni dio (posebno Srbiju, Rumuniju, Albaniju i Hrvatsku u 2017.) (ECDC/WHO, 2018). Kasno uspostavljanje dijagnoze infekcije HIV virusom predstavlja, sa jedne strane, rizike u pogledu nepovoljnog odgovora na antiretroviralnu terapiju, slabe ishode liječenja i čak smrtni ishod, a sa druge strane, potencijalni okidač za epidemiju HIVa.

7.3 Rizik od infekcije HIV virusom: opća i ključne populacije

Osnovni rizik od infekcije HIV virusom i spolno prenosivih infekcija dolazi od rizičnog seksualnog ponašanja (prije svega, od seksualnog odnosa bez kondoma, kao i seksualnih odnosa sa više partnera), korištenja nesterilne opreme za ubrizgavanje droga i prijenosa sa zaražene majke na dijete. Prema istraživanju višestrukih pokazatelja (MICS), među seksualno aktivnim osobama u općoj populaciji, 1% žena i 6,5% muškaraca je imalo spolni odnos sa više od jednog partnera u posljednjih 12 mjeseci i oko 39% njih nije koristilo kondom u posljednjem spolnom odnosu. Što se tiče mladih (15-24), 79% djevojaka i 53% mladića je izjavilo da nisu imali spolni odnos (nešto više djevojčica u FBiH – 85% - nego u RS-u – 62%). Među onima koji su imali spolni odnos sa partnerom sa kojim nisu u braku ni u stabilnoj vezi, oko 29% mladića i djevojaka nije koristilo kondom u toku posljednjeg spolnog odnosa (Pilav, Lolić, Abdelbasit, Jokić, Stijak, 2013). Što se tiče adekvatnog poznavanja prevencije prijenosa HIV virusa spolnim putem i odbacivanja osnovnih zabluda o prijenosu HIV virusa, znanje je slično među ženama (oko 43%) i muškarcima (oko 45%). Mladići i djevojke u dobi od 15 do 24 godine imali su sličan nivo znanja (oko 47% njih) i većina mladića i djevojaka u dobi od 25 do 29 godina je imala adekvatno znanje (57% odnosno 58%). Žene, posebno one u Federaciji BiH, imaju odgovarajuće znanje (44% u odnosu na 42% u RS-u i 40% u Brčko distriktu), kao i muškarci (47,5% u odnosu na 46% u Brčko distriktu i 39% u RS-u). Osim toga, nivo znanja se povećava sa ekonomskim položajem (Pilav et al., 2013). Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS), muškarci imaju rizičnije seksualno ponašanje nego žene u pogledu većeg broja seksualnih partnera, dok korištenje kondoma opada sa dobi i iskustvom. Međutim, uvijek postoji otvoreno pitanje da li žene u potpunosti prijavljuju svoje seksualne rizike zbog postojećih kulturoloških stereotipa u pogledu seksualnosti žena.[89]

Među ključnim populacijama: muškarci koji imaju spolne odnose sa muškarcima, osobe koje ubrizgavaju droge i seksualni radnici, koje su visoko stigmatizirane i marginalizirane, periodično su se provodila integrirana bio-bihevioralna istraživanja (2008, 2010, 2012, 2015), a finansirao ih je Globalni fond za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije (Bačak & Dominković, 2012; Ravlija, Jandrić, Vilić-Švraka,

[88] Izračunato u odnosu na broj ljudi koji žive sa HIV virusom na godišnjem nivou, prema podacima dostavljenim ECDC-u.

[89] Rano uključivanje žena u spolne odnose, kao i češća promjena partnera, doveli su do toga da su žene često etiketirane u najmanju ruku kao promiskuitetne, što je sa stajališta patrijarhalnih kulturoloških normi neprihvatljivo za žene.

Stojisavljević, 2012; Ravlija, Jandrić, Željko, Kurtović, 2011; Stojisavljević, Janjić, et al., 2015; Stojisavljević, Vranješ, et al., 2015; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2009). Kroz ova istraživanja je moguće primijetiti da je u posljednjoj godini istraživanja, 2015, došlo do manjenja prakse nekorištenja kondoma u populaciji muškaraca koji imaju spolne odnose sa muškarcima u posljednjem analnom snošaju u poređenju sa 2008. (sa 50% na 38%) (Ravlija et al., 2012; Ravlija et al., 2011; Stojisavljević, Vranješ, et al., 2015), što je slično prevalenciji korištenja kondoma među muškarcima koji imaju spolne odnose sa muškarcima u zemljama bivše Jugoslavije (Slovenija, Srbija, Sjeverna Makedonija i Hrvatska).[90] Adekvatno poznavanje prevencije prijenosa HIV virusa seksualnim putem i odbijanje najvećih zabluda o prijenosu HIV virusa nisu se u značajnoj mjeri promijenili u periodu 2010-2015 (oko 33%). U poređenju sa općom populacijom, populacija muškaraca koji imaju spolne odnose sa muškarcima pokazuju rizičnije ponašanje u vezi sa prijenosom HIV virusa i manje poznavanje prevencije prijenosa HIV virusa, što ih čini ranjivijim na rizike od infekcije HIV virusom, posebno kada se ima na umu stigmatizacija povezana sa istospolnom orijentacijom u BiH (Stojisavljević, Đikanović, Matejić, 2017).

Među seksualnim radnicima/radnicama, u periodu 2008-2012. je došlo do porasta učestalosti korištenja kondoma sa posljednjim klijentom u vaginalnom snošaju (sa 76% na 88%), kao i u analnom (sa 58% na 66%). U podgrupi mladih seksualnih radnika, korištenje kondoma u toku analnog snošaja sa klijentima je opalo (sa 61% na 50%) (Ravlija et al., 2012; Ravlija et al., 2011). Korištenje kondoma među seksualnim radnicima/radnicama u BiH je niže nego u Srbiji, Bugarskoj i Sjevernoj Makedoniji i slično je sa praksom u Crnoj Gori i Albaniji.[91] Znanje o HIV virusu je povećano u periodu 2010-2012 (sa 23% na 28%), ali je još uvijek generalno nisko. U podgrupi mladih seksualnih radnika, znanje je ostalo praktično nepromijenjeno u datom periodu (24,5%) (Ravlija et al., 2012; Ravlija et al., 2011). Moguća je hipoteza da su nedovoljno poznavanje HIV virusa i viša stopa nekorištenja kondoma u analnom snošaju povezani sa korištenjem kondoma radi zaštite od neželjene trudnoće prije nego zaštite od infekcije HIV virusom i spolno prenosivih infekcija. Među osobama koje ubrizgavaju droge se korištenje kondoma sa posljednjim seksualnim partnerom uglavnom povećavalo od 2009. godine i nije bilo iznad 42% u 2015. godini, pri čemu je najniži nivo korištenja zabilježen u Banja Luci (23% u 2015. i ova stopa opada od 2009) (Baćak & Dominković, 2012; Stojisavljević, Janjić, et al., 2015). Prema istraživanjima, u gotovo svim gradovima u BiH je došlo do porasta upotrebe sterilne opreme za ubrizgavanje droga u periodu 2009-2015, uz prevalenciju upotrebe od preko 90% među osobama koje ubrizgavaju droge, osim u Sarajevu (81% u 2015) (Baćak & Dominković, 2012; Stojisavljević, Janjić, et al., 2015). Upotrebe sterilne opreme za ubrizgavanje droga i kondoma među osobama koje ubrizgavaju droge je slična upotrebi u susjednim zemljama.[92] Adekvatno poznavanje prevencije prijenosa HIV virusa spolnim putem i odbacivanje najčešćih zabluda ne prelazi 32% u Federaciji BiH i 37% u RS-u (Baćak & Dominković, 2012; Stojisavljević, Janjić, et al., 2015; UNICEF, 2009). Neadekvatno znanje ide u prilog rizičnom seksualnom ponašanju većine osoba koje ubrizgavaju droge, sa jedne strane, dok je sa druge strane primjetno povećanje upotrebe sterilne opreme za ubrizgavanje, što je posebno značajno za ovu populaciju.

Stigmatizacija i diskriminacija su značajne teme vezane sa HIV, s obzirom da su povezane sa osobama koje žive sa HIV virusom i sa ključnim populacijama u riziku od infekcije HIV virusom. Prema studijama provedenim u općoj populaciji 2012. godine, svega oko 15% žena i 17% muškaraca nema diskriminirajuće stavove prema osobama koje žive sa HIV virusom. Stavovi koji su najmanje diskriminirajući se nalaze među stanovnicima Brčko distrikta (27% žena i 31% muškaraca), dok u FBiH i RS-u prevalencija takvih stavova

[90] *Atlas ključnih populacija. (2019). UNAIDS. Pristupljeno 2. aprila 2019: http://www.aidsinfoonline.org/kpatlas/#/home*
[91] *Ibid.*
[92] *Ibid.*

odgovara stavovima opće populacije (Pilav et al., 2013). Istraživanja među zdravstvenim radnicima koji bi zbog svoje profesije trebali imati najveći nivo znanja o infekciji HIV virusom i imati stavove koji su u najmanjoj mjeri stigmatizirajući pokazuju upravo suprotno – zdravstveni radnici pokazuju nedostatke u osnovnom poznavanju infekcije HIV virusom, posjeduju nedovoljan nivo znanja i ne primjenjuju dovoljno zaštitne mjere na radu i u velikoj mjeri imaju stigmatizirajuće i diskriminatorne stavove prema osobama koje žive sa HIV virusom i ključnim populacijama (Bojanić et al., 2012; Stojisavljević et al., 2017). Okruženje u kojem dominira stigmatizacija u pogledu infekcije HIV virusom i ključnih populacija zbog svog ponašanja plodno je tlo za povećanje rizika od HIV virusa u ključnim populacijama (Baroš, Šipetić Grujičić, Zikić, & Petrović Atay, 2018). Stigmatizacija dovodi do težeg/slabijeg pristupa prevenciji, zaštiti i liječenju; njom se podržavaju povrede osnovnih ljudskih prava stigmatiziranih populacija, negativno djeluje na mentalno zdravlje, povećava rizik od zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, dovodi do veće izloženosti nasilju i razvoja autostigmatizacije i niskog samopoštovanja.

7.4 Obuhvat programa za prevenciju širenja HIV virusa

Nakon što je projekat koji je finansirao Globalni fond za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije završen 2015. godine, urađen je plan prijelaza sa finansiranja iz sredstava donacije na finansiranje iz domaćih izvora za period 2015-2017. (Godinjak et al., 2015). Na osnovu tog plana je odobren projekat koji je finansirao Globalni fond za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije bez odobrenja dodatnih sredstava, a nakon toga je došlo do zastoja u provođenju preventivnog programa u ključnoj populaciji. Poseban uspjeh u tom periodu predstavlja uvođenje standarda akreditacije i certifikacije usluga od strane Agencije za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji BiH (2014) koje se pružaju u drop-in centrima organizacija civilnog društva (osobama koje ubrizgavaju droge, seksualnim radnicima/radnicama i bivšim zatvorenicima). Međutim, ti standardi usluga su ograničeni samo na FBiH (Euroazijska mreža za smanjenje štete, 2016). Programi za smanjenje štete se provode među osobama koje ubrizgavaju droge kojih, prema procjenama, ima 12,500 u BiH (Manukyan et al., 2013). U toku projekta kojeg je finansirao Globalni fond za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije došlo je do povećanja pokrivenosti ove populacije programom terapije supstitucijom opoida (sa 8,3% u 2012. na 11% u 2015), kao i programom zamjene igala i šprica (sa 25% na 55%) (GFATM/UNDP, 2016; Euroasian Harm Reduction Network, 2016).

Međutim, pokrivenost programom terapije supstitucijom opoida u BiH je daleko niža nego u Srbiji, Hrvatskoj i Sloveniji, ali je jednaka Sjevernoj Makedoniji i Albaniji.[93] Terapija supstitucijom opoida je dostupna u zdravstvenim ustanovama i finansira se iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.[94] Prema broju šprica i igala distribuiranih po korisniku na godišnjem nivou, u 2016. godini BiH se nalazila među zemljama sa višim prosječnim brojem (98-204) i bila je rangirana kao Crna Gora, od susjednih zemalja, i kao Francuska, Španija i druge zemlje Zapadne Evrope.[95] Programi zamjene igala i šprica su još uvijek dostupni zahvaljujući nastojanjima organizacija civilnog društva, ali za ovu vrstu usluge ne postoji održivo finansiranje. U populaciji muškaraca koji imaju spolne odnose sa muškarcima, čije se broj procjenjuje na 6.900 (Manukyan et al., 2013) i seksualne radnike/radnice, kojih, prema procjenama, ima 4.000 (Manukyan et al., 2013), prema podacima UNDP-a, pokrivenost uslugama prevencije je bila u

[93] *Ibid.*

[94] *Federalne liste lijekova: Informacija o izmjeni i dopuni Odluke o Listama lijekova obaveznog zdravstvenog osiguranja Federacije BiH. (2018). Federalno ministarstvo zdravstva. Pristupljeno: 1. aprila 2019. http://www.fmoh.gov.ba/index.php/preporucujemo/liste-lijekova; Pretraga lijekova. (2019). Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske. Pristupljeno: 1. april 2019. https://www.zdravstvo-srpske.org/*

[95] *Atlas ključnih populacija…*

znatnom porastu u periodu 2012-2015 (sa 14% na 69% u populaciji muškaraca koji imaju spolne odnose sa drugim muškarcima i sa 18% na 61,5% među seksualnim radnicima/radnicama) (GFATM/UNDP, 2016). Međutim, nakon što je projekat Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije povučen, programi su se počeli zatvarati zbog nedostatka održivog finansiranja. Dostupnost programa je dodatno ograničena zakonskim propisima kojima su kažnjivi određeni vidovi ponašanja, kao što je seksualni rad ili posjedovanje psihoaktivnih supstanci. [96]

Savjetovanje i testiranje na HIV je jedna od ključnih preventivnih aktivnosti koja omogućava rano otkrivanje HIV virusa, povezivanje sa zdravstvenom terapijom i pristup liječenju, čime se unapređuje, sa jedne strane, kvaliteta života osoba koje žive sa HIV virusom, a sa druge, smanjuje se mogućnost daljnjeg prijenosa HIV virusa ako je reakcija na terapiju dobra (to jeste, ako je supresiran titar virusa).[97] Centri za savjetovanje i testiranje na HIV virus se finansiraju iz više izvora (fondovi za zdravstveno osiguranje[98] ili drugi izvori). Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje na HIV u BiH je postalo dostupno 2005. godine, tako da je do 2015. godine (do kraja projekta Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije) u zdravstvenim ustanovama otvoreno ukupno 22 centra za savjetovanje o HIV-u.[99] Prema podacima integriranog bio-bihevioralnog istraživanja među osobama koje ubrizgavaju droge, pokrivenost takvih osoba programom savjetovanja i testiranja nije bilo zadovoljavajuće s obzirom na to da u 2015. godini ona nije prelazila 42% u FBiH i iznosila je svega 12% u RS-u. U većini gradova je u opadanju od 2009. godine (Stojisavljević, Janjić, et al., 2015). Također, u populaciji seksualnih radnika došlo je do laganog povećanja pokrivenosti sa programom za savjetovanje i testiranje na HIV od 2008. godine, a u 2015. godini je iznosila najviše 10% (Ravlija et al., 2012). Među muškarcima koji imaju spolne odnose sa muškarcima, pokrivenost uslugama savjetovanja i testiranja se polako povećavala u periodu 2008-2015. da bi dostigla oko 35% populacije muškaraca koji imaju spolne odnose sa muškarcima koji su primili usluge savjetovanja i testiranja na HIV (Stojisavljević, Vranješ, et al., 2015). Niska pokrivenost (ispod 50%) muškaraca koji imaju spolne odnose sa muškarcima uslugama savjetovanja i testiranja na HIV se može naći i u susjednim zemljama (Hrvatska, Srbija, Crna Gora, Albanija i Sjeverna Makedonija).[100]

Program prevencije vertikalne transmisije HIV virusa sa majke na dijete je u potpunosti pokriven entitetskim fondovima zdravstvenog osiguranja.[101] Međutim, prema istraživanju iz 2012. godine, svega 6% trudnica je upućeno na testiranje na HIV i dobilo rezultate testiranja, većina njih u RS-u (oko 12%), a

---

[96] Prema zakonima koji reguliraju javni red i mir u Republici Srpskoj (Zakon o javnom redu i miru. „Službeni glasnik RS", br. 11/15) ili zakoni na nivou kantona (npr. Zakon o javnom redu i miru, „Službene novine Tuzlanskog kantona", br. 9/01; Zakon o prekršajima protiv javnog reda i mira, „Službene novine Kantona Sarajevo", br. 18/07, 7/08) prodaja seksualnih usluga je kažnjiva, a na većem dijelu teritorije i kupovina seksualnih usluga; zakonom je sankcionirano posjedovanje psihoaktivnih supstanci i prepoznata je mogućnost posjedovanja za ličnu upotrebu, ali nije definirana dozvoljena količina (vidi: Euroazijska mreža za smanjenje štete (2016).

[97] Ako se ne može otkriti (titar virusa), virus se ne može ni prenijeti: Public Health and Viral Load Supression. (2019). UNAIDS. Pristup ostvaren 29. marta 2019. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable

[98] Fond solidarnosti. (2015). Zavod zdravstvenog osiguranja i reosiguranja Federacije BiH. Pristup ostvaren 29. marta 2019. http://www.fedzzo.com.ba/bs/clanak/fond-solidarnosti/38

[99] Povećanje univerzalnog pristupa za populacije u najvećem riziku u Bosni i Hercegovini (HIV/AIDS, 9. runda). (2015). UNDP. Pristup ostvaren 1. marta 2019. http://www.ba.undp.org/content/bosnia_and_herzegovina/bs/home/operations/projects/democratic_governance/scaling-up-universal-access-for-most-at-risk-populations-in-bosn.html

[100] Atlas ključnih populacija…

[101] Sadržaj i obim preventivnih mjera, „Službeni glasnik RS", br. 102/11; Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti, „Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine", br. 29/05

najmanje u FBiH (oko 3%).[102] (Pilav et al., 2013). Nema dostupnih programskih podataka koji bi dali bolji uvid u pokrivenost trudnica uslugama testiranja na HIV. Osim toga, u BiH je evidentiran samo jedan slučaj vertikalne transmisije sa majke na dijete (u 2006) (ECDC/WHO, 2008). Osim toga, istraživanje je pokazalo da je oko 67% žena upoznato sa mogućnošću prijenosa HIV virusa sa majke na dijete u toku trudnoće, porođaja ili dojenja i svega oko 49% muškaraca (Pilav et al., 2013). Imajući na umu da je poznavanje rizika od vertikalne transmisije HIV virusa relativno često među ženama i da postoje pozitivni zakoni kojima je omogućeno savjetovanje i testiranje trudnica na HIV, moguće je pretpostaviti da trudnice ne odbijaju testirati se na HIV.

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Prema dostupnim podacima, iako je registrirana prevalencija HIV virusa i spolno prenosivih infekcija niska, situacija je potencijalno nesigurna ako se ne unaprijedi odgovor na HIV i spolno prenosive infekcije.
- Evidentirana je niska stopa spolno prenosivih infekcija (sifilis, gonoreja i klamidija), uz pretpostavku da situacija nije realna zbog nedovoljnog prijavljivanja slučajeva spolno prenosivih infekcija. Moguće je primijetiti da su sifilis i gonoreja češći među muškarcima, dok je klamidija češća kod žena. Osim toga, primijećeno prisustvo spolno prenosivih infekcija među mladima (u dobi do 25 godina) ukazuje na rizično seksualno ponašanje u ovoj grupi i nepostojanje edukacije. Da bi se bolje isplanirao program prevencije seksualno prenosivih infekcija, mora se unaprijediti nadzor, čime bi se omogućilo planiranje programa na osnovu dokaza.
- Iako je prevalencija infekcije HIV-om niska (ispod 1% u općoj populaciji i ispod 5% u ključnim populacijama), postoji uporno rizično seksualno ponašanje u ključnim populacijama u riziku od HIV-a, nizak stepen adekvatnog poznavanja prevencije prijenosa HIV virusa seksualnim putem i odbacivanje glavnih zabluda, kao i niska pokrivenost uslugama savjetovanja i testiranja na HIV, što sve unosi rizik od smanjenog dijagnosticiranja zaraze HIV-om u tim populacijama te stoga do kasnog otkrivanja zaraze.
- Niskom pokrivenošću antiretroviralnom terapijom u odnosu na cilj UNAIDS-a od 90 %, kasnim uspostavljanjem dijagnoze i odgođenim povezivanjem sa zdravstvenom terapijom i pristupom antiretroviralnom liječenju, što može izazvati slabe ishode liječenja, smanjuje se učinak liječenja kao prevencije daljnjeg prenošenja HIV virusa.
- Visok stepen stigmatizacije vezane za HIV virus i osobe povezane sa HIV virusom, sa jedne strane predstavlja prepreku ostvarivanju pristupa programima prevencije, a sa druge strane je on prepreka povezivanju sa zdravstvenom terapijom i ostvarivanju pristupa antiretroviralnom liječenju osoba kojima je dijagnosticirana infekcija HIV virusom, čime se dalje povećava rizik od prijenosa HIV virusa.
- Trend povećanja broja novodijagnosticiranih osoba među muškarcima koji imaju spolne odnose sa muškarcima, iza čega slijedi rizično seksualno ponašanje, ukazuje na povećani rizik od HIV infekcije u ovoj populaciji, što ih izdvaja kao jedan od prioriteta za odgovor na HIV.
- Prekid u programima za prevenciju širenja HIV virusa u ključnim populacijama je uvjetovao prekid projekata (koji su finansirani iz donacija GFATM-a), što je indirektno utjecalo na povećanje rizika od HIV-a u ključnim populacijama; iza toga su uslijedili prekid provođenja integriranog bio-bihevioralnog istraživanja i značajne praznine u nadzoru nad HIV virusom u ključnim populacijama i prikupljanju podataka potrebnih za planiranje djelotvornih intervencija u skladu sa potrebama tih grupa.

[102] *U Brčko distriktu se svega 6 žena porodilo u periodu od 2 godine prije studije. Među njima su 42% testirane i dobile su rezultate.*

8. Fertilitet

Nedovoljno rađanje djece za zamjenu generacija je fenomen sa kojim se suočava većina evropskih zemalja. Početkom hiljadu devetsto šezdesetih godina svega nekoliko zemalja je imalo fertilitet ispod potrebnog nivoa za jednostavnu smjenu generacija od 2,1 djeteta po ženi pod savremenim uvjetima niske smrtnosti. Prosječan broj djece po ženi (ukupna stopa fertiliteta) se kretala između 1,94 (Latvija) i 3,78 (Irska). Iznenadni pad ukupne stope fertiliteta je prvi put registriran u zemljama Zapadne i Sjeverne Evrope (1965-1975) i zemlje Jugoistočne Evrope su uskoro nakon toga evidentirale nepovoljna kretanja u trendovima rađanja u istočnoevropskim zemljama (Avdeev et al., 2011). Međutim, te zemlje su u toku hiljadu devetsto devedesetih ušle u poseban period ekstremno niskog i u teoriji potpuno neočekivanog fertiliteta, kada se ukupna stopa fertiliteta približila vrijednosti od 1,3 djeteta po ženi. Za tako ekstremno nizak fertilitet, koji u dugoročnijem periodu dovodi do smanjenja broja živorođene djece za 50%, skovan je novi naziv: „najniži niski fertilitet“ (Kohler, Billari & Ortega, 2006). Fenomen odgađanja rađanja djece je postao univerzalno reproduktivno ponašanje u Evropi i to je, kratkoročno, doprinijelo vrlo niskom fertilitetu. To je temeljna karakteristika druge demografske tranzicije koja označava dugoročni niski fertilitet daleko ispod nivoa zamjene (Kohler et al., 2006; Sobotka, 2004; Veljović, 2015). Zapadnoevropski model fertiliteta specifičan za dob navodi se kao predstavnik savremenog modela kojeg karakteriziraju promjena u vrhu krivulje fertiliteta na dob od 30 godina i najviša stopa fertiliteta u dobnim skupinama od 25 do 29 i od 30 do 34 godine.

U pogledu historijskog toka tranzicije fertiliteta u balkanskim zemljama, postoje značajne varijacije koje se ugrubo mogu podijeliti u dvije grupe zemalja (Kotzamanis, 2001; Magdalenić & Vojković, 2015). Jednu grupu čine zemlje koje su hiljadu devetsto šezdesetih imale izuzetno visoku stopu ukupnog fertiliteta: od 3,40 djece u Crnoj Gori, više od 3,95 djece u Sjevernoj Makedoniji i Bosni i Hercegovini, do gotovo 6 djece po ženi u Albaniji. Ono što je interesantno jeste da su ove zemlje zabilježile najveći pad stope fertiliteta, iako je njihova tranzicija počela kasnije. Prema podacima iz 2017. godine, samo Crna Gora ima stabilnu vrijednost stope ukupnog fertiliteta koja iznosi oko 1,78 djece po ženi. U posljednje vrijeme su Albanija i Sjeverna Makedonija zabilježile vrijednosti koje se kreću oko 1,5 djece, dok su one u Bosni i Hercegovini najniže među balkanskim zemljama – 1,26 djece po ženi. Sve druge zemlje su u drugoj grupi s obzirom na to da su znatno ranije doživjele pad fertiliteta ispod nivoa jednostavne zamjene generacija. Ipak, savremeni trendovi sugeriraju relativnu homogenizaciju fertiliteta u ovoj regiji jer je nivo fertiliteta barem u svim zemljama daleko ispod nivoa zamjene.

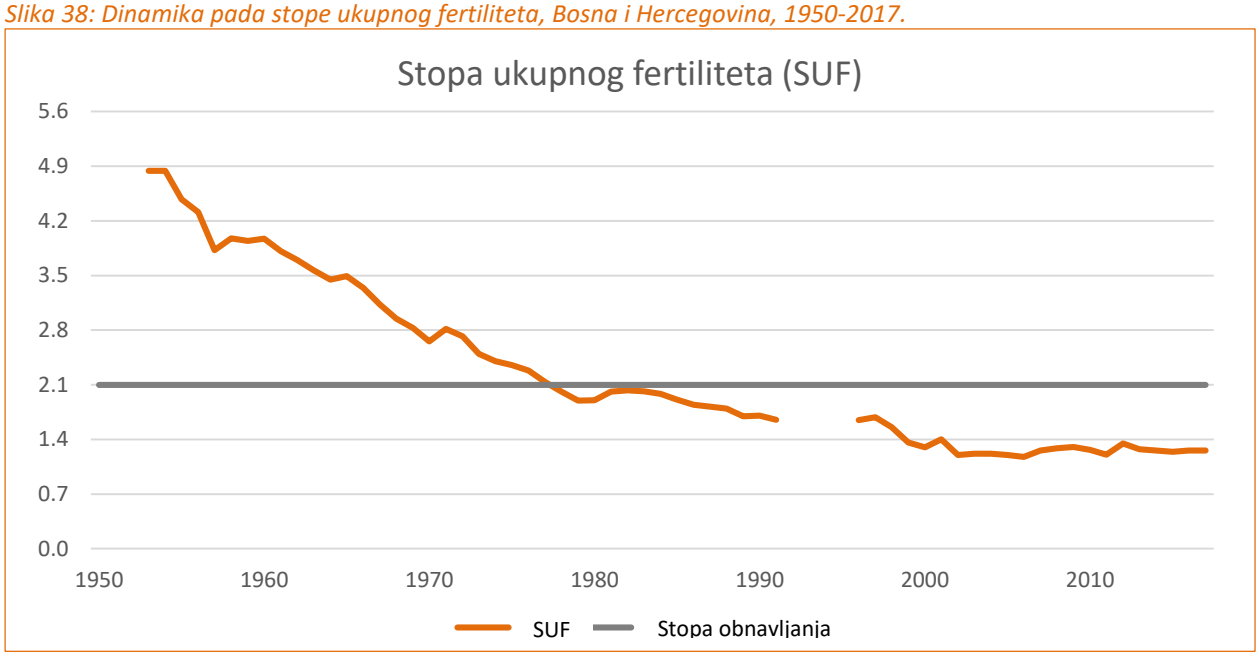
Detaljna analiza promjena u modelu fertiliteta može biti ključna za tumačenje posebnog demografskog ponašanja i može poslužiti kao preciznija studija faktora koji su odredili nivo fertiliteta. U ovom poglavlju detaljnije analiziramo dinamiku fertiliteta skupa sa fertilitetom generacija koje su okončale svoj reproduktivni život u toku popisa 2013. godine, model fertiliteta specifičan za dob, fenomen odgađanja rađanja djece i veličinu takozvanog tempo efekta i karakteristike obrazaca fertiliteta povezanih za prosječnom dobi majke prilikom porođaja ili njen bračni status.

8.1 Promjene u obrascima fertiliteta

Specifičnost Bosne i Hercegovine je ta da je tranzicija visokih stopa nataliteta na izuzetno niske stope završena u prilično kratkom vremenu. BiH je dugo bila u kategoriji balkanskih zemalja sa najvišim fertilitetom i na početku je imala znatno sporiji tempo opadanja u poređenju sa iskustvom nekih drugih bivših jugoslovenskih republika i većine evropskih zemalja. Međutim, rat je prouzrokovao neočekivani pad fertiliteta koji je danas među najnižim u Evropi.

Dinamika ukupne stope fertiliteta pokazuje postignuti nivo rađanja kroz prosječan broj djece po ženi i eksplicitnije predstavlja promjene u reproduktivnom ponašanju žena (slika 38). Na početku demografske tranzicije u Bosni i Hercegovini je ukupna stopa fertiliteta bila na nivou od preko petero djece po ženi. U toku narednih dvadeset godina je ukupna stopa fertiliteta prepolovljena i po prvi put je pala ispod limita od 2,1 djeteta u 1978. godini, ali praktično se do 1985. godine, u savremenim uvjetima, kretala oko visokog nivoa od dvoje djece. Do 1991. godine je ukupna stopa fertiliteta pala na 1,65 djece po ženi i to je nivo koji je evidentiran sa prvim statističkim pokazateljima nakon rata 1996. godine. Imajući na umu metodološke razlike u praćenju vitalnih događaja i pouzdanosti procjena veličine stanovništva, koje su revidirane nekoliko puta, postoji mogućnost da su one za stopu ukupnog fertiliteta za period 1996-2002 precijenjene (Marinković, Majić, 2018). Od 2002. godine do danas su vrijednosti stope ukupnog fertiliteta izuzetno niske i iznose 1,2 do 1,3 djece po ženi, tako da se Bosna i Hercegovina priključila grupi zemalja sa izuzetno niskim fertilitetom (najniži niski fertilitet). Međunarodna poređenja pokazuju da druge republike bivše Jugoslavije, osim Slovenije, nisu imale tako drastičan pad stope ukupnog fertiliteta. Interesantno je da je Slovenija, koja je prva postala članica EU, u proteklim godinama evidentirala pozitivno kretanje, tako da je u 2015. imala čak i viši nivo nego Srbija (1,46), Hrvatska (1,40) i Sjeverna Makedonija (1,50), sa stopom ukupnog fertiliteta od 1,58.

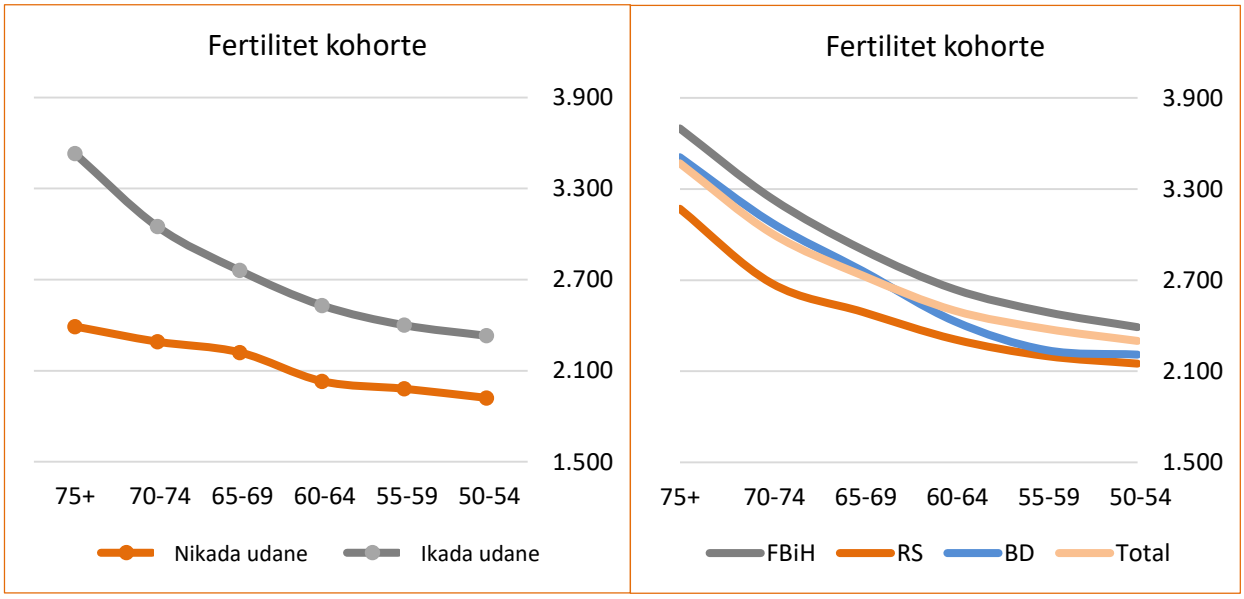
Slika 38: Dinamika pada stope ukupnog fertiliteta, Bosna i Hercegovina, 1950-2017.



Izvor: BHAS, 2017; SZS, 1992.

Sa analizom kohorte fertiliteta (slika 39) na osnovu podataka iz popisa stanovništva moguće je dati pregled ukupnog fertiliteta jedne generacije žena rođenih u istoj kalendarskoj godini i preciznije obuhvatiti njihov ukupan reproduktivni period. Žene koje su završile svoj reproduktivni život u vrijeme popisa 2013. godine su rođene u periodu od hiljadu devetsto tridesetih do kraja 1964. godine. Njihov reproduktivni život je trajao u periodu od hiljadu devetsto četrdesetih do 2013. i od ukupnog broja žena, 10% nije imalo djecu. Na osnovu prosječnog broja rođene djece, primjećuje se da su sve dobne kohorte osigurale zamjenu generacija. Međutim, postoji jasan trend prijelaza smanjenja konačnog fertiliteta sa starijih na mlađe generacije i prosječan broj djece je opao za jednu trećinu, sa 3,47 po ženi rođenoj prije 1938. godine na 2,30 po ženi rođenoj u periodu 1960-1964. Promatranje konačnog fertiliteta žena prema njihovom bračnom statusu jasno pokazuje opadajući trend u svim modalitetima. Ono što privlači pažnju jeste razlika u prosječnom broju djece među ženama koje nikad nisu sklopile brak i ženama koje su barem u jednom momentu svog života živjele u formalnoj bračnoj vezi i ona iznosi 0,63 djece po ženi u korist žena koje su nekad bile u braku. Međutim, sa opadajućom agregatnom stopom fertiliteta, razlika između dvije opservirane kategorije je opala sa 1,14 po najstarijoj ženi na 0,41 po ženi u dobi od 50 do 54 godine. Sa druge strane i bez obzira na istu tendenciju, razlike između entiteta su očigledne. Tako, u kategoriji žena koje su starije od 70 godina ova razlika je čak iznosila 0,5 djece po ženi, za koliko je i broj djece po ženi u FBiH bio veći nego u RS-u, a sa smanjenjem dobi kohorte žena, razlika također opada po ženi u dobi od 50 do 54 godine i iznosi 0,24 djece po ženi.

Slika 39: Fertilitet kohorte (konačni fertilitet) žena, prema bračnom statusu



Izvor: BHAS, popis 2013. i izračun autora

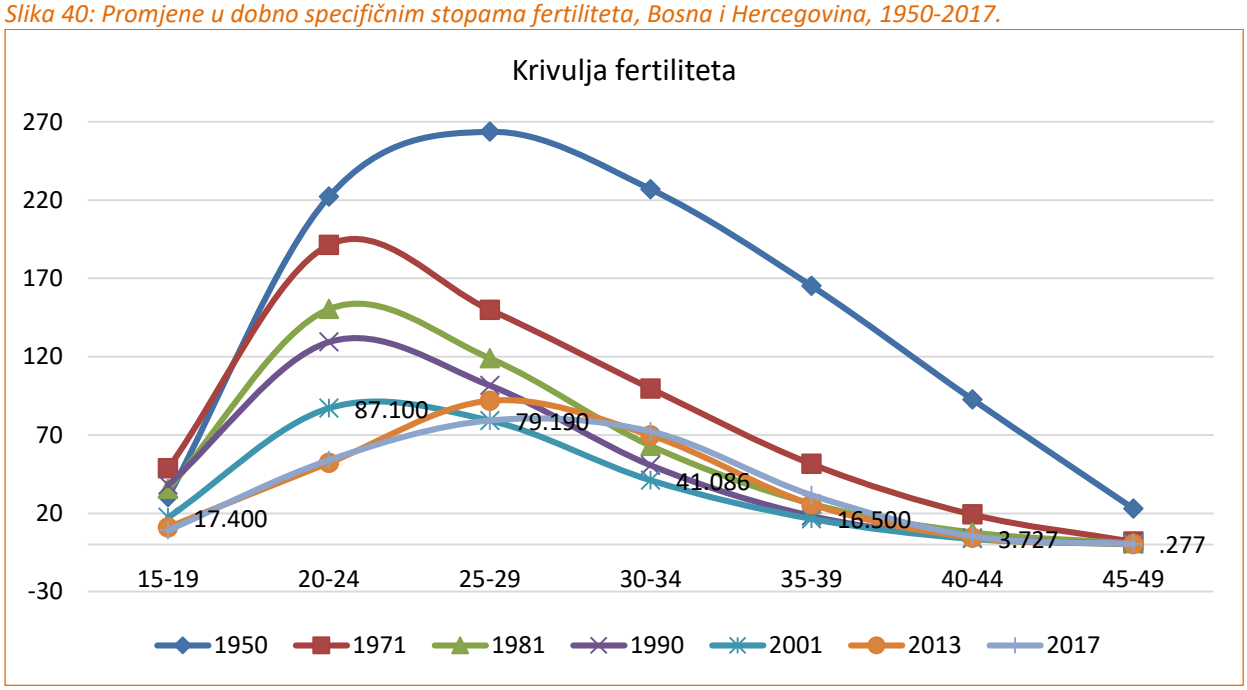
Kada se govori o generacijama žena koje, prema popisu iz 2013. godine, još uvijek nisu završile svoj reproduktivni život, moguće je navesti svega nekoliko opservacija. Više od polovine žena na vrhuncu fertilne faze (20-34) nije imalo živorođeno dijete (52,3%) u vrijeme popisa i dvije trećine žena (65,6%) u svojim dvadesetim godinama nisu imale živorođeno dijete, što jasno ukazuje na trend promjene stope fertiliteta specifičnog za dob. Međutim, prosječan broj djece po ženi se gotovo linearno povećavao sa životnom dobi sa 1,30 po ženi u dobi od 20 do 24 godine do prosječno 2,09 djece po ženi u dobi od 35 do 39 godina. Stoga se može očekivati da bi konačni fertilitet generacija koje su bile u dobi između 15 i 24 godine u toku popisa stanovništva još uvijek mogao iznositi 1,8 djece po ženi, na osnovu trenda pomicanja

rađanja u kasnije godine, locirajući pretežan udio fertiliteta iza tridesete godine života, u okviru ukupnog evropskog trenda „sustizanja fertiliteta“ u svim naprednim maternalnim dobima.

8.2 Fertilitet žena prema dobi

Evolucija dobno specifičnih stopa fertiliteta (slika 40) jasno pokazuje promjene koje su nastale u toku procesa tranzicije. Hiljadu devetsto pedesetih godina su izuzetno visoke stope fertiliteta bile tipične za sve dobne skupine. Zbog pevalencije viših redoslijeda rađanja, najviši specifičan fertilitet je bio u dobnoj skupini od 25 do 29 godina (264 na 1.000 žena). U narednih pedeset godina je došlo do naglog pada u svim dobnim skupinama, ali zatim se fertilitet, prvo kod starijih žena, najvećim intenzitetom smanjivao do hiljadu devetsto sedamdesetih godina. U tom periodu su primat u nivou fertiliteta preuzele žene u dobi od 20 do 24 godine i do dvije hiljaditih je stopa fertiliteta u ovoj skupini bila najviša. Da bi se sagledale razmjere pada fertiliteta, potrebno je znati da su stope fertiliteta u ovoj dobnoj skupini pale u periodu od hiljadu devetsto pedesetih do početka dvije hiljaditih sa 222 na 87 na 1.000 žena, a u toku posljednjih petnaest godina na 54 na 1.000 žena. Do prevrata je došlo upravo u dvije hiljaditim godinama s obzirom da je došlo do povećanja fertiliteta žena u višim dobnim skupinama, čime je u određenoj mjeri nadoknađen pad fertiliteta kod žena u dobnoj skupini od 20 do 24 godine. To je manja nadoknada percipirana na osnovu ukupnog pada živorođene djece sa oko 37.000 na oko 30.000. Od 2013. godine su žene u dobnoj skupini od 25 do 29 godina imale najviše stope fertiliteta (79 na 1.000 žena), što je ipak za 3,3 puta manje nego 1950. godine. Žene u dobi od 30 do 34 godine prate isti obrazac (72 na 1.000 žena), a žene u dobi od 20 do 24 godine se nalaze na trećem mjestu po stopi fertiliteta. Nakon dvije hiljaditih godina došlo je do drastičnog pada stope ukupnog fertiliteta zbog smanjenja fertiliteta u mlađoj dobnoj skupini od 20 do 24 godine s obzirom da se broj živorođene djece prepolovio sa oko 12.000 na 6.000. Također, žene u dobi od 30 do 44 godine imaju veći fertilitet nego što su imale hiljadu devetsto osamdesetih godina, ali je potrebno razumjeti da je to trend u uvjetima ekstremno niskog nivoa ukupnog fertiliteta.

Slika 40: Promjene u dobno specifičnim stopama fertiliteta, Bosna i Hercegovina, 1950-2017.



Izvor: BHAS, 2016; SZS, 1992

Na nivou entitetâ/Brčko distrikta (tabela 8.1) postoji isti model rađanja po dobnim skupinama, pri čemu je najveći fertilitet kod žena u dobi od 25 do 29 godina, dok je fertilitet u dobnoj skupini od 30 do 34 godine veći nego kod žena u dobnoj skupini od 20 do 24 godine. Veće razlike između Federacije BiH i Republike Srpske su očigledno izjednačene. U tim niskim nivoima fertiliteta, stanovništvo Brčko distrikta se ističe sa stopom ukupnog fertiliteta od 1,6 djece po ženi.

Tabela 28: Stope fertiliteta prema dobi

	Federacija BiH		Republika Srpska		Brčko distrikt	
Godina	2013.	2017.	2013.	2017.	2013.	2017.
Opća stopa fertiliteta	36,5	37,5	34,3	37,3	44,8	44,9
15-19	12,1	11,4	10,1	9,4	21,5	21,2
20-24	60,6	53,1	53,8	53,8	76,0	69,2
25-29	88,3	84,2	82,3	86,3	106,0	102,9
30-34	67	72,5	64,1	75,1	76,7	85,7
35-39	25,5	31,3	25,7	32,1	23,8	399,2
40-44	4,7	5,2	4,9	5,5	6,6	6,0
45-49	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3	0,6
Stopa ukupnog fertiliteta	1,293	1,291	1,206	1,314	1,553	1,621

Izvor: Izračun autora na osnovu popisa 2013, Federalni zavod za statistiku, Republički zavod za statistiku i BHAS (Brčko)

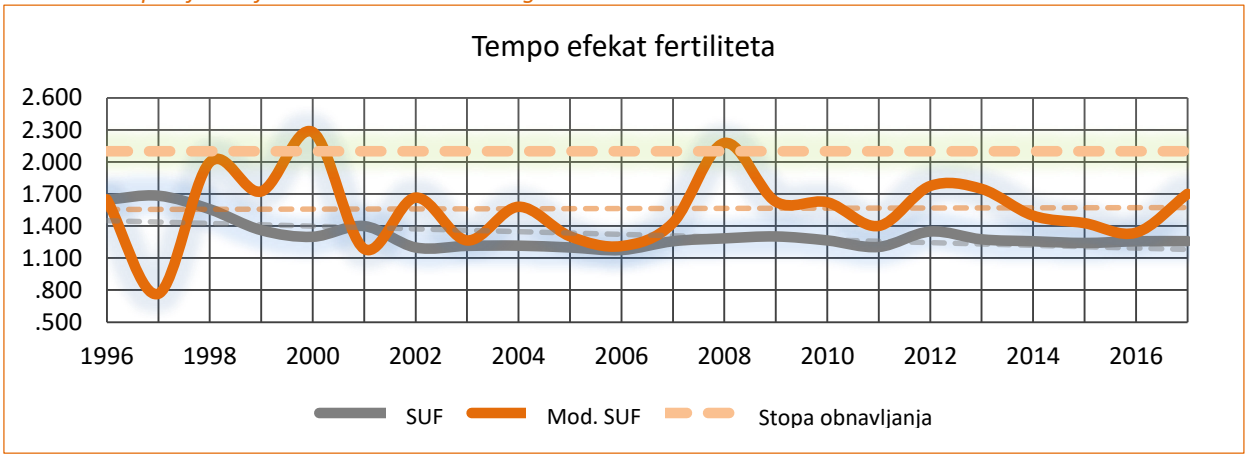
Na osnovu analiziranih trendova se može vidjeti da je u današnjem obliku krivulje fertiliteta bosanskohercegovačkog stanovništva došlo do promjena u njenom vrhu te stoga ima isti oblik kao u evropskim razvijenim zemljama. Očigledno je da se vrh krivulje fertiliteta odražava na rast prosječne dobi žena prilikom porađaja i da otkriva fenomen pomicanja rađanja u kasnije godine koji je prisutan u Bosni i Hercegovini. Prosječna dob majke pri prvom porođaju u BiH je iznosila 22,8 godina 1980. godine, početkom dvije hiljaditih 24,1 godinu i nakon toga u periodu 2004-2017. je brzo povećana sa 24,3 na 27,3 godine.

Efekat tempa fertiliteta – Pomicanje prvog porođaja u kasnije godine je važan uzrok niskog fertiliteta u današnjoj Evropi (Sobotka, 2004). Upravo je to „određivanje vremena“, odnosno tempo fertiliteta (koje se ogleda u pomicanju rađanja), odgovorno za 45% pada stanovništva u EU (Lutz and Skirbekk, 2004). Posljedice pomicanja rađanja u kasnije godine su mnogobrojne, međutim, direktne demografske posljedice u smislu negativnog tempo efekta na kvantum fertiliteta privlače posebnu pažnju. Bongaarts i Feeney (1998) su predstavili metodološki vrlo jednostavan pokazatelj fertiliteta koji predstavlja modifikaciju stope ukupnog fertiliteta u hipotetskim uvjetima ograničenja pomicanja rađanja u kasnije godine (stopa ukupnog fertiliteta prilagođena tempu). Tako, stopa ukupnog fertiliteta prilagođena tempu predstavlja stopu ukupnog fertiliteta koja bi bila primijećena da nije bilo promjena u određivanju vremena rađanja.

U periodu od 1996. do 2017. godine je u Bosni i Hercegovini došlo do pada broja živorođene djece za preko 35% zbog kretanja nivoa stope ukupnog fertiliteta ispod 1,3 djece po ženi u toku najvećeg dijela tog perioda i pomicanja rađanja u kasnije godine. Negativan tempo efekat (slika 41) na kvantum fertiliteta u BiH se kretao od 3% do čak 43% u toku protekle dvije dekade. Zbog toga je tempo efekat bio odgovoran za preko 0,9 djece po ženi u nekim godinama, to jeste, prosječno 0,26 djece manje po ženi na godišnjem nivou, u toku posmatranog perioda. Drugim riječima, tempo efekat je smanjivao kvantum fertiliteta za prosječno

oko 20% na godišnjem nivou, dok je pomicanje rađanja u kasnije godine bilo odgovorno za 32% pada stanovništva u BiH, pri čemu se 68% može direktno pripisati nedovoljnom rađanju. Sa prosječnom stopom ukupnog fertiliteta od 1,31 djece po ženi u toku posmatranog perioda, BiH je zabilježila 0,79 djece ispod nivoa zamjene, od čega se 0,26 može pripisati tempo efektu, što čini 32% ukupnog pada stanovništva.

Slika 41: Tempo efekat fertiliteta u Bosni i Hercegovini



Izvor: Izračun autora na osnovu podataka iz Demografije 2017. BHAS

Na osnovu prethodne analize moguće je reći da je trend budućeg fertiliteta u BiH pod velikim upitnikom. Pretpostavke o budućoj putanji fertiliteta može ići u dva pravca:

a) Što se tiče sadašnjeg trenda, postoji nekoliko dokaza koji sugeriraju da će doći do znatnog porasta fertiliteta. Kao što Kupiszewski, Kupiszewski i Nikitović navode u istraživanju regije Balkana, sa jedne strane, postoje mnogi razlozi za razmatranje pitanja da li će te zemlje zapasti u „zamku niskog fertiliteta“, kao što je to pretpostavio Lutz and Associates 2006. godine. Prema ovoj hipotezi, u populacijama koje su dug period imale nizak fertilitet dolazi do snažnog efekta tri međusobno isprepletena faktora koja mogu zadržati fertilitet na niskom nivou. To su demografski zamah, negativan utjecaj na ekonomiju sve manjih kohorti i proliferacija obrazaca plodnosti u naredne generacije (IOM, 2012). Činjenica je da u Bosni i Hercegovini efekat demografskog zamaha, koji je pod utjecajem daljnjeg smanjenja fertiliteta i posebno optimalnog fertilnog kontingenta (vidi poglavlje 3), može biti pojačan emigracijom. Također, posljedice rata i politička i ekonomska nestabilnost su još uvijek u velikoj mjeri prisutni.

b) Sa druge strane, iako promjene u pristupu braku i porodici slijede trend modernizacije koji je prisutan u svim razvijenim zemljama (vidi poglavlje 9) i kada se dobna ograničenja ulaska u brak i rađanja znatno mijenjaju, studija koja je provedena na većem uzorku u Republici Srpskoj[103]

[103] *Studija koja je provedena u Republici Srpskoj u okviru naučno-istraživačkog projekta „Analiza demografskog stanja i sprovođenje pronalitetnih mjera i aktivnosti u Republici Srpskoj“ pruža osnovu za bliže sagledavanje ove teme u jednom dijelu stanovništva Bosne i Hercegovine. Istraživanjem je obuhvaćeno 1.535 žena u postporođajnom periodu i ono je dalo odgovore vezane za stajališta žena u postporođajnom periodu o planiranju porodice i provođenju pronatalitetnih mjera i aktivnosti. Najveći udio (78,7%) žena u postporođajnom periodu smatra da je presudna motivacija za rađanje djeteta ljubav prema djeci. Apsolutno najveći broj njih (94,2%) je planiralo roditi djecu. Prema stajalištu o rađanju u budućnosti, 68,5% žena u postporođajnom periodu želi imati još djece. Sve žene u postporođajnom periodu koje su rodile troje ili više djece i čak polovina onih koje su rodile drugo dijete ne želi više rađati. Stajalište prevladava (48,5%) da je poželjno roditi troje djece, to jeste, 53,6% smatra da je to optimalan broj djece. Kao najčešći razlog zbog kojeg nije postignut željeni broj djece ispitanice navode sljedeće: loša finansijska situacija (34%), nepoznati razlozi (28,4%), stambeni problemi (11%), zdravstveni razlozi (9,2%) i teškoće u podizanju djece (4%). Kada se radi o njihovim stajalištima vezanim za faktore koji se odnose na smanjen broj rađanja, apsolutno najveći postotak njih (91,1%)*

potvrđuje postojanje važnih indikacija rehabilitacije rađanja. Temelji se na stajalištu većine ispitanika da ne postoje značajne razlike između željenog i optimalnog broja djece. Prema tom stajalištu, troje djece predstavlja optimalan i željeni broj djece kojem se treba težiti. Studija je također potvrdila da razlozi za nerađanje željenog broja djece nisu povezani sa preprekama ekonomske prirode, tako da postoji jasno izražena spremnost za prihvatanje mjera pronatalitetne politike koja bi dovela do rađanja više djece (Marinković, 2014). Time bi se stvorila veća šansa za dinamiku stanovništva koja bi išla u pravcu koji predviđa scenarij srednje varijante perspektiva UN-a (vidi Poglavlje 3).

Postoji osnova za takav stav kada se uzme u obzir nivo fertiliteta u mnogim evropskim zemljama koji bilježi trend određenog rasta. Podaci pokazuju da je u proteklih deset godina, ako ništa drugo, došlo do usporavanja stope fertiliteta u evropskim zemljama. EU-28 već duži period ima vrijednost stope ukupnog fertiliteta od oko 1,6. Posebno je važno to što je u nekoliko proteklih godina zabilježen rast fertiliteta u svim zemljama u kojima se desio najveći pad fertiliteta u toku hiljadu devetsto devedesetih, kao i njegove izuzetno niske vrijednosti. Najbolji primjeri iz regije su Rumunija i Bugarska, koje su se smatrale zemljama koje su doživjele „tranzicijski demografski šok“ sa padom stope ukupnog fertiliteta na nivo od 1,1 do 1,3. Stopa ukupnog fertiliteta u Bugarskoj u proteklim godinama oscilira oko 1,56. U Rumuniji je zabilježen značajan oporavak fertiliteta, s obzirom na to da su vrijednosti čak više, sa 1,64 na 1,71. U Sloveniji, koja je također doživjela drastičan pad fertiliteta, stopa ukupnog fertiliteta u 2017. godini je iznosila 1,62.

Posmatrajući iskustva evropskih zemalja i zemalja regije, nema sumnje da će promjena najveće reprodukcije i dalje ići u smjeru starijih doba. Dob majke pri rađanju se u većini zemalja Evrope kreće između 28 i preko 30 godina. Postoji vrlo malo zemalja gdje je prosječna dob majke ispod 27 godina, a među zemljama regije, u Srbiji ona iznosi 27,8 godina, u Sloveniji 28,8 i u Hrvatskoj 28,6 godina. Imajući na umu stepen pomicanja rađana u kasnije godine i njeno intenziviranje, jasno je da su efekti tempa fertiliteta na kvantum fertiliteta u Bosni i Hercegovini značajni. Nema sumnje da pomicanje rađanja u kasniju dob dovodi do definitivnog gubitka određenog broja rađanja. Ipak, konkretniji zaključci zahtijevaju daljnje istraživanje društvenih normi i usvojenih gledišta o veličini porodice i dobnoj strukturi prilikom sklapanja braka ili rađanja.

8.3 Ka budućem fertilitetu

Shvatanje demografskih faktora, koji su uvijek tijesno povezani sa nizom fenomena koji leže iza fenomena modernizacije društva, ekonomskih ograničenja, individualnih stajališta i ličnih aspiracija, pomaže nam da bolje shvatimo demografske implikacije određenih vrsta kretanja fertiliteta i pravce potrage za adekvatnim društvenim odgovorima i djelotvornim rješenjima. Pomicanje rađanja u kasniju dob, nedovoljan broj rađanja i niske reproduktivne norme izazivaju promjene mnogih demografskih varijabli koje se odnose na fertilitet. Direktna posljedica nedovoljnog rađanja je starenje stanovništva. Tragovi nedovoljnog rađanja ostaju prisutni dugo vremena zbog fenomena demografske inercije, tako da čak i pod uvjetima rasta reprodukcije do nivoa zamjene generacija, pad i starenje stanovništva se nastavljaju kroz određeni period (Rašević, 2008). Prijelaz proaktivnog ponašanja sa optimalne na zrelu dob utječe na nuklearizaciju porodice, pri čemu se zbog „kasnijeg početka“ smanjuje reproduktivni život žene i ona više nije u poziciji da postigne svoju željenu veličinu porodice (Veljović, 2015).

smatra da ekonomski faktori, to jeste, finansijska situacija i zapošljavanje, imaju negativan učinak (Vlada Republike Srpske, 2008; Marinković, 2014).

Imajući to na umu, vitalni dio pitanja fertiliteta se odnosi na pristup države problemima stanovništva. Važno je da li i u kojoj mjeri država nastoji unaprijediti demografsku sliku i pomoći porodici kroz posebne instrumente javnih politika. Važan segment takvih nastojanja je prihvatanje stavova stanovništva o rađanju, planiranju porodice ili populacijske politike. Zvanična statistika BiH, međutim, ne daje skup podataka potreban za istraživanje preferencija stanovništva i jaza između stvarnog i željenog fertiliteta.

Prema sadašnjim saznanjima, vlasti u BiH još uvijek nisu pokrenule pitanje konzistentne strategije u prilog populacijskoj politici u BiH. Ministarstvo rada i socijalne politike Federacije BiH, svjesno problema depopulacije, pripremilo je nacrt pronatalitetnog zakona kako bi konačno uskladilo uvjete za roditelje i djecu u svim kantonima, ali nacrt nije dobio pozitivno mišljenje od strane Ministarstva finansija. U Republici Srpskoj se provode posebne aktivnosti koje funkcioniraju kao poticajne mjere pronatalitetne populacijske politike kroz rad raznih institucija. Savjet za demografsku politiku Republike Srpske, prvobitno formiran pri Kabinetu predsjednika vlade RS-a, danas djeluje pri Ministarstvu porodice, omladine i sporta RS-a. Nadležnosti ovog Ministarstva obuhvataju praćenje demografskih kretanja, predlaganje mjera i praćenje provođenja aktivnosti na unapređenju mjera za poticanje rađanja i planiranje porodice. Na nivou populacijske politike, Ministarstvo porodice, omladine i sporta RS-a je pripremilo nekoliko strategija za zaustavljanje trenda depopulacije, kao što je program za planiranje porodice i poticanje rađanja kroz finansijsku pomoć i niz drugih mjera usmjerenih na djecu. Pripremi strategije je prethodilo sveobuhvatno istraživanje koje su proveli Savjet za demografsku politiku i Ministarstvo porodice, omladine i sporta (Vlada Republike Srpske, 2008); u toku njihovog usvajanja i uzimajući u obzir da predložene mjere zahtijevaju ogromna sredstva, izražena je zabrinutost u pogledu mjere u kojoj će one biti efikasne s obzirom na to da ovise o mogućnostima realizacije programâ.

Vrlo je važno napraviti jasnu razliku između populacijske politike i socijalne politike zato što populacijska politika definitivno ne bi trebala biti socijalna politika. Također, koncept populacijske politike koji pokriva širi spektar područja u kojima je prisutan populacijski faktor i koji ide u pravcu općeg usklađivanja odnosa u društvu, treba se razlikovati od pojma „planiranje porodice“ koji predstavlja daleko egzaktniji koncept koji definira željeni broj djece. U savremeno doba, planiranje porodice nastoji istovremeno postati individualna potreba i društveni zahtjev, ljudsko pravo i obaveza prema društvu, snažna mjera prevencije i stil života, faktor individualne svijesti i svijesti o društvenoj reprodukciji (Rašević, 1999).

Potrebno je napomenuti da se u novijim istraživanjima sve više postavlja pitanje da li je nizak fertilitet uistinu problem. Zaključeno je da postoje brojni ekonomski efekti niskog fertiliteta, da umjereno nizak fertilitet i populacije koje se smanjuju pogoduju boljem životnom standardu i da nizak fertilitet nije ozbiljan ekonomski izazov (Lee, Mason, 2014). Efekat niskog fertiliteta na broj radnika i poreskih obveznika je kompenziran većim ulaganjima u ljudski kapital, jačajući produktivnost radnika (Lee, Mason, 2010). Vrlo nizak fertilitet nema negativan utjecaj na javne finansije u zemljama niskog dohotka, s obzirom da su javni programi za osobe starije životne dobi prilično ograničeni i da starije osobe plaćaju porez. Međutim, kao što Lee i Mason (2014) ističu, fiskalni pritisak na javne programe usljed starenja stanovništva je stvaran i bitan. Ako stope fertiliteta ostanu ispod nivoa zamjene generacija, što je slučaj u mnogim zemljama, bit će potrebna veća prilagođavanja javnih programa i zakonom određene dobi odlaska u penziju. Međutim, odgovori nisu tako jednostavni i ne mogu biti istovjetni za zemlje niskog i visokog dohotka, s obzirom da mnogi faktori određuju ekonomske efekte niskog fertiliteta.

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- U BiH se prijelaz sa visokih stopa nataliteta na izuzetno niske desio u prilično kratkom vremenu. Bosna i Hercegovina je u grupi zemalja sa „najnižim niskim fertilitetom".
- Dinamika stope ukupnog fertiliteta eksplicitno pokazuje promjene u reproduktivnom ponašanju žena i fertilitet je danas ispod potrebe za jednostavnom reprodukcijom stanovništva.
- Pomicanjem rađanja u kasnije godine povećava se prosječna dob žena pri rađanju, nedovoljan broj rađanja i niske reproduktivne norme izazivaju promjene mnogih demografskih varijabli koje se odnose na fertilitet.
- Postoji smanjenje viših redova rađanja i promjene u strukturi živorođene djece po redu rađanja, što odražava promjene u reproduktivnim normama.
- Promjene u stopi fertiliteta dio su šireg društvenog konteksta i pod utjecajem su cijelog niza faktora povezanih sa stepenom modernizacije i sekularizacije koji utječe na gledišta o reprodukciji na više nivoa, kroz usvajanje novih društvenih normi i novih vrijednosnih sistema, kontrolu rađanja, kontinuirano obrazovanje, povećanje stepena obrazovanja, povećanu zaposlenost i emancipaciju žena.

9. Transformacija braka, domaćinstva i porodice

Društvene promjene ka modernizaciji su povezane sa značajnim promjenama u partnerstvu, braku i strukturi porodice. Tranzicija je počela prije svega u zemljama Evrope i Sjeverne Amerike nakon takozvanog „zlatnog doba“ univerzalnosti braka hiljadu devetsto šezdesetih godina, kada je velika većina odraslih osoba stupila u brak relativno rano, što se vremenski podudaralo sa reproduktivnim životom žena. Tranzicija fertiliteta sa viših na niže nivoe rađanja je već bila završena. Nuklearna porodica se sastojala od roditelja sa djecom i zamijenila je proširenu porodicu paralelno sa procesima deagrarizacije, urbanizacije i industrijalizacije.

Sredinom dvadesetog vijeka su se desile daljnje promjene porodičnih modela skupa sa promjenama vezanim za postindustrijsku fazu, povećanu zaposlenost žena i promjene normi i vrijednosti. Centar porodice je prešao sa roditeljstva na partnerstvo, a nekadašnji altruizam koji je predstavljao dominantan vrijednosni okvir predanosti djeci i porodici zamijenjen je novim obrascima vrijednosti, obilježenim individualizmom, samoostvarenjem, hedonizmom i slično (Bobić: 7). Umjesto dominantnog modela nuklearne porodice koja se sastoji od bračnog para sa djecom, došlo je do povećanja raznih oblika porodice, kao što su samohrane porodice, razdvojene porodice u kojima roditelji imaju zajedničko staranje o djeci, porodice bez djece, itd. (Draganović, 2016: 105).

U tim procesima koji su naročito prisutni u razvijenim društvima sjeverozapadne hemisfere, partnerstvo i rađanje su razdvojeni. Ulazak u bračnu ili izvanbračnu zajednicu nije direktno povezan sa početkom reprodukcije niti sa ukupnim fertilitetom. Dok je sredinom hiljadu devetsto šezdesetih godina pad stopa nataliteta predstavljao posljedicu kontrole fertiliteta u braku, kasnije je to bila više posljedica promjena u obrascima partnerstva koje su se manifestirale kao pad stanovništva u formalnom braku. U nekim zemljama je došlo do povećanja udjela izvanbračnog fertiliteta u ukupnom fertilitetu (Bobić, 2003: 7).

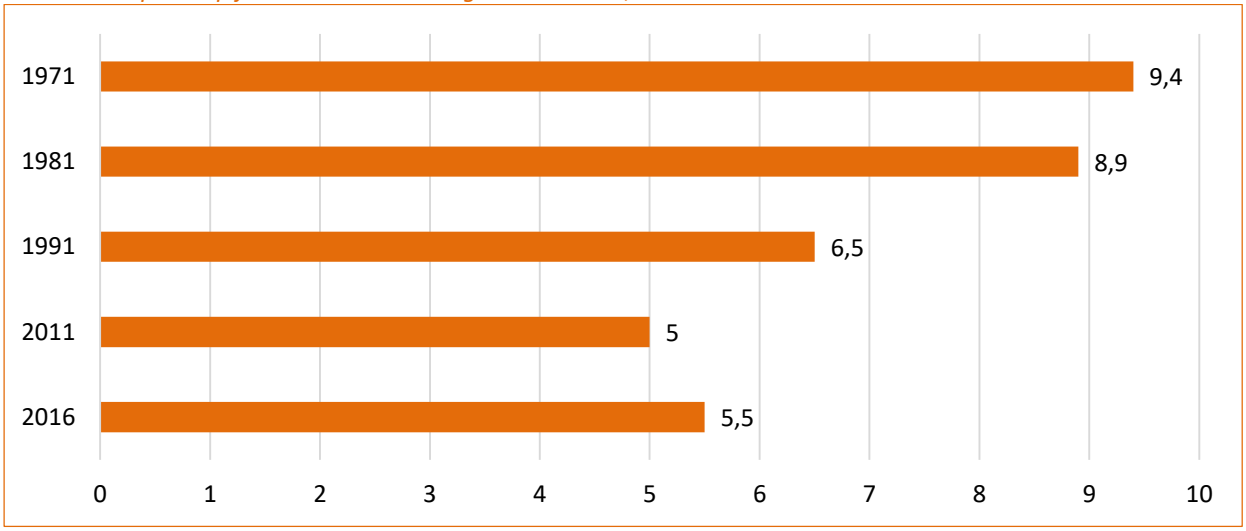
Regiju Zapadnog Balkana karakteriziraju odgođeni procesi gore opisanih transformacija, to jeste, povećanje udjela neformalnih bračnih zajednica nije predstavljalo značajan fenomen. Stoga su zemlje ove regije bile sličnije zemljama Jugoistočne Evrope (Italija, Španija i Grčka). Neformalne zajednice su bile prisutne u nekim manjinskim etničkim populacijama u kojima su običajni brakovi bili široko rasprostranjeni (Ibidem). Međutim, sa procesima postsocijalističke tranzicije, ali i pod utjecajem destruktivnih efekata ratnih sukoba i produbljenih kriza, došlo je do slabljenja i smanjenja tradicionalnih proširenih porodica, kao i savremenih nuklearnih porodica (Draganović, 2016: 114).

U ovom poglavlju su predstavljeni trendovi promjena u sklapanju i razvodu braka, karakteristike braka, promjene u strukturi porodice i maloljetnički brakovi.

9.1 Stope zaključivanja braka i njegove karakteristike

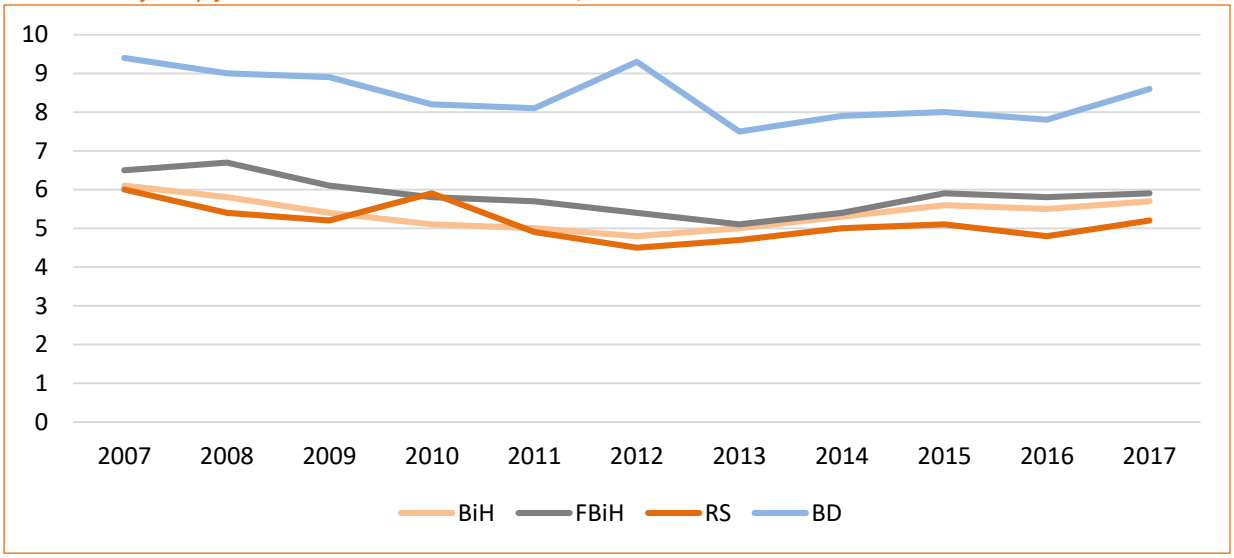
Podaci o bračnim i izvanbračnim zajednicama ukazuju na model koji ne slijedi u potpunosti globalne trendove u Evropi i Sjevernoj Americi. Stopa sklapanja braka je u opadanju (slika 42), ali ovaj trend ne prati znatno povećanje izvanbračnih zajednica. Kao što je prikazano na slici u nižem tekstu, stopa sklapanja braka na hiljadu stanovnika je pala sa 9,4 u 1971. na 5,5 u 2016. godini. Primjećuje se znatno viša stopa sklapanja brakova na nivou Brčko distrikta nego u entitetima, dok je u RS-u gotovo konstantno najniža.

Slika 42: Stopa sklopljenih brakova u toku godine[104] u BiH, 1971-2016.



Izvor: Statistički godišnjak Bosne i Hercegovine 1992, Biro za statistiku, Sarajevo, 1994, Demografija 2016, Tematski bilten, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2017.

Slika 43: Broj sklopljenih bakova na 1.000 stanovnika, 2007-2017.



Izvori: Demografija 2017, Tematski bilten, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2019, (http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2019/DEM_00_2017_TB_0_HR.pdf) Statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine 2018, Federalni zavod za statistiku FBiH, Sarajevo, 2019: (https://docs.google.com/gview?url=http://fzs.ba/wp-content/uploads/2020/01/Godisnjak2019.pdf), Statistički godišnjak Republike Srpske 2018, Republički zavod za statisitku RS, Banja Luka, 2019: (https://www.rzs.rs.ba/static/uploads/bilteni/stanovnistvo/BiltenDemografskaStatistika_2019_WEB.pdf), Demografija u Brčko distriktu BiH 2006-2010, 2010-2014, 2013 - 2018 godina, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Brčko, 2018: (http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2019/BRC_07_2018_TB_0_BS.pdf).

[104] *Broj sklopljenih brakova na 1.000 stanovnika.*

Uprkos padu stopa sklopljenih brakova, podaci iz popisa stanovništva iz 2013. godine pokazuju da najveći dio stanovništva još uvijek živi u formalnom braku (tabela 9.1). Što se tiče populacije u dobi od 15 i više godina, malo više od jedne četvrtine nije nikad sklopilo brak, preko jedne polovine je u braku i udio razvedenih osoba na nivou BiH iznosi 3,4%, uz nešto veći udio u Brčko distriktu nego u entitetima. Svaka deseta osoba u BiH je udovac/udovica, dok je udio u ovoj kategoriji najviši u FBiH.

Tabela 29: Stanovništvo u dobi od 15 i više godina prema zakonskom bračnom stanju, 2013. u %

Bračno stanje	BiH	FBiH	RS	BD
Nikad nije zaključio/la brak	27,2	27,1	27,4	25,5
Oženjen/udana	58,9	59,9	57,0	59,5
Razveden/a	3,4	3,2	3,6	4,6
Udovac/udovica	10,5	9,8	12,0	10,4
Ukupno	100	100	100	100

Izvor: Agencija za statistiku BiH, podaci iz popisa[105]

Udio stanovništva koje živi u kohabitaciji među ukupnom populacijom u dobi od 15 i više godina je iznimno nizak: na nivou BiH on iznosi 2,3% uz male razlike između entiteta i Brčko distrikta (u FBiH 1,9%, RS 2,6%, i BD 2,7%).

Nedostaje dublja analiza obrazaca partnerstva, karakteristike formalnih i neformalnih zajednica i njihova distribucija među određenim društvenim grupama u BiH. Teško je razumjeti na osnovu zvaničnih statističkih podataka ko i zašto zaključuje formalni brak, a ko odlučuje živjeti u izvanbračnoj zajednici. Također, da li je kohabitacija uvod u brak ili alternativni oblik zajednice. Imajući na umu zapažanja međunarodnih naučnika, razlike između braka i izvanbračne zajednice se mogu odraziti u raznim dimenzijama: stabilnost odnosa i predanost, kvaliteta odnosa, ekonomska sigurnost, fertilitet i saradnja. Razni istraživači su zaključili da većina osoba koje žive u izvanbračnoj zajednici očekuje da će sa partnerom/partnericom zaključiti brak, ali bez obzira na visoke nivoe predanosti, izvanbračne zajednice su nestabilne u razvijenim zemljama Carr, 2009b, citirano iz UNICEF 2015). Generalno, izvanbračna zajednica je uobičajenija među parovima nižeg socioekonomskog statusa i neka istraživanja pokazuju da je za partnere u izvanbračnoj zajednici ekonomska nesigurnost ključni faktor koji blokira donošenje odluke o sklapanju braka (npr. Smock, Manning i Porter, 2005, citirani iz UNICEF, 2015). Osobe koje žive u izvanbračnoj zajednici su manje zadovoljne svojim odnosom nego što su to osobe koje žive u braku. Međutim, u nekim zemljama se na izvanbračnu zajednicu gleda više kao alternativni oblik braka nego kao na alternativu braku (Švedska), uz puno manje razlika između parova koji su u braku i onih koji nisu (uključujući i visok nivo fertiliteta) (UNICEF, 2015). Na osnovu postojećih podataka je moguće pretpostaviti da je u BiH izvanbračna zajednica više uvod u formalni brak nego alternativni model kao što je u Švedskoj, ali zaključak nije moguće izvući bez daljnjeg istraživanja.

Razlike su primjetne između urbanih i drugih sredina (tabela 9.2) koje se ogledaju u visokom udjelu osoba koje su u formalnom braku i nižem udjelu osoba koje nikad nisu zaključile brak ili koje su razvedene, u regijama koje nisu urbane.

[105] http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=1

Tabela 30: Struktura stanovništva prema bračnom stanju i vrsti naselja, 2013, u %

	Nikad nisu bili u braku	Oženjeni/udane	Razvedeni/ razvedene	Udovac/ udovica	Ukupno
Urbano	27,8	57,0	4,5	10,7	100
Drugo	26,6	60,4	2,5	10,5	100

Izvor: Popis stanovništva 2013.

Prosječna dob sklapanja prvog braka u BiH je povećana od 1996. do 2017. godine za oko 2,4 godine za žene (sa 24,2 na 26,6) i za 1,8 godinu za muškarce (za 27,7 na 29,5) (Agencija za statistiku BiH, 2017b: 87). U RS-u je prosječna dob žena koje prvi put sklapaju brak povećana u toku perioda 2003-2017. [106] za 2,3 godine (sa 24,7 na 27,0) i muškaraca za 1,9 godina (sa 28,3 na 30,2 godine) (Republički zavod za statistiku RS, 2018a). U FBiH, osobe sklapaju brak u nešto ranijoj dobi. Žene su u 2017. godini u prosjeku imale 25,5 godina kada su prvi put sklopile brak (1,3 godine više nego u 2003), a muškarci su imali 28,3 godine (0,7 godina više nego u 2003) (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017c). U Brčko distriktu ljudi u prosjeku prvi put sklapaju brak kasnije – prosječna dob nevjeste je 2017. godine iznosila 29 godina, a mladoženje 32 godine (2,1 odnosno 2,2 godine više nego 2004) (Agencija za statistiku BiH, 2018c).

Među osobama koje su zaključile brak u 2017. u Republici Srpskoj, velika većina (88% i za muškarce i za žene) je zaključila brak prvi put, dok je to bio drugi brak za 10,8% muškaraca i 11,1% žena i treći brak za 1,2% muškaraca i 0,8% žena. Udio osoba koje su zaključile prvi brak u FBiH je bio nešto veći (90,3% među muškarcima i 91,8% među ženama), dok je 8,9% mladoženja i 7,7% nevjesta zaključilo brak po drugi put, a 0,8% mladoženja i 0,5% nevjesta po treći i svaki naredni put (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2018).

Najčešće kombinacije prema nivou obrazovanja nevjeste i mladoženje u RS-u u 2017: 49,6% osoba koje zaključuju brak imaju završenu srednju školu, zatim, u 12,8% parova oboje ima završen fakultet, u 11,3% parova je nevjesta imala završen fakultet, a mladoženja završenu srednju školu, u 5,9% parova je mladoženja imao završen fakultet, a nevjesta završenu srednju školu, što je rjeđa kombinacija, dok 20,4% otpada na druge kombinacije (Republički zavod za statistiku RS, 2018a).

BiH ima veće stope sklapanja brakova u toku godine od prosjeka EU (5,6 u odnosu na 4,4 u 2015 [107]). Međutim, u Evropi su stope sklopljenih brakova nekim zemljama drugačije i kod njih su stope znatno niže. Tako je u Italiji stopa u 2017. iznosila 3,2, u Portugalu 3,3 i u Španiji 3,7. Sa druge strane, zemlje koje uglavnom pripadaju bivšem socijalističkom bloku imaju relativno visoke stope sklapanja braka, kao što su Litvanija (7,5), Latvija (6,8) ili zemlje u najjužnijem dijelu EU (Kipar sa 6,8 i Malta sa 6,3) (Eurostat)[108].

9.2 Stope razvoda i njegove karakteristike

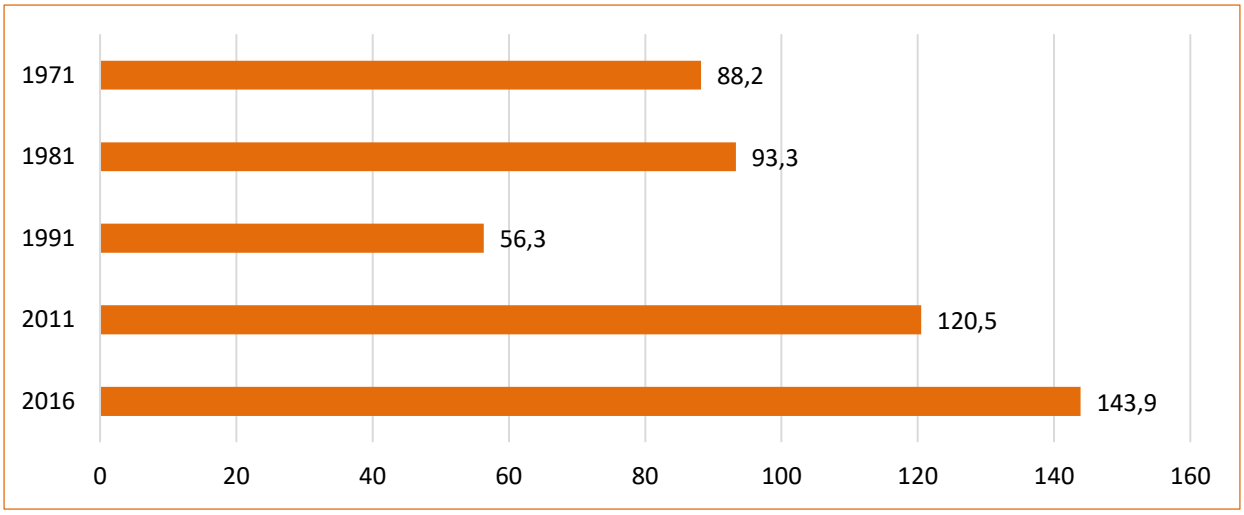
Stope sklapanja braka su u opadanju, a stope razvoda su u porastu. Osim prekida inače konstantnog trenda rasta stope razvoda 1991. godine (u periodu posebne društvene krize odmah prije rata), primjetan je porast broja razvoda na 1.000 brakova, sa 88,2 u 1971. na 143,9 u 2016. godini na nivou BiH (slika 44).

[106] https://www.rzs.rs.ba/front/category/2/132/?&add=None

[107] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Marriage_and_divorce_statistics, *Demografija, BHAS, 2017.*

[108] https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf

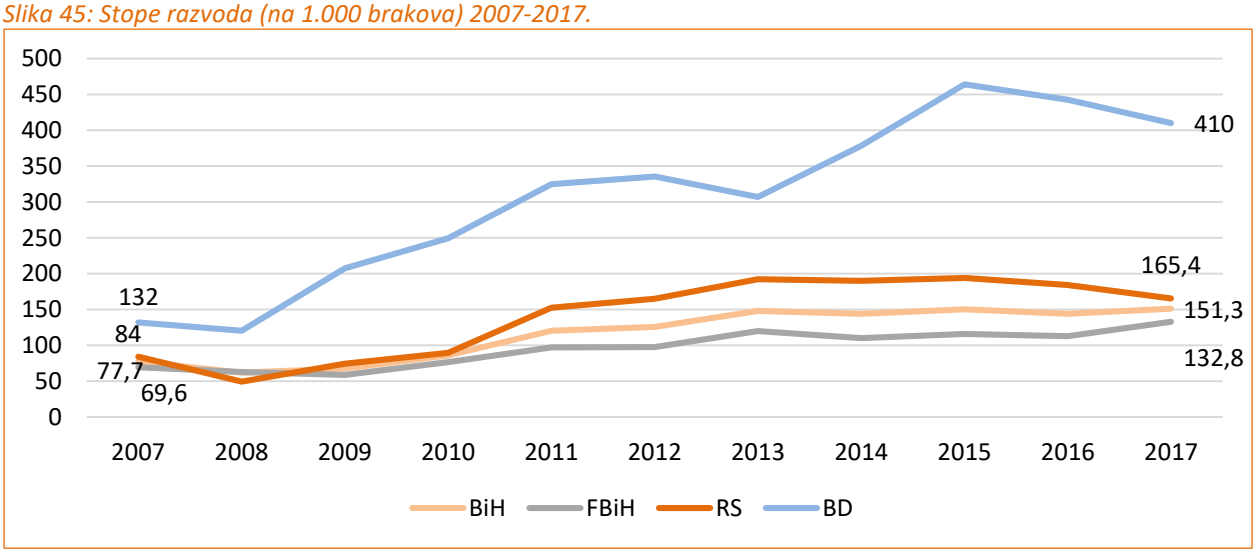
Slika 44: Stopa razvoda (na 1.000 brakova) u BiH



Izvor: Statistički godišnjak Bosne i Hercegovine 1992, Biro za statistiku, Sarajevo, 1994, Demografija 2016, Tematski bilten, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2017.

Trendovi se razlikuju između entiteta i Brčko distrikta. Na početku perioda 2007-2017. razlika između FBiH i RS-a je bila mala, ali se u kontinuitetu povećavala, dok je u Brčko distriktu stopa najviša i drastično se povećala, u poređenju sa entitetima, do kraja tog perioda – u poređenju sa RS-om u 2016. godini, bilo je 258 razvoda na 1.000 brakova više, a u poređenju sa FBiH, 329 razvoda više.

Slika 45: Stope razvoda (na 1.000 brakova) 2007-2017.



Izvor: Demografija 2017, Tematski bilten, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Sarajevo, 2017, Statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine 2017, Federalni zavod za statistiku FBiH, Sarajevo, 2017. Za RS autori su izračunali na osnovu podataka iz Statističkog godišnjaka Republike Srpske 2018, Republički zavod za statistiku Republike Srpske, Banja Luka, 2017, Demografija u Brčko distriktu BiH 2006-2010, 2010-2014, 2013 - 2017 godina, Agencija za statistiku Bosne i Hercegovine, Brčko, 2018.

Podaci pokazuju da osobe koje zaključuju brak kasnije u životu kasnije se razvode. U RS-u je u 2017. godini prosječna dob muškaraca prilikom razvoda bila 42,7 godina, što je povećanje za 3,3 godine u poređenju sa

2004. godinom. Prosječna dob žena prilikom razvoda je bila 39,2 godine, što je povećanje za 3,1 godinu (Republički zavod za statistiku RS, 2018a). Prosječna dob muškaraca prilikom razvoda u 2017. godini u FBiH je bila 40,8 godina, a žena 37 godina, što, u poređenju sa 2013. godinom, predstavlja povećanje i za muškarce i za žene za 1,7 godina (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017c).

U prosjeku, brakovi traju duže, tako da je u FBiH prosječno trajanje braka do razvoda u 2013. godini iznosilo 10,5 godina, a u 2017. godini 11,4 godine (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017c). U RS-u je 23,6% razvedenih brakova u 2017. godini trajalo kraće od 5 godina i 76,4% duže od pet i više godina (Republički zavod za statistiku RS, 2018a).

Većina bračnih parova koji su se razveli u 2013. godini je imala jedno ili više djece (52,3%), dok je u 2017. godini taj postotak bio nešto niži – u FBiH 49,6% (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017c) i u RS-u 47,7%[109] (Republički zavod za statistiku RS, 2018a). Starateljstvo nad djecom se najčešće dodjeljuje majci (u FBiH u 72,7% slučajeva i u RS-u u 75% slučajeva). Očevima se starateljstvo nad djetetom rjeđe dodjeljuje (u 22,2% slučajeva u FBiH i u 18,9% slučajeva u RS-u), a najrjeđa je kategorija zajedničkog starateljstva (u 4,7% slučajeva u FBiH i u 5,1% slučajeva u RS-u).

Zbog nedostatka istraživanja porodice, partnerstava, uključujući i razvode, teško je znati razloge osim primijećenih promjena u obrascima razvoda i faktora koji na njih utječu. Može se pretpostaviti da su djelomično povezani sa općim trendovima modernizacije, individualizacije, veće slobode u izboru partnera i mogućnosti, ali sa jedne strane se može pretpostaviti da bi problemi povezani sa postratnim društvom i nepovoljnim socioekonomskim razvojem također mogli oblikovati opisane obrasce razvoda.

9.3 Struktura domaćinstava i porodica

Privatno domaćinstvo se sastoji od osoba koje stanuju u istoj stambenoj jedinici, uključujući i osobe koje žive same ili grupe nepovezanih ljudi, pri čemu ta stambena jedinica nije institucija (Eurostat, 2015). Porodica je grupa koja se sastoji samo od para koji živi u bračnoj ili izvanbračnoj zajednici ili roditelja (oba ili jednog) i njegove djece. Dijete (biološko, usvojeno ili pastorak) jeste osoba koja, bez obzira na starost ili bračni status, živi u domaćinstvu sa jednim ili oba roditelja, pod uvjetom da nema supružnika ili izvanbračnog partnera ni vlastito dijete u tom domaćinstvu (Agencija za statistiku BiH, 2018d: 19).

Primjetne su promjene u veličini i strukturi domaćinstava i porodica. U periodu nakon Drugog svjetskog rata je prosječna veličina domaćinstava pala sa 5,2 na 3,1 člana (tabela 9.3).

Tabela 31: Broj i prosječna veličina domaćinstava u BiH, 1948-2013.

Domaćinstva	1948.	1953.	1961.	1971.	1981.	1991.	2013.
Broj	498.116	565.212	706.107	848.545	1.030.689	1.207.098	1.155.736
Prosječna veličina	5,1	5,0	4,6	4,4	4,0	3,6	3,04

Izvor: Agencija za statistiku BiH, popis stanovništva 2013.

Među entitetima postoje određene razlike: najmanja prosječna veličina domaćinstva je registrirana popisom stanovništva 2013. godine u RS-u (2,85 članova), nešto je veća u FBiH (3,09 članova) i najveća u

[109] *Izračunato u odnosu na broj razvedenih brakova za koje su postojali podaci o broju djece.*

Brčko distriktu (3,11 članova). Osim toga, prosječna veličina domaćinstava u urbanim područjima je manja od prosječne veličine domaćinstava koja žive u drugim područjima (2,82 u odnosu na 3,24) (Agencija za statistiku BiH, popis stanovništva 2013).

U poređenju sa EU u 2010. godini (posljednji dostupni podaci za nivo EU), prosječna veličina domaćinstava u BiH je bila veća: 3,04 u odnosu na 2,4 (Eurostat). U poređenju sa zemljama regije, najsličnija je Crnoj Gori sa prosječnom veličinom domaćinstava 3,13 u 2015. godini, dok je veća prosječna veličina domaćinstava registrirana u Sjevernoj Makedoniji (3,69) i Turskoj (3,46) (Eurostat[110]).

Dvočlana domaćinstva su u 2013. godini bila najbrojnija (tabela 9.4). Udio jednočlanih domaćinstava je najveći u RS-u, a udio višečlanih domaćinstava (sa pet ili više članova) u Brčko distriktu.

Tabela 32: Domaćinstva prema broju članova, 2013, u %

Domaćinstva prema broju članova	BiH	FBiH	RS	BD
Jednočlana	18,8	17,6	20,9	19,7
Dvočlana	24,0	23,4	25,0	23,7
Tročlana	20,1	20,8	19,0	18,1
Četveročlana	20,7	21,7	19,0	20,0
5 i više članova	16,5	16,6	16,1	18,6
Ukupno	100	100	100	100

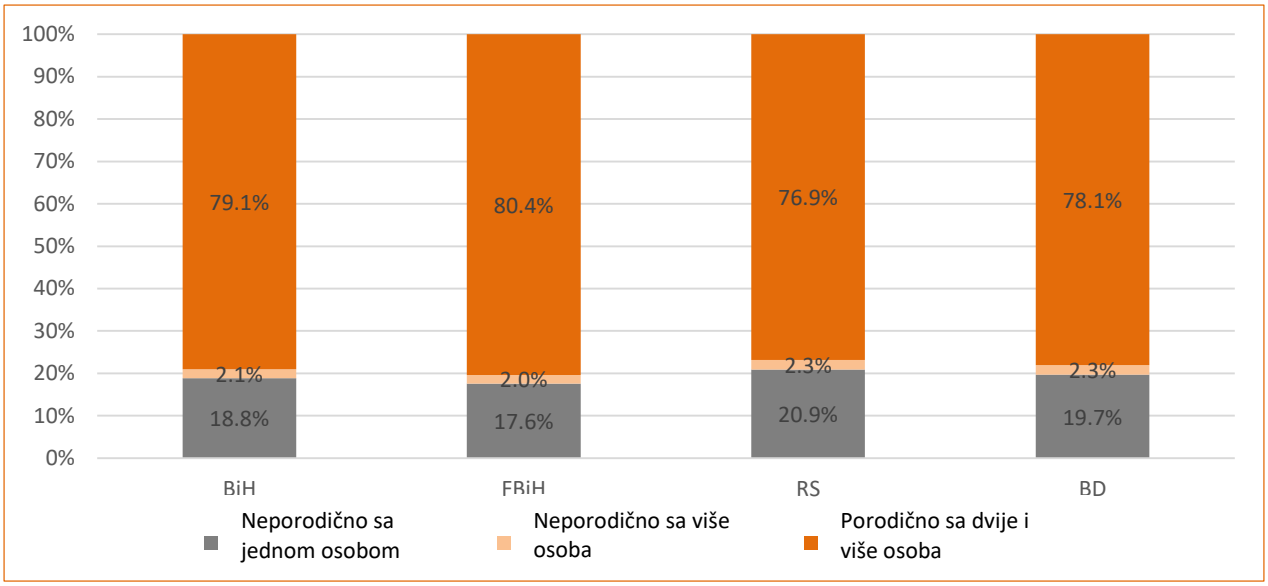
Izvor: Popis 2013. http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=3

Podaci o strukturi domaćinstava i porodica u BiH ostavljaju dojam o društvu u tranziciji koje je izašlo iz tradicionalne faze u kojoj su dominirala veća domaćinstva sa jednom ili više porodica i prešlo u moderna, manja domaćinstva, pri čemu je povećan udio domaćinstava bez porodice i udio domaćinstava od jedne porodice. Sa druge strane, ova situacija je daleko od postmodernih društava u kojima većinu domaćinstava čine ona u kojima članovi nisu u porodičnom odnosu. Podaci iz popisa provedenog u državama članicama EU pokazuju da na nivou EU-28 u 2011. godini jednočlane i dvočlane porodice bez djece čine gotovo dvije trećine ukupnog broja domaćinstava (po 31,6%) (Eurostat, 2015). Domaćinstva sa više porodica su bila manje zastupljena. Tako, domaćinstva sa tri člana su učestvovala sa 16,6% u ukupnom broju domaćinstava, domaćinstva od četiri člana sa 13,9%, dok je udio domaćinstava sa većim brojem porodica, sa pet i više članova, bio izuzetno nizak – 4,4%.

U poređenju sa tom situacijom, BiH još uvijek pokazuje znatno manji udio domaćinstava koja se sastoje od jednočlanih ili dvočlanih porodica – 42,8% (u poređenju sa 63,2% u EU-28), kao i znatno viši udio domaćinstava koja se sastoje od više porodica (tročlana i četveročlana domaćinstva) i domaćinstava koja se sastoje od 5 i više članova.

[110] https://ec.europa.eu/eurostat/search?p_auth=8FWKSTBt&p_p_id=estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_action=search&text=Household+characteristics+by+type+of+household

Slika 46: Domaćinstva sa i bez porodice, 2013, u %



izvor: Agencija za statistiku BiH, popis stanovništva 2013.

U BiH, uz manje razlike među porodicama u entitetima i Brčko distriktu, prevladava klasična nuklearna porodica koja se sastoji od bračnog para sa jednim ili više djece (tabela 9.5). Međutim, u poređenju sa popisom iz 1991. godine, pad udjela ove vrste porodice je očigledan, uz porast udjela bračnih parova bez djece ili samohranih roditelja.

Tabela 33: Porodice prema strukturi, 1991. i 2013, u %

Vrsta porodice	1991.	2013.			
	BiH	BiH	FBiH	RS	BD
Bračni par bez djece	19,9	26,3	25,5	27,9	27,6
Izvanbračna zajednica bez djece	-	0,9	0,7	1,2	1,0
Bračni par sa djecom	68,9	56,0	58,0	52,4	54,5
Izvanbračni par sa djecom	-	1,0	0,8	1,4	1,0
Majka sa djecom	9,2	12,8	12,2	13,8	12,4
Otac sa djecom	2,0	3,0	2,8	3,4	3,5
Ukupno	100	100	100	100	100

Izvor: BiH 1991 – Državni zavod za statistiku BiH, Porodice u Republici BiH, popis stanovništva 2013: Agencija za statistiku BiH.

U poređenju sa EU-28 u 2011. godini, udio neformalnih partnerstava među porodicama u BiH je daleko manji (1,9 u odnosu na 12,6 u EU), dok je udio jednoroditeljskih porodica sličan prosjeku u EU (udio samohranih majki u EU je bio 13,4%, a samohranih očeva 2,6%) (Eurostat 2015).

Istraživanje samohranih roditelja u tri zapadnobalkanske zemlje (BiH, Crna Gora i Srbija) je ukazalo na težak položaj ove vrste porodica. Samohrani roditelji, koji često sami izdržavaju porodicu, suočavaju se ne samo sa teškim finansijskim i neadekvatnim životnim uvjetima, nego i sa nedovoljnom institucionalnom podrškom. Kako nisu u stanju osloniti se na institucije, oni razvijaju svoje, privatne strategije, pa tako, naprimjer, žive u proširenoj porodici. Ako su zaposleni, suočavaju se sa intenzivnim sukobom uloga (Blagojević, Hughson, 2012).

Prema zapažanjima iz sličnog istraživanja provedenog u Srbiji, samohrane majke se nalaze u nepovoljnijem položaju nego samohrani očevi zbog općenito goreg položaja na tržištu rada, slabijeg materijalnog stanja, nižih primanja i slično. (Tomanović, Ljubičić, Stanojević, 2014).[111]

9.4 Rani brak

Rani brak (sklopljen prije navršene osamnaeste godine života) se smatra ogromnom preprekom humanom razvoju, čak i povredom ljudskih prava maloljetnica, što sve dovodi do njihove socijalne isključenosti. Prema porodičnim zakonima FBiH i RS, brak ne može sklopiti osoba koja nije navršila 18 godina života, ali je sklapanje braka moguće sa navršenih 16 godina života pod određenim okolnostima. Međutim, zakonom nije moguće djelotvorno kontrolirati domene neformalnosti i neformalni brak koji je moguć i prije nego što osoba navrši 16 godina života. Prakse neformalnih brakova su posebno rasprostranjene u romskim zajednicama, a granice i ograničenja koja takva praksa postavlja na život maloljetnica su jednako štetni kao i u slučaju formalnog postojanja braka.

Zvaničnim statističkim podacima nije adekvatno obuhvaćena prevalencija ranih brakova u stanovništvu zbog fokusa na sklopljene brakove i ograničenih mogućnosti prikupljanja informacija u neformalnim naseljima u kojima je život ispod standarda i u kojima živi populacija sa najvećom prevalencijom maloljetničkih brakova. Prema Agenciji za statistiku BiH, na nivou BiH su brakovi sa nevjestama mlađim od 15 godina vrlo rijetki – 1996. i 1997. godine su sklopljena 24 braka sa nevjestom mlađom od 15 godina, ali nakon tog perioda je bilo svega jedan do dva takva braka godišnje. Od 2012. godine u zvaničnoj statistici nije zabilježen niti jedan takav brak. Broj brakova zaključenih sa nevjestom mlađom od 15 godina je čak rjeđi – 15 u 1996. i 13 u 1997. godini, a nakon toga samo dva u periodu 1998-2016. (Agencija za statistiku BiH, 2016b). Stoga su istraživanja višestrukih pokazatelja izvor podataka koji omogućavaju bolje praćenje ranih brakova, a posebno zbog toga što su tim istraživanjima obuhvaćene i izvanbračne zajednice. Nažalost, posljednje takvo istraživanje je provedeno 2011. godine, tako da se podaci trebaju uzimati sa oprezom. Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja koje je provedeno 2011. godine, rani brakovi još uvijek relativno prevladavaju u općem stanovništvu, ali ipak više među ženskim osobama nego muškarcima. Svaka deseta ženska osoba u dobi od 20 do 49 godina se udala prije navršenih 18 godina. Prevalencija brakova sklopljenih prije navršenih 15 godina je niska, ali ipak prisutna u FBiH i RS-u.

Podaci pokazuju da rani brakovi predstavljaju važno pitanje u romskim naseljima. Između 10% i 20% maloljetnica romske nacionalnosti je zaključilo brak prije navršenih 15 godina, ovisno o mjestu prebivališta u entitetima ili Brčko distriktu. Gotovo dvije trećine maloljetnica koje žive u romskim naseljima u Brčko distriktu je zaključilo brak prije navršenih 18 godina, gotovo polovina maloljetnica u romskim naseljima u FBiH i 43% u RS-u. Prevalencija ranih brakova među maloljetnim muškarcima u romskim naseljima je daleko niža nego među maloljetnicama i punoljetnim ženskim osobama, što ukazuje na veliku starosnu razliku među supružnicima.

[111] *Tomanović, S, Ljubičić, M, Stanojević, D. (2014) Jednoroditeljske porodice u Srbiji. Sociološka studija, ISIFF, Čigoja, Beograd.* https://www.researchgate.net/publication/280088744_Jednoroditeljske_porodice_u_Srbiji

Tabela 34: Prevalencija ranih brakova

Jedinica	Brak zaključen prije navršenih 15 godina među ženskim osobama u dobi 15-49	Brak zaključen prije navršenih 18 godina među ženskim osobama u dobi 20-49	Brak zaključen prije navršenih 15 godina među muškarcima u dobi 15-49	Brak zaključen prije navršenih 18 godina među muškarcima u dobi 20-49
Opće stanovništvo				
FBiH	0,4	9,9	0,2	0,8
RS	0,6	8,2	0,0	0,1
BD	0,0	11,3	0,2	0,4
Romska naselja				
FBiH	15,0	48,2	4,0	20,2
RS	11,2	43,3	3,7	16,3
BD	19,7	63,9	4,7	40,7

Izvor: UNICEF, MICS BiH 2011-2012: 95-96, MICS BiH Romska naselja 2011/2012: 90-91

Rani brakovi više prevladavaju u ruralnoj populaciji, među osobama sa završenom samo osnovnom školom i osobama u siromašnijim kvintilima bogatstva. Podaci o ranim brakovima u romskim naseljima ukazuju na snažnu tradiciju koja se vremenom ne mijenja. Naime, ne postoje velike razlike u prevalenciji ranih brakova među romskim ženama iz raznih generacija. U najstarijoj dobnoj skupini (45-49) prevalencija brakova sklopljenih prije navršenih 18 godina je bila 48,8%, dok je u najmlađoj dobnoj skupini (20-24) prevalencija iznosila 49,2%. Prevalencija je daleko niža među ženama sa završenom srednjom školom ili fakultetom – 19,4% u poređenju sa 49,3% žena sa završenom osnovnom školom i 58,9% žena bez formalnog obrazovanja. Prevalencija je najveća u najsiromašnijem kvintilu bogatstva (61,4% u poređenju sa 39,7% u najbogatijem kvintilu bogatstva) (UNICEF, 2013b: 90).

KLJUČNA ZAPAŽANJA

Podaci ukazuju na procese transformacije braka, domaćinstva i porodice u toku posljednjih dekada sa tradicionalnih oblika i obrazaca na moderne, ali još uvijek ne postmoderne kao u mnogim savremenim i razvijenim zemljama EU i Sjeverne Amerike. Te procese obilježavaju:

- Smanjene stope zaključenih brakova i pomicanje tranzicije na (prvi) brak, ali još uvijek uz nizak nivo kohabitacije kao neformalne partnerske zajednice.
- Povećana stopa razvoda, ali i duže trajanje braka prije razvoda, uz prosječno stariju populaciju koja se razvodi.
- Smanjenje razvoda parova sa djecom, ali kontinuirano veći udio starateljstva nad djecom dodijeljenog majkama, što je alarmantan znak u pogledu socioekonomske ranjivosti porodica čiji su nosioci samohrane majke.
- Smanjenje prosječne veličine domaćinstava koja prelaze sa proširenih domaćinstava sa više od jedne porodice na domaćinstva koja se sastoje od jedne porodice i domaćinstva bez porodice (posebno samačka domaćinstva)
- Prevalencija ranih brakova je u opadanju, ali još uvijek predstavlja prevladavajući fenomen u populaciji koja živi u romskim naseljima, čime se podriva dobrobit i potencijal za humani razvoj dječaka, posebno djevojčica koje u ranoj dobi sklapaju brak po disproporcionalno višim stopama.

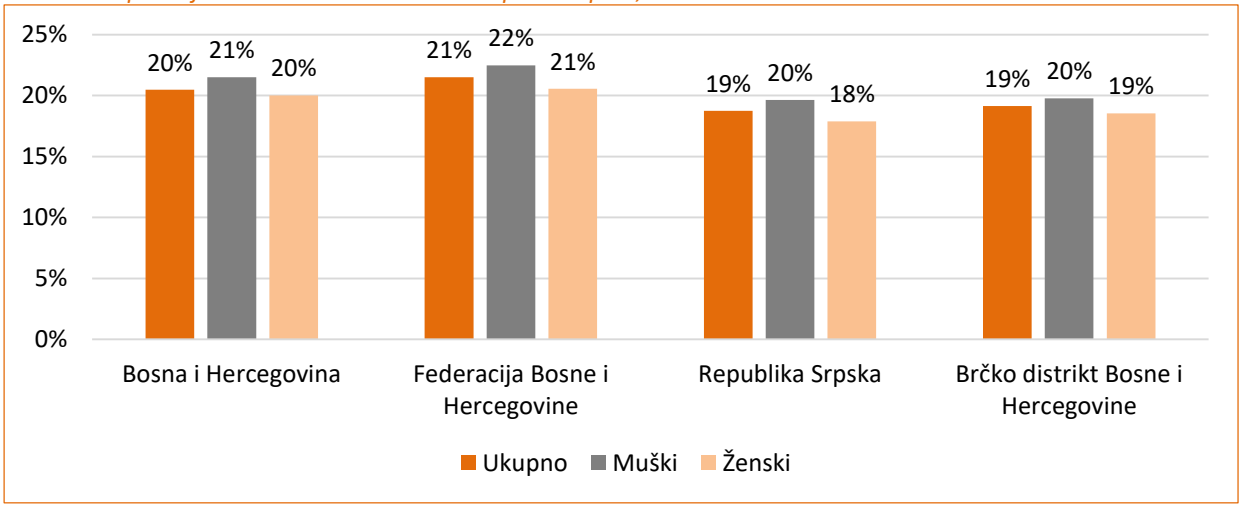
10. Stanje glavnih populacijskih grupa

10.1 Populacija mladih

Osnovna analiza u ovom poglavlju je usmjerena na mlade koji obuhvataju dobne skupine u fazi života između djetinjstva i odrasle dobi (15-29). Međutim, dio ovog poglavlja (10.2) je posvećen djeci i ranom rastu i razvoju s obzirom da je bitno znati kako izgledaju prethodne faze života koje definiraju kasnije mogućnosti mladih da ostvare blagostanje. Mladi su specifična dobna skupina sa specifičnim društvenim karakteristikama. Koncept mlade populacije je društvena konstrukcija kojom se naglašavaju društvene karakteristike mladih kao dobne skupine i generiran je kao proizvod modernog doba i civilnog društva. Kroz ulaganje u djecu i mlade društvo ulaže u vlastitu budućnost, čime osigurava kontinuitet napretka. Život mladih u savremenom društvu je pod velikim utjecajem društvenih promjena koje se javljaju na tržištu rada, promjena društvenih sistema, krize neoliberalnog režima, procesa evropskih integracija i pada socijalističkih sistema. Iako formalno obrazovanje predstavlja osnovu za društveni položaj, ono nije dovoljno u savremenom društvu s obzirom da zahtijeva konstantno prilagođavanje novim vještinama za kojima postoji potražnja na tržištu rada (Tomanović, 2015:7).

Prema popisu stanovništva iz 2013. godine, u BiH ima ukupno 723,116 mladih u dobi od 15 do 29 godina i oni su 2013. godine činili 20,5% stanovništva BiH (slika 47).

Slika 47: Populacija mladih u BiH u dobi 15-29 prema spolu, u %



Izvor: Popis stanovništva u BiH, BHAS, 2013.

Društvo u Bosni i Hercegovini, osim prepreka koje utječu na druga globalna društva, suočava se sa nizom drugih prepreka – postsocijalistička tranzicija u poslijeratnom društvu, nedovoljno razvijena ekonomija, društvena i politička nestabilnost koja utječe na sve građane i posebno na populaciju mladih koja je društveno i statusno marginalizirana.

10.1.1 Rani rast i razvoj

Važan parametar kvalitete života i zdravlja u ranom rastu i razvoju je ishrana djeteta. Studije istraživanja višestrukih pokazatelja u periodu 2011-2012. (MICS 2013a: 16) su bazirane na standardima Svjetske zdravstvene organizacije za nutritivni status djece.[112] Prekomjerna tjelesna težina djece najveći je problem u smislu nutritivnog statusa, s obzirom da svako šesto dijete u BiH mlađe od pet godina (17,4%) ima prekomjernu tjelesnu težinu na osnovu studija istraživanja višestrukih pokazatelja (u FBiH 17,7%, u RS-u 16,4% i u Brčko distriktu 17,3%). Prekomjerna tjelesna težina se povećava sa nivoom obrazovanja majke i bogatstvom domaćinstva, tako da 21,8% djece majki sa višim ili visokim obrazovanjem ima prekomjernu tjelesnu težinu.

Pothranjenost je daleko manje rasprostranjena. Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja, 1,6% djece mlađe od pet godina u BiH je pothranjeno (2% u FBiH i 0,4% u RS-u). Svako jedanaesto dijete mlađe od pet godina (8,9% na nivou BiH, 9,9% u FBiH, 6,4% u RS-u i 1,4% u Brčko distriktu) ima manju tjelesnu težinu od minimalne pretpostavljene težine za njegovu dob, dok je 4% djece zakržljalo. Parametri također pokazuju da 2,3% djece u BiH ima nisku masu na visinu (2,6% u FBiH, 1,7% u RS-u i 1,3% u Brčko Distriktu). [113]

Jedan od potciljeva održivog razvoja se odnosi na smanjenje mortaliteta djece i unapređenje njihovog zdravlja. Imunizacija ima ključnu ulogu u postizanju ovog cilja. [114] Podaci pokazuju da je obuhvat djece koja su primila BCG vakcinu, prvu dozu vakcine protiv poliomielitisa i vakcine protiv difterije, tetanusa i velikog kašlja relativno visok (preko 90%), ali postoji primjetan pad kod djece koja su primila drugu i treću dozu vakcine protiv dječije paralize i vakcine protiv difterije, tetanusa i velikog kašlja (MICS, 2013a: 30). Slična je situacija i sa vakcinacijom protiv hepatitisa B, ali je obuhvat djece imunizacijom protiv ospica, parotitisa i rubeole do navršenih 18 mjeseci nedovoljan – on iznosi 79,9% u BiH, to jeste, 79,3% u FBiH i 82,1% u RS-u. MICS procjenjuje da postotak djece koja su sudjelovala u svim procesima imunizacije koje preporučuju UNICEF i Svjetska zdravstvena organizacija iznosi 68,0% u BiH, 67,0% u FBiH i 71,6% u RS-u (Ibid: 30).

Isključivo dojenje u toku prvih 6 mjeseci života predstavlja vitalan faktor zaštite djece od infekcija i najbolji je izvor svih potrebnih nutritivnih sastojaka za djecu koji su neophodni za psihofizički razvoj. Međutim, svega oko 19% djece mlađe od 6 mjeseci u BiH je hranjeno isključivo majčinim mlijekom. U FBiH svega 15% djece je hranjeno isključivo majčinim mlijekom, dok je taj postotak u RS-u znatno viši i iznosi 32% djece tog uzrasta. Ne postoje zabilježene razlike u isključivom dojenju prema spolu djeteta.

Blagovremeno uvođenje čvrste hrane u ishranu je važno za razvoj djeteta i sprečavanje pothranjenosti. Prema istraživanju višestrukih pokazatelja (MICS 2011/2012), 71% dojenčadi uzrasta od 6 do 8 mjeseci u BiH dobiva čvrstu i polučvrstu hranu. Među dojenčadi koja se trenutno hrani majčinim mlijekom taj postotak iznosi 64% i 79% među dojenčadi koja se ne hrane majčinim mlijekom.[115]

---

[112] Također i standardi WHO za rast djeteta. Vidi: http://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/technical_report_2.pdf

[113] Podaci za Brčko distrikt nisu predstavljeni zato što je poduzorak djece u posmatranom ukupnom uzorku mali, zbog čega nisu bili mogući statistički zaključci.

[114] Prema smjernicama UNICEF-a i Svjetske zdravstvene organizacije, dijete bi do navršene prve godine trebalo primiti BCG vakcinu (zaštita od tuberkuloze), tri doze vakcine protiv difterije, tetanusa i velikog kašlja, tri doze vakcine protiv dječije paralize, tri doze vakcine protiv hepatitisa B (HepB) i vakcinu protiv opsica (morbila).

[115] Podaci na nivou Brčko distrikta nisu prikazani zato što je poduzorak djece u posmatranom uzorku bio mali, zbog čega nije bilo moguće izvesti statističke zaključke.

Metode podizanja djeteta predstavljaju važan segment u ranom rastu i razvoju. Podaci iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) pokazuju da je 55,2% djece uzrasta od 2 do 14 godina bilo izloženo nekom obliku nasilnih disciplinskih metoda primijenjenih od strane roditelja ili drugih članova domaćinstva. U FBiH je taj procent iznosio 58,7%, a u RS-u 47,9% (Ibid:86). Čak je 42,1% u BiH bilo izloženo psihološkom nasilju, to jeste, 44,7% u FBiH i 37,0% u RS i 25,4% u Brčko distriktu.

Fizičko kažnjavanje se još uvijek puno koristi. U BiH je 39,6% djece bilo izloženo ovom obliku nasilja (44,2% u FBiH, 29,6% u RS-u i 35,5% u Brčko distriktu). Ova studija pokazuje da 13,8% ispitanika vjeruje da je opravdano djecu fizički kažnjavati. Nenasilnu metodu podizanja djece koristi 34,2% roditelja u BiH (44,2% u RS-u, 42,1%% u Brčko distriktu i 29,5% u FBiH). Dječaci su više izloženi fizičkom kažnjavanju nego djevojčice (44,3% u odnosu na 34,4%), kao i djeca koja žive u domaćinstvima čiji nosilac nema nikakvo obrazovanje, u poređenju sa domaćinstvima čiji nosilac ima srednje ili visoko obrazovanje.

Pohađanje organiziranih programa učenja u ranom djetinjstvu doprinosi boljoj spremnosti djece za osnovnu školu i razvoju djeteta. Međutim, kao što je pokazano u poglavlju 2.3.3, nivo upisa djece u ustanove za predškolski odgoj i obrazovanje u bilo kojem obliku organiziranog obrazovanja je nizak.

Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS), preko polovine djece uzrasta do 5 godina u FBiH (51,3%) ima tri i više knjiga, dok je postotak takve djece u RS-u nešto viši (66,4%), a u Brčko distriktu on iznosi 66,7%. Svega polovina djece uzrasta do 5 godina u FBiH ima dvije ili više igračaka, 72,0% u RS-u i 76,6% u Brčko distriktu. Djeca čiji su roditelji obrazovaniji imaju više knjiga (73,1%) nego djeca čiji roditelji imaju nizak nivo obrazovanja (40%), dok razlike u posjedovanju igračaka nisu povezane sa nivoom obrazovanja (Ibid:74).

Prema podacima iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS), 96,4% djece uzrasta od 36 do 59 mjeseci u BiH je bilo na putu razvoja (98,3% u RS-u i 95,6% u FBiH), mjereno indeksom ranog rasta i razvoja djeteta koji mjeri razvoj numeričke pismenosti, motorike, društveni i emocionalni razvoj (Ibid: 76). Djeca čije majke imaju završeno više ili visoko obrazovanje postigla su viši nivo razvoja u domenu numeričke pismenosti.

10.1.2 Obrazovanje

Istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS) za period 2011-2012. pokazuju da je u BiH stopa pismenosti među mladim ženama i muškarcima (u dobi od 15 do 24 godine) na zadovoljavajućem nivou, sa 99,3% pismenih žena i 99,9% pismenih muškaraca (MICS 2013a :77).

U školskoj 2017/2018. godini je 282.614 djece upisano u osnovnu školu u BiH (49% djevojčica i 51% dječaka), što je u poređenju sa prethodnom školskom godinom manje za 5.115 učenika, to jeste, za 1,8% (Statistika obrazovanja, 2018:1). Podaci za školsku 2012/2013. godinu pokazuju visoku stopu upisa djece iz općeg stanovništva u osnovnu školu (97,6%), ali puno nižu stopu za romsku djecu (69,3%) (MICS, 2013b: 56). Stopa završenog osnovnog obrazovanja u BiH iznosi 92%, ali je ona niža za djecu koja žive u ruralnim sredinama (89%) u poređenju sa djecom u urbanim područjima (97%) (IMICS 2012: 90).

Što se tiče srednjih škola, u školskoj 2017/2018. godini je upisano 124.148 učenika (50% djevojčica i 50% dječaka), što je u poređenju sa prethodnom godinom manje za 2.676 ili 2,1% učenika (Statistika obrezivanja, 2018:1). Primjetan je opadajući trend upisa učenika u osnovne i srednje škole. Upis u srednje škole u školskoj 2017/2018. godini je iznosio 87,4% u BiH i 54,0% učenika je redovno završilo srednju školu,

dok se 24,0% srednjoškolaca jedne generacije nastavlja obrazovati na univerzitetima (Godišnji izvještaj o razvoju 2017, 2018:48). Stopa pohađanja srednje škole u poređenju sa osnovnom školom u toku školske 2012/2013. godine je iznosila 92% i svega 22,6% u romskoj populaciji (MICS, 2013b: 57). Slabiji materijalni položaj domaćinstava znači niži nivo upisa djece u srednju školu (među najsiromašnijim, on iznosi 84%).

Prema podacima iz 2017. godine koji se odnose na rano napuštanje obrazovanja u BiH, 5,1% mladih u dobi od 18 do 24 godine ima do dva završena razreda srednje škole, dok taj postotak u zemljama EU-28 iznosi 10,6%. Postotak mladih koji su napustili obrazovanje u 2017. godini je bio veći među mladićima (5,3%), dok je među djevojčicama iznosio 4,8%. Ovi podaci ukazuju na novi trend u pogledu perioda od 2010. do 2016. godine u kojem je stopa napuštanja obrazovanja bila veća među djevojčicama (Godišnji izvještaj o socijalnoj inkluziji 2017, 2018:11). Sljedeći razlozi su navedeni kao primarni zbog kojeg mladi napuštaju osnovno i srednje obrazovanje i odustaju od nastavka školovanja: teška materijalna situacija, prebivalište u udaljenim ruralnim područjima, nedovoljna svijest roditelja o potrebi za obrazovanjem djece i nedovoljna motiviranost za obrazovanjem ili učenjem.

Najugroženije kategorije djece u pogledu pristupa obrazovanju su one sa posebnim potrebama, djeca povratnici iz evropskih zemalja prema sporazumu o readmisiji i djeca romske nacionalnosti. Prema podacima iz popisa stanovništva iz 2013. godine, 12,583 stanovnika BiH se izjasnilo Romima.[116] Djeca iz romske populacije vrlo rijetko pohađaju programe predškolskog odgoja i obrazovanja. Svega 81 dijete iz romske populacije je bilo upisano u ustanove predškolskog odgoja i obrazovanja u školskoj 2015/2016. godini, u osnovnom obrazovanju u istom periodu je bilo 1.842 romske djece i svega 112 romske djece u srednjem obrazovanju, dok je samo sedmero djece iz te populacije bilo upisano na univerzitet (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2017:2).

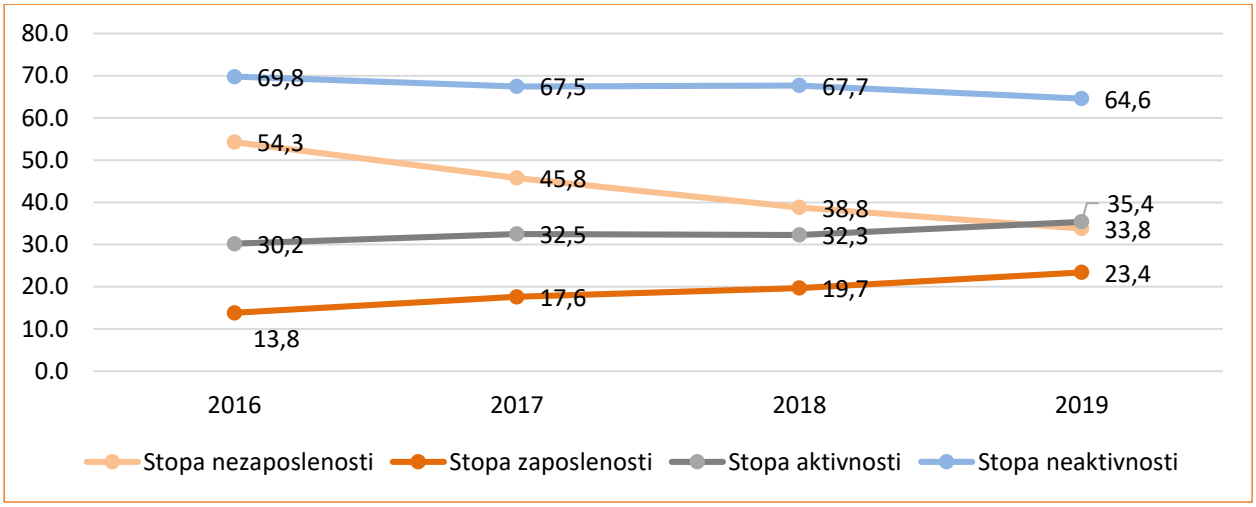
Prateći trend upisa mladih na univerzitete, primijećeno je da je ovaj trend u opadanju iz godine u godinu. U školskoj 2014/2015. godini je bilo ukupno 108.008 upisanih učenika, od čega 53.355 ženskih osoba i 42.224 muškarca (Agencija za statistiku BiH, 2016). Godinu dana nakon toga je 105.299 učenika bilo upisano, u školskoj 2016/2017. godini su 100.333 učenika bila upisana, u školskoj 2017/2018. godini je 93.987 učenika bilo upisano, od čega 35.906 muških i 47.020 ženskih osoba (Agencija za statistiku BiH, 2018). Omjer muškaraca i žena upisanih na univerzitete se nije promijenio u nekoliko proteklih godina, pri čemu se ženske osobe češće upisuju na univerzitet nego muškarci, u oba entiteta.

10.1.3 Tržište rada i siromaštvo među mladima

Većina mladih (15-24) nije aktivna na tržištu rada, što nije iznenađujuće imajući na umu činjenicu da se mnogi još uvijek obrazuju. Međutim, kada se posmatraju podaci o osnovnim pokazateljima tržišta rada (slika 48), jasno je da su oni koji uđu na tržište rada u ugroženom položaju za razliku od starije populacije. Njihov položaj na tržištu rada je obilježen niskom stopom zaposlenosti, iako postoje određene pozitivne tendencije koje su zabilježene u periodu 2016-2019.

[116] Usljed činjenice da je popis stanovništva proveden 2013. godine i da romska populacija često migrira, ne raspolažemo preciznim podacima o broju romske djece koji bi bili neophodni da bismo zaključili koji je postotak romske populacije uključen u obavezno osnovno obrazovanje u BiH. Stoga su predstavljeni podaci u apsolutnim brojevima.

Slika 48: Stope aktivnosti, zaposlenosti, nezaposlenosti i neaktivnosti za populaciju u dobi 15–24 u BiH u periodu od 2016. do 2019.



Izvor: Anketa o radnoj snazi, 2018.

Stopa zaposlenosti mladih je bila viša u Brčko distriktu (48,7%) nego u FBiH (39%) i RS-u (23,8%) (Anketa o radnoj snazi, 2018: 40-42).

Kada se stopa nezaposlenosti mladih u BiH uporedi sa stopom nezaposlenosti u drugim zemljama regije, može se vidjeti da je ona niža samo u Sjevernoj Makedoniji.

Tabela 35: Stopa nezaposlenosti populacije u dobi 15-24 u zemljama Jugoistočne Evrope

Zemlja	Stopa nezaposlenosti		
	2015.	2016.	2017.
Albanija	39,80	36,50	31,90
Bosna i Hercegovina	62,30	54,30	45,80
Sjeverna Makedonija	47,30	48,20	46,70
Crna Gora	37,60	35,90	31,70
Srbija	43,20	34,90	31,90

Izvor: Praćenje napretka, Vijeće za regionalnu saradnju: https://www.rcc.int/seeds/results/1/see2020-progress-tracker

U 2018. godini je svega 15% mladih bilo zaposleno na puno radno vrijeme, dok je 23% izjavilo da rade privremeno ili na pola radnog vremena (Turčilo, 2019). Kada se radi o preprekama zapošljavanju sa kojima se mladi suočavaju, izdvojili su nedostatak radnog iskustva i nepoznavanje ljudi koji bi im pomogli da pronađu posao. Neusklađenost između obrazovnih sistema i potražnje na tržištu rada u BiH predstavlja problem, tako da prema mišljenju ispitanika, mala je mogućnost zaposlenja čak i nakon završetka obrazovanja. Mladi navode i nepostojanje kontakata i veza, činjenicu da ne pripadaju niti jednoj političkoj stranci, kao i nedostatak finansijskih sredstava da bi platili zaposlenje, što su također uzroci njihove nezaposlenosti (UNDP, 2017: 99). Oni ne naglašavaju stručnost, sposobnosti i kvalifikacije kao vodeći faktor koji bi im omogućio zaposlenje (Turčilo, 2019: 101). Većina mladih (68,9%) preferira zaposlenje u javnom sektoru (Turčilo, 2019: 42). To je uglavnom posljedica veće dohodovne sigurnosti u javnom sektoru, ali to može ograničiti kapacitete za razvoj poduzetništva. Presudan faktor za prihvatanje određenog radnog mjesta bi za gotovo polovinu ispitanika bili iznos plaće (45,4%), stabilnost radnog mjesta (30%), dok bi svega 15% ispitanika dala prednost zadovoljstvu na poslu (Žiga, 2015: 62-63).

Nezaposlenost ima ozbiljne posljedice po ekonomski položaj mladih. Oni su izloženi većim rizicima od siromaštva i socijalne isključenosti i ostaju dug period ekonomski zavisni od svojih roditelja. Populacija mladih u BiH vidi nezaposlenost kao ključni problem u 87,3% slučajeva, dok je povećanje siromaštva odmah iza nezaposlenosti, sa 81,9% slučajeva (UNDP, 2017: 32). Relativna stopa siromaštva[117] u BiH je u 2015. godini iznosila 16,9%, a postotak siromašnih je bio najveći u starosnoj kategoriji od 15 do 35 godina, među ženama (21,3%) i muškarcima (26,4%) (Agencija za statistiku BiH, 2018e: 90). Siromaštvo kao posljedica nezaposlenosti, ekonomske krize, političke nestabilnosti u zemlji, kao i nemogućnosti mladih da sebi priušte adekvatne stambene uvjete, dovelo je do većeg rasta alarmantnog fenomena emigracije visoko kvalificirane populacije, nazvane „odlivom mozgova“, sa kojim se društvo suočava već dug period i koji podriva ljudske resurse za dugoročniji razvoj (Godišnji izvještaj o razvoju 2017, 2018: 20).

10.1.4 Seksualno i reproduktivno zdravlje populacije mladih

Obrazovanje mladih u oblasti seksualno odgovornog ponašanja i reproduktivnog zdravlja predstavlja jedan od načina unapređenja zdravlja stanovništva i ono je neophodno da bi se podigla svijest i ojačala primarna prevencija u cilju otklanjanja faktora zdravstvenih rizika.

Kao što je opisano u poglavlju 4.3, većina mladih žena je upoznata sa metodama kontracepcije, ali je upotreba kontracepcijskih sredstava na niskom nivou. Podaci iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) pokazuju da su gotovo sve mlade žene u dobi od 20 do 24[118] (99,8%) i od 25 do 29 godina (99,7%) upoznate sa savremenim metodama kontracepcije. Međutim, veliki udio mladih žena (20-24) ne koristi niti jednu metodu kontracepcije (64,4%), dok je ovaj postotak za žene u dobi od 25 do 29 godina nešto niži i iznosi 55,5%. Obje dobne skupine od savremenih metoda kontracepcije uglavnom koriste kondome. 8,2% žena u dobi od 25 do 29 godina koristi kondome, dok je učestalost korištenja kondoma kod djevojaka u dobi od 20 do 24 godine 3,4% (MICS, 2013a). Kao što je prikazano u poglavlju 4.2.1, neispunjena potreba za kontracepcijom je najveća među mladim ženama (UNICEF, 2013a). Kao posljedica nedovoljne upotrebe kontracepcije, abortusi su česti te time preuzimaju funkciju kontracepcijskog sredstva.

---

[117] Prag relativnog siromaštva je definiran količinom koja je jednaka 60% srednjeg ekvivalenta potrošnje domaćinstava. Za računanje ekvivalentne veličine domaćinstva, izmjereno brojem odraslih osoba, korištena je modificrana OECD-ova skala ekvivalencije.

[118] Podaci za djevojke u dobi od 15 do 19 godina nisu na raspolaganju jer ih je bilo vrlo malo u uzorku, zbog čega nije bilo moguće analizirati podatke za njih.

Mladima je potrebno seksualno obrazovanje kako bi dobili odgovarajuće informacije i stekli vještine i motivaciju za donošenje odgovornih odluka o svom seksualnom i reproduktivnom zdravlju. To obrazovanje podrazumijeva precizne informacije o humanom razvoju, anatomiji i reproduktivnom zdravlju, kao i informacije o kontracepciji, rađanju i spolno prenosivim bolestima, uključujući i HIV. Studije su pokazale da mladi ne raspolažu sistematskim znanjem niti znanjem o reproduktivnom i seksualnom zdravlju. Prema istraživanju provedenom u 2017. godini, prosječna ocjena znanja mladih o spolno prenosivim bolestima, metodama zaštite od neželjene trudnoće i od spolno prenosivih bolesti je bila 5,41 na skali od 0 do 10. Mladi postižu niže rezultate za odgovore na pitanja o spolno prenosivim bolestima i metodama zaštite od neželjene trudnoće, dok su rezultati bolji kada se govori o općem poznavanju reproduktivnog zdravlja. Žene postižu bolje rezultate iz znanja o reproduktivnom zdravlju nego muškarci, posebno kada se radi o općem znanju, spolno prenosivim bolestima i metodama zaštite od neželjene trudnoće. Znanje o reproduktivnom zdravlju se povećava sa dobi i nivoom obrazovanosti ispitanika. Najčešći izvor informacija u ovoj oblasti je internet (79,6%), dok su nastavnici u školi na četvrtom mjestu (39,3%). Gotovo svi ispitanici smatraju da je reproduktivno zdravlje potrebno podučavati u školi, dok više od dvije trećine ispitanika smatra da o tome trebaju učiti u osnovnim i srednjim školama. Što se tiče izvora informacija, teško je govoriti o konzistentnom i ocijenjenom znanju, pa bi bilo izuzetno važno da ova oblast bude formalizirana kroz obrazovni sistem.[119]

10.1.5 Društveni život mladih

Slobodno vrijeme je jedna od determinanti razvoja i ne djeluje u potpunosti neovisno, zbog čega se izražava dualno: kao prostor u kojem se interakcije između osobe koja odrasta i njene sredine preklapaju i prostor za razvoj identiteta i samoostvarenja“ (Bašić et al., 1993: 132). Prema istraživanju mlade populacije u Bosni i Hercegovini koje je provedeno u 2014. i 2018. godini, 83,5% mladih provodi slobodno vrijeme na internetu (Žiga et.al, 2015:103) i kao što je studija za 2018/2019. pokazala, taj trend se nastavlja i postotak se povećao na 85,4% (Turčilo, et.al, 2019:15). Mladi ljudi najčešće koriste društvene mreže, prije svega, Facebook, njih 85,4%. Osim interneta, populacija mladih popunjava svoje slobodno vrijeme raznim medijskim sadržajem, kao naprimjer, gledanjem televizije ili slušanjem muzike. Alarmantan je podataka da 18,6% mladih tvrdi da nikad nisu pročitali neku knjigu i 41% nikad nije bilo niti u jednoj stranoj zemlji. Malo više od polovine mladih se bavi nekom kreativnom aktivnošću. Možemo zaključiti da stajališta mladih uglavnom formiraju društvene mreže i *online* izvori informacija, kao i članovi porodice (73,3% njih kaže da svakodnevno provode vrijeme sa članovima svoje porodice).

Preko 25% mladih se ne bavi sportom, dok 23,3% to radi rijetko. Konzumiranje alkohola je čest fenomen među mladima – 49% mladih konzumira alkohol. Veliki udio populacije mladih puši: svega 66,6% je izjavilo da nikad nisu pušili i 96% ispitanika je reklo da nikad nisu uzimali droge. Važno je naglasiti da iako mladi ljudi imaju pozitivna stajališta o zdravoj ishrani i sportu, rijetko kad to provode u praksi (Turčilo, 2019:18).

Kada se radi o vrijednostima koje mladi najviše cijene, najčešći odgovor je lično dostojanstvo (19,8%), zatim pravda i jednakost (16,8%), borbeni duh za ostvarivanje ciljeva (15,3%), sloboda i sigurnost u društvu (13,9%) i tolerancija (12,95). Ispitanici u Brčko distriktu (13,3%), češće nego ispitanici u FBiH (2,7%) i RS-u (2,6%), navode materijalno bogatstvo kao nešto što cijene. Žene (16%) češće nego muškarci (11,5%) navode da cijene slobodu i sigurnost u svom društvu. Materijalne vrijednosti, kao što su društveni prestiž i materijalna dobra, pozicionirani su nisko među mladima na nivou BiH (UNDP, 2017:30).

[119] *https://ba.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CSE%20Survey%20Report%202018%20Eng%20Final.pdf strana 23.*

Rezultati studije o populaciji mladih iz 2015. godine pokazuju da mlade, koliko i većinu drugog stanovništva, karakterizira povjerenje. Oni pokazuju visok nivo povjerenja prema grupama koje dobro poznaju, kao što su porodica i bliski prijatelji, i postoji samo djelomično ili nisko povjerenje prema poznanicima i ostatku stanovništva (tabela 10.2). Ova zapažanja se podudaraju sa podacima o slabijoj manifestaciji volonterskog rada i nedostatku interesovanja za politička dešavanja. Nivo tolerancije je generalno viši, prije svega u odnosu na grupe sa sličnim karakteristikama, i znatno je niži u pogledu manjina. Osim snažne lojalnosti prema porodici, značajan postotak mladih, 26,8%, odobrava oslanjanje na poznanstava i druge neformalne veze u pronalasku posla (20,6%) ili ostvarivanju pristupa uslugama, kao što su zdravstvene usluge, beneficije, itd. (Turčilo, 2019:222).

Tabela 36: Posebno povjerenje među mladima

Povjerenje prema …	**2015.**	**2018.**
Članovima uže porodice	4,7	4,7
Članovima proširene porodice	3,6	3,9
Prijateljima	3,7	4,1
Susjedima	2,8	3,6
Drugim učenicima /studentima ili kolegama	3,1	3,6
Političkim vođama	Nije obuhvaćeno	1,9
Osobama drugih vjerskih vjerovanja	2,9	3,3
Osobama drugih političkih vjerovanja	2,8	3
Pripadnicima drugih nacionalnosti	Nije obuhvaćeno	3,3

Izvor: (Turčilo, 2019:22). Napomena: Prikazana prosječna ocjena na skali od 1 do 5.

U razvijenim zemljama se u studijama uviđa trend slabljenja tradicionalnih oblika uključivanja (Tomanović, 2015), koji su najčešće izraženi kroz smanjeno učešće u glasanju na izborima i članstvo u političkim strankama, a istovremeno trend jačanja novih oblika naglašavanja interesa i vrijednosti u okviru široko shvaćenog političkog prostora, čiji su nosioci mladi, urbaniji i obrazovani ljudi. U postsocijallističkim zemljama ti trendovi još uvijek nisu upečatljivi, ali je primjetan postepeni porast interesovanja mlade populacije za nove oblike političkih aspekata (Vukelić, Stanojević, 2012).

Učešće mladih u političkom životu se najviše osjeti kroz tradicionalni model glasanja na izborima. 63,9% mladih je glasalo u BiH u odnosu na 53,3% opće populacije. Najveći broj mladih koji nisu glasali kaže da nisu bili motivirani da glasaju (38,2%). Iako veliki broj mladih glasa, preko polovine njih smatra da njihov glas ne utječe na upravljanje državom i institucijama, u RS-u (56,3%) znatno više nego u FBiH (48,4%) i Brčko distriktu (40%). Najveća očekivanja od vlasti su povezana sa ekonomskom sferom, stvaranjem boljih poslovnih mogućnosti (44,3%) i povećanjem nacionalnog prihoda (28,9%) (UNDP, 2017:45).

Mladi ljudi u BiH su vrlo rijetko društveno angažirani, čemu svjedoče podaci iz studije o socioekonomskim percepcijama mladih u BiH. Oko 67,3% mladih je pokazalo spremnost da sudjeluje u mirnim protestima. Mladi u dobi od 15 do 25 godina su znatno spremniji da sudjeluju u mirnim protestima (oko 70%), kao i oni u dobi od 26 do 30 godina (oko 60%). Međutim, na pitanje o društvenom uključivanju u praksi, svega 32,4% je izjavilo da sudjeluju na skupu u podršci nekoj ideji. Najčešći način društvenog uključivanja je potpisivanje

peticija (36,9%), zatim otvoreno iskazivanje mišljenja o određenoj temi u javnosti (oko 32,6%) i otvoreno iskazivanje vlastitog mišljenja na društvenim mrežama (31%). Sve navedene aktivnosti su ispitanici iz FBiH naveli češće nego ispitanici iz RS-a (UNDP, 2017:61). U 2016. godini je svega 13,8% mladih izjavilo da su uključeni u dobrovoljne aktivnosti, dok je dvostruko više njihovih vršnjaka u zemljama EU uključeno u volonterski rad (UNDP, 2017:34).[120]

Mladi su protiv ekonomskog liberalizma, jasno pokazujući afinitet prema jačoj ulozi države u ekonomiji, s obzirom da su razočarani problematičnom tranzicijom zemlje na tržišnu ekonomiju i da su svjesni većeg utjecaja globalizacije na ekonomske okolnosti. Oko 89% njih smatra da država ima obavezu da vodi računa o svim građanima zemlje. Iako većina njih ne smatra da je konkurentnost štetna i vjeruju da se trud na kraju isplati, 82% mladih smatra da je neophodno suziti dohodovni jaz između bogatih i siromašnih. Može se steći dojam da takve ekonomske preferencije idu u prilog socijalnoj demokratiji. Međutim, kada se analiziraju druga politička stajališta, mladi pokazuju alarmantan nivo autoritarnosti: na F skali[121] autoritarnosti od 0 do 100 bodova, njihov prosječan broj bodova je 76,4 (Turčilo, 2017:54). Preferencije prema snažnom lideru nisu povezane sa nepovjerenjem u demokratiju, ali predstavljaju odraz nepovjerenja u državne institucije, političke elite, korupciju i nepotizam.

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Stope pohađanja nastave u osnovnim i srednjim školama su visoke za opću populaciju mladih ljudi i odražavaju rodnu segregaciju, ali je primjetna nejednakost u pogledu mladih iz romske populacije zato što su njihove stope znatno niže u poređenju sa stopama za opću populaciju.
- Mladi u BiH se suočavaju sa jednom od najviših stopa nezaposlenosti u zemljama Jugoistočne Evrope. Iako stopa opada u nekoliko proteklih godina, ona još uvijek predstavlja jedan od glavnih problema mladih na tržištu rada i u direktnoj je vezi sa kvalitetom života. Ovaj problem pogađa žene više nego muškarce.
- Siromaštvo disproporcionalno pogađa mlade u poređenju sa drugim dobnim skupinama. To je posljedica nezaposlenosti, ekonomske krize, političke nestabilnosti u zemlji, kao i nemogućnosti mladih da sebi priušte odgovarajuće stambene uvjete, zbog čega veći broj mladih napušta zemlju.
- Mladi se suočavaju sa poteškoćama u ostvarivanju pristupa pouzdanim informacijama o seksualnom i reproduktivnom zdravlju, što dovodi do nedovoljnog nivoa znanja i ulaska u seksualne odnose bez korištenja kontracepcije. U poređenju sa svim drugim parametrima, prema kojima se puno razlikuju od svojih vršnjaka u razvijenim zemljama, kada se radi o korištenju slobodnog vremena, tu su slični i provode veliki dio slobodnog vremena koristeći informacione i komunikacijske tehnologije.
- Učešće mladih u političkom životu je najviše izraženo kroz tradicionalni model glasanja na izborima. U poređenju sa svojim vršnjacima iz razvijenih zemalja, vrlo rijetko su uključeni u volonterske aktivnosti.

[120] Među entitetima ne postoje znatnije razlike u pogledu dobrovoljnog angažmana.

[121] F skala omogućava mjerenje društvenih stajališta koja su povezana i organizirana u okviru jedne opće dimenzije koja se može tumačiti kao konzervativno-liberalna, to jeste, kao dimenzija desnog i lijevog krila. Sa jedne strane dimenzije postoje antidemokratska, profašistička i konzervativna gledišta koja dovode do nekritičkog prihvatanja uspostavljene vlasti. Sa druge strane postoje prodemokratska, egalitarna, liberalna i socijalistička stajališta..

10.2 Starenje i starija populacija

Teoretičari često prave razliku između „mlađih starijih osoba“ u dobi od 60 do 75 godina koje karakterizira relativna samostalnost, aktivnost i dobro zdravlje i „starijih starijih osoba“ u dobi od 75 do 80 i više godina koje karakteriziraju povećana ovisnost i razne kognitivne i fizičke teškoće (Laslett, 1989). Svjetska zdravstvena organizacija naglašava da je starenje stanovništva proces koji postavlja izazove, ali također pruža mogućnosti za društveni razvoj. Povećanjem udjela starije populacije povećava se potražnja za uslugama primarne zdravstvene zaštite i dugoročne pomoći i njege, većom i bolje osposobljenom radnom snagom koja će pružati te usluge i otvara se prostor za aktivan doprinos starije populacije razvoju zajednice. Imajući na umu ovu promjenu paradigme kojom se starija populacija percipira pretežno kao korisnici različitih oblika podrške aktivnom učešću u društvenim događanjima, Svjetska zdravstvena organizacija je definirala pristup aktivnog i zdravog starenja. Zdravo starenje je definirano kao „proces unapređenja i održavanja funkcionalnih sposobnosti koje omogućavaju blagostanje u starijoj dobi (Svjetska zdravstvena organizacija, 2015). Aktivno starenje omogućava osobi da kontinuirano sudjeluje u društvenim, kulturnim i ekonomskim aktivnostima, prema svojim potrebama i sposobnostima, i da dobije adekvatnu podršku i njegu.

Prava starijih osoba su regulirana raznim međunarodnim i domaćim propisima. Uz Konvenciju o ljudskim pravima, Evropsku konvenciju o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda, BiH je potpisala rezoluciju UN-a 46/91 u kojoj su definirani principi zaštite ljudskih prava starijih osoba koja omogućavaju kvalitetan život u starijoj dobi i koja obuhvataju: neovisnost, društveno učešće, njegu, samoispunjenje i dostojanstvo. Domaći zakonski okvir čine Ustav BiH, Zakon o zabrani diskriminacije kojim su zabranjeni svi oblici diskriminacije na osnovu starenja, kao i posebni zakoni u kojima su definirani razni oblici socijalne i zdravstvene zaštite na nivou entiteta.

10.2.1 Ekonomska aktivnost i ekonomski položaj starije populacije

Zdravo i aktivno starenje znači mogućnost za stariju populaciju da ostane ekonomski aktivna nakon što navrši 65 godina života, što je dob odlaska u penziju. Međutim, vrlo je važno da produženi rad bude izbor za stariju populaciju, a ne potreba zbog nesigurnih ili malih penzija. Podaci iz ankete o radnoj snazi ukazuju da je mali broj osoba u dobi od 65 i više godina ostao u radnoj populaciji u 2018. godini. Stopa aktivnosti[122] te populacije u 2018. godini u BiH je iznosila 3,7%. Starija populacija u RS-u ima znatno veću stopu aktivnosti nego ista populacija u FBiH; 8,3% u odnosu na 2,2%[123], što je uglavnom posljedica visokog nivoa uključenosti u poljoprivredu u kojoj populacija ostaje duže aktivna. Stope aktivnosti se uglavnom podudaraju sa stopama zaposlenosti, što znači da gotovo nema osoba u dobi od 65 i više godina koje traže posao i koje se smatraju nezaposlenim. Stopa zaposlenosti je znatno veća u RS-u nego u FBiH i veća među muškarcima nego među ženama, što odražava veću aktivnost u poljoprivredi.

[122] *Udio zaposlenih i nezaposlenih osoba u populaciji u dobi od 15 i više godina.*

[123] *U Brčko distriktu nema takvih osoba. Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2018, Sarajevo, http://www.bhas.ba/tematskibilteni/LAB_00_2018_Y1_0_HR.pdf*

Tabela 37: Stope zaposlenosti osoba u dobi od 65 i više godina prema spolu, 2016-2019.

Spol	BiH				FBiH				RS			
	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.	2016.	2017.	2018.	2019.
Ukupno	3,7	5,1	4,6	6,8	1,6	2,4	2,1	3,1	6,8	9,1	8,3	12,5
Muški	6,8	6,8	6,0	8,7	2,5	3,3	2,9	4,4	9,6	11,9	10,4	14,8
Ženski	2,6	3,8	3,6	5,3	0,9	1,7	1,5	2,0	4,8	7,0	6,6	10,4

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2018. i 2019.
Napomena: Podaci za BD nisu pouzdani te stoga nisu korišteni

Na osnovu podataka o distribuciji siromaštva među starijim osobama se može zaključiti da pokrivenost penzijama i iznos penzija (o čemu je bilo riječi u poglavlju 2) ne štite dovoljno od siromaštva. U Prvom izvještaju za BiH o provođenju Madridskog međunarodnog akcionog plana o starenju ukazano je na visoke stope siromaštva starije populacije. Prema anketi i potrošnji domaćinstava iz 2015. godine, stopa relativnog siromaštva u BiH za ukupno stanovništvo je iznosila 16,9% (FBiH 17,1%, RS 16,4% i Brčko distrikt 17,6%). U samačkim domaćinstvima čiji je nosilac u dobi od 65 ili više godina stopa relativnog siromaštva je iznosila 21,9%, a u svim domaćinstvima čiji je nosilac u dobi od 65 ili više godina 20,8%. Prema izvještaju „Žene i muškarci u BiH za 2017“ (BHAS, 2018e), od svih ljudi koji žive ispod linije siromaštva, 15,3% su muškarci i 23,8% žene starije od 65 godina. Kao glavni izvor siromaštva među starijom populacijom prepoznati su nizak dohodak povezan sa relativno visokom nezaposlenošću prije odlaska u penziju i niska primanja.

10.2.2 Zdravstvena i socijalna zaštita

U FBiH starije osobe koje su korisnici starosne penzije ili socijalne novčane pomoći imaju pravo na besplatno zdravstveno osiguranje (iako su u nekim kantonima obavezni plaćati mjesečni iznos za dodatno zdravstveno osiguranje). Usluge zdravstvene zaštite koriste kroz sistem domova zdravlja. Usluge na primarnom nivou zdravstvene zaštite su manje dostupne u ruralnim područjima i pristup takvim uslugama je posebno izazovan za stariju populaciju sa ograničenom mobilnošću. Usluge gerijatrijske zdravstvene njege se nude na svim nivoima sistema zdravstvene zaštite. Usluge zaštite mentalnog zdravlja se pružaju u 40 centara za mentalno zdravlje. Ti centri pružaju sve vrste usluga, od koordinirane njege do usluga prevencije, psihološke podrške i liječenja.

Prema Zakonu o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodica sa djecom Federacije BiH[124], starije osobe (muškarci stariji od 65 godina i žene starije od 60 godina) bez porodičnog staranja su korisnici socijalne zaštite. Pomoć starijim osobama se pruža kroz osnovna prava i usluge socijalne zaštite, kao što su redovne naknade i druga materijalna pomoć, dodatak za njegu i pomoć od strane drugog lica, dodatak za kućnu njegu i pomoć u kući, smještaj u ustanove socijalne zaštite ili alternativni smještaj starijih osoba, ustanove za dnevni boravak korisnika socijalne zaštite i centri za starije osobe, socijalne i druge stručne usluge, reguliranje prava na humanitarnu pomoć i subvencioniranje (računa za utrošak električne energije, grijanja, troškova sahrane, itd.) (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, 2017). U periodu 2013-2017 je broj ustanova socijalne zaštite za smještaj odraslih i starih osoba u FBiH porastao sa 31 na 47, a broj korisnika takvih ustanova je povećan sa 2.543 na 3.450 (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017d: 16). Većinu korisnika su činile žene (61,7%).

[124] *„Službene novine FBiH“, br. 36/99, 54/04, 39/06 i 14/09*

U Republici Srpskoj, prema Zakonu o socijalnoj zaštiti[125], starije osobe imaju pravo na niz usluga kojima se promovira njihova socijalna inkluzija. U domovima za starija lica su za korisnike obezbijeđeni smještaj, ishrana, zdravstvena zaštita, kulturno-zabavne i druge aktivnosti. Dom za starija lica može imati socijalno-gerijatrijsko odjeljenje gdje se pružaju usluge starijim licima koja zbog svog psihofizičkog i zdravstvenog stanja imaju potrebu za intenzivnom brigom i njegom. Ustanove socijalne zaštite za dnevno zbrinjavanje i usluge pružaju niz usluga izvan vlastite porodice koje se realiziraju u toku dana. To su, osim zadovoljenja osnovnih potreba, radno-okupaciona terapija, kulturno-zabavne i rekreativne aktivnosti u skladu sa interesovanjem i sposobnostima korisnika. U periodu 2013-2017. je udio starije populacije među korisnicima usluga socijalne zaštite porastao sa 41,6% na 44,3%. Među korisnicima 2017. godine su većinu činile žene (53,3%) (Republički zavod za statistiku RS, 2018b). Kao što je pokazalo istraživanje rodnih nejednakosti iz perspektive životnih tokova u Republici Srpskoj, žene starije životne dobi više pružaju usluge brige i njege drugima (supružnicima i mlađim članovima porodice) nego što dobivaju usluge od drugih. Njihovi supružnici se oslanjaju uglavnom na njihovu pomoć, ali žene starije životne dobi dobivaju daleko manju podršku u smislu dnevnih ili sedmičnih sati pomoći od strane supružnika ili mlađih članova porodice (Babović, et al, 2016). Time se može objasniti zbog čega one više koriste usluge socijalne zaštite.

Iako međunarodni standardi za zdravo starenje preporučuju neinstitucionalni pristup pružanju usluga brige i njege starijoj populaciji, sistem u BiH je još uvijek obilježen snažnim institucionalnim pristupom u kojem su starije osobe koje ne dobivaju adekvatnu podršku u porodičnom okruženju zbrinute u ustanovama (UNFPA, 2016). U Sarajevu, Modriči, Šamcu-Domaljevcu, Tuzli i Banja Luci su uspostavljeni centri za zdravo starenje u saradnji sa organima vlasti jedinica lokalne samouprave. U tim centrima se pružaju razne usluge osobama starije životne dobi, kao što su redovna fizička aktivnost, psihosocijalna podrška, društvene aktivnosti, itd. U studiji UNFPA o utjecaju centara za zdravo starenje (2016) istaknut je pozitivan učinak ove vrste podrške na blagostanje starije populacije. Rezultati procjene su pokazali bolje subjektivno zdravlje, zdraviju ishranu, viši nivo fizičke aktivnosti, veću socijalnu uključenost i zadovoljene socijalne potrebe korisnika centara nego što je to slučaj među osobama starije životne dobi koje ne koriste usluge centara (UNFPA, 2016). Isto istraživanje je pokazalo i zajedničku percepciju korisnika centara i osoba koje ne dolaze u centre da raspoložive usluge socijalne zaštite nisu dovoljne ni adekvatne za potrebe osoba starije životne dobi.

Podaci iz prijavljenih slučajeva nasilja ukazuju na povećanje nasilja nad starijim osobama. U toku 2014. godine je Federalnom ministarstvu unutrašnjih poslova FBiH prijavljeno 1.459 slučajeva nasilja nad starijim osobama u kojima su djeca i unuci bili najčešći počinitelji. Podaci su slični i za RS gdje su djeca bila počinitelji u 59,3% slučajeva nasilja nad osobama starijim od 65 godina. Najčešći oblik nasilja nad starijim osobama je ekonomsko nasilje i zanemarivanje (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice, 2017).

Nedostatak podataka o situaciji starijih osoba u pogledu zdravstvene i socijalne zaštite stavlja izazov pred svim nastojanjima da se pruži čvrsta dokazna osnova za sveobuhvatne intervencije kroz politike vlasti. Prema Specijalnom izvještaju o stanju ljudskih prava starih osoba (Institucija ombudsmena za ljudska prava BiH, 2010), postoje mnoge praznine u osiguranju dobrobiti starije populacije. Najviše zabrinjavaju nedovoljan prihod za adekvatnu medicinsku njegu i potrebne lijekove i terapiju, neprilagođen prostor koji sadrži puno barijera za starije osobe koje im onemogućavaju mobilnost, nedostatak specijalističkih usluga zdravstvene zaštite u domovima za stare osobe, nedostatak specijalističkih usluga zaštite mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške starijoj populaciji, nedovoljan broj ustanova socijalne zaštite za

[125] *„Službeni Glasnik RS“, br. 37/12, 90/16*

zbrinjavanje starije populacije, vrlo ograničena raspoloživost usluga kućne njege i pomoći i usluga dnevne njege i pomoći (Institucija ombudsmena za ljudska prava BiH, 2017).

10.2.3 Društveno učešće i kvaliteta života

Nizak dohodak se odražava na kvalitetu života starije populacije koja je često primorana da se ponaša prilično štedljivo, lišavajući se zadovoljenja raznih potreba, od održavanja i namještanja životnog prostora do učešća u zajednici, putovanja i odlaska na društvene, kulturne i rekreativne događaje. Starije osobe koje žive same ili u domaćinstvu sa drugim starijim osobama suočene su sa većim deprivacijama, dok one koje žive sa mlađim članovima porodice i u domaćinstvima u kojima živi više užih porodica imaju nešto bolje uvjete (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, 2017). Troškovi samačkog života starijih osoba ili njihovog života sa supružnikom su viši nego troškovi osoba koje žive u proširenim domaćinstvima. Starije osobe koje žive same u ruralnim sredinama češće se suočavaju sa ovim problemom.

Kao što je navedeno u poglavlju o invaliditetu u okviru općeg morbiditeta, starije osobe koje žive sa određenim invaliditetom ili smanjenom sposobnošću suočavaju se sa značajnim preprekama u svojoj sredini, posebno kada žive na višim spratovima u zgradama bez lifta, kada nemaju odgovarajući pristup stambenoj jedinici niti stambenom prostoru uređenom prema njihovim potrebama u situaciji smanjenje mobilnosti. One se suočavaju i sa problemima raspoloživosti i dostupnosti sredstava javnog prijevoza i korištenja javnog prostora (Ibid).

U skladu sa Zakonom o uređenju prostora i građenju Republike Srpske[126] donesen je Pravilnik o uslovima za planiranje i projektovanje objekata za nesmetano kretanje djece i osoba sa umanjenim tjelesnim sposobnostima.[127] Ovaj Pravilnik ne samo da se odnosi na starije osobe, nego propisuje i urbanističko-tehničke uslove za planiranje javnog prostora, cesta i pješačkih staza, pristup zgradama, projektovanje stambenih i drugih objekata, kao i prostorije posebne namjene u takvim objektima, uklanjanje arhitektonskih barijera u postojećim zgradama, čime se omogućava nesmetano kretanje djece i osoba sa umanjenim tjelesnim sposobnostima.

U izvještaju o provođenju Madridskog međunarodnog akcionog plana o starenju procijenjeno je da nedostaju aktivnosti u mjesnim zajednicama koje bi podrazumijevale učešće starijih osoba. Stoga, njihovo znanje, vještine i kompetencije ostaju neiskorišteni i one postaju socijalno isključene i podložne osjećaju nezadovoljstva životom i depresivnim stanjima. Time se podriva ukupna kvaliteta života starijih osoba (Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, 2017). UNFPA je u saradnji sa Federalnim ministarstvom rada i socijalne politike i Ministarstvom zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske izradio nacrt entitetskih strategija o starenju. Strategija za unapređenje položaja starih u Republici Srpskoj usvojena u oktobru 2019. godine, dok se u FBiH još uvijek čeka na njeno usvajanje. Obje strategije su u potpunosti usklađene sa Madridskim međunarodnim akcionim planom o starenju i predstavljaju okvir za provođenje aktivnosti kojima će se pružiti društvena podrška starijim osobama, dok se istovremeno koriste sposobnosti starijih osoba za razvoj zajednice.

[126] *„Službeni Glasnik RS“, br. 40/13*
[127] *„Službeni Glasnik RS“, br. 93/13*

KLJUČNA ZAPAŽANJA

- Bosna i Hercegovina se suočava sa starenjem stanovništva, a proces starenja je posebno snažan u Republici Srpskoj.
- Teško je dobiti sistematsku i sveobuhvatnu sliku o situaciji starije populacije s obzirom na to da su podaci razbacani među institucijama, neki statistički podaci nisu u dovoljnoj mjeri razvrstani po spolu, dok se određeni aspekti situacije ne prate redovno (to jeste, siromaštvo). U drugim slučajevima podaci nisu dovoljno precizni, kao što je slučaj sa penzijama. Postoje mnoge oblasti koje se nikako ne prate kroz redovne statistike ili konkretna istraživanja, kao što su neispunjenje potrebe za zdravstvenom zaštitom, građansko učešće, materijalne deprivacije i subjektivno blagostanje, barijere mobilnosti, pristup raznim socijalnim uslugama, itd.
- Na osnovu dostupnih podataka, slika o starenju u BiH nije svijetla. Starija populacija je ekonomski aktivna uglavnom u ruralnoj poljoprivrednoj ekonomiji, njihova ekonomska situacija, u prosjeku, nije povoljna zbog niskih penzija.
- Iako uglavnom imaju besplatnu zdravstvenu zaštitu, pristup uslugama zdravstvene zaštite nije zadovoljavajući, posebno u ruralnim područjima, dok je pristup lijekovima i terapiji ograničen zbog niskog dohotka.
- Starija populacija ima pravo na niz usluga socijalne zaštite i na nju otpada preko 40% ukupnih usluga socijalne zaštite. Starije žene koriste usluge socijalne zaštite češće nego stariji muškarci zbog dužeg očekivanog trajanja života, ali i zbog nedostatka usluga pomoći i brige od drugih.
- Imajući na umu nepovoljne ekonomske uvjete, nedovoljno razvijeno dugoročno staranje te na osnovu oskudnih informacija i uvida u slabo društveno učešće starijih osoba, stječe se dojam da je kvaliteta života starijih osoba, u prosjeku, nezadovoljavajuća, dok politike, čiji je cilj unaprijediti njihovu situaciju, tek trebaju dati rezultate.

10.3 Rodna ravnopravnost i položaj žena

Pitanje odnosa između rodne ravnopravnosti i razvoja nije samo pitanje uključivanja žena u sektore razvoja, nego rodna ravnopravnost nosi transformacijski potencijal koji može promijeniti temeljnu paradigmu socioekonomskog razvoja (Beneira, 2003, Barker Feiner, 2004 et al). Nejednakim mogućnostima žena i muškaraca da se uključe u razne sfere društva i nejednakim pristupom resursima te ugroženim položajem žena, kao rezultat toga, stvaraju se nepovoljni uvjeti za demografsku situaciju kroz odluke o rađanju. Naprimjer, evropske zemlje sa najvišim postignućima u oblasti rodne ravnopravnosti imaju veće stope fertiliteta nego zemlje sa istaknutoj rodnom neravnopravnošću. Stopa fertiliteta u Švedskoj je u 2017. godini iznosila 1,78, u Danskoj 1,75, u Norveškoj 1,62, na Islandu 1,71 i u Španiji 1,31, u Poljskoj 1,48 ili u Hrvatskoj 1,42 (Eurostat, Statistika demografije).[128] Bosanskohercegovačko društvo karakteriziraju izražene rodne neravnopravnosti koje ograničavaju razvojni potencijal BiH usljed ugroženog položaja žena po raznim aspektima opisanim u nižim dijelovima.

[128] https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/database

10.3.1 Rodna ravnopravnost u BiH u komparativnoj perspektivi

Postoji nekoliko međunarodnih indeksa koji mjere rodnu ravnopravnost na svjetskom nivou.[129] Indeks rodne jednakosti Evropskog instituta za rodnu ravnopravnost (EIGE) se koristi za zemlje EU, ali se taj instrument još uvijek ne koristi u BiH. Prema okviru indeksa utjecaja institucija u društvu na rodnu ravnopravnost (SIGI), BiH je u grupi zemalja sa niskom rodnom ravnopravnošću, pri čemu je vrijednost SIGI indeksa za 2019. godinu 22% (OECD, Profil BiH[130]). Ovakav položaj je ishod još uvijek izraženih nejednakosti u četiri ključne oblasti koje se prate ovim instrumentom: diskrimacija u porodici, ograničen fizički integritet, ograničen pristup produktivnim i finansijskim resursima i ograničene građanske slobode.

UNDP koristi matricu za osnaživanje žena u svrhu poređenja osnaživanja žena u ključnim oblastima. Matrica je bazirana na 13 pokazatelja osnaživanja žena u oblasti reproduktivnog zdravlja i planiranja porodice[131], nasilja nad maloljetnicama i punoljetnim ženskim osobama[132] i socioekonomskog osnaživanja[133]. Na osnovu učinka u odnosu na svaki pokazatelj, zemlje su podijeljene u tri grupe približno jednake veličine (tercile): trećina na vrhu, trećina u sredini i trećina na dnu.[134] Matrica predstavljena u tabeli u nižem tekstu ukazuje na položaj BiH u sredini zemalja regije, odnosno između Hrvatske i Sjeverne Makedonije koje su postigle najbolje rezultate u pogledu osnaživanja žena, sa jedne strane, i Albanije i Crne Gore, kao zemalja čiji su rezultati slabiji, sa druge strane.

---

[129] Indeks razvoja prema rodu (Gender Development Index (GDI)) i Indeks rodne nejednakosti (Gender Inequality Index (GII)) koristi UNDP globalno, indeks rodnog jaza (Gender Gap Indeks) provodi Svjetski ekonomski forum, dok indeks utjecaja institucija u društvu na rodnu ravnopravnost (Social Institutions and Gender Index (SIGI)) koristi OECD.

[130] https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/BA.pdf

[131] Uključujući i antenatalnu zaštitu, barem jednu posjetu, broj poroda obavljenih u prisustvu stručnih osoba, stopu maternalnog mortaliteta, stopu poroda u adolescentica, prevalenciju kontracepcije (bilo koje metode), neispunjenu potrebu za planiranjem porodice.

[132] Uključujući: dječiji brak, nasilje nad ženama od strane intimnog partnera, nasilje nad ženama od strane drugih osoba.

[133] Uključujući: udio ženskih osoba među diplomiranim studentima prirodnih nauka, matematike i inženjerskih nauka, proizvodnje i građevinarstva, udio ženskih osoba u zapošljavanju na višim i srednjim rukovodnim pozicijama, žene koje imaju otvoren račun u finansijskim institucijama ili kod pružaoca usluga mobilnog bankarstva i obavezno plaćeno porodiljsko odsustvo.

[134] *http://hdr.undp.org/en/content/dashboard-3-women%E2%80%99s-empowerment*

Tabela 38: Matrica osnaživanja žena

Pokazatelji	Albanija	BiH	Hrvatska	Crna Gora	Sjeverna Makedonija	Srbija
Antenatalna zaštita	97,3	87,0	-	91,7	98,6	98,3
Udio poroda obavljenih u prisutnosti stručnog osoblja	-	99,9	99,9	99,0	99,9	98,4
Omjer maternalnog mortaliteta	29	11	8	7	8	17
Stopa poroda adolescentica	20,7	10	8,9	11,8	16,2	18,9
Prevalencija kontracepcije, bilo koja metoda	69,3	45,8	-	23,3	40,2	58,4
Neispunjena potreba za planiranjem porodice	12,9	9,0	-	21,8	17,2	14,9
Dječiji brakovi	10	4	-	5	7	3
Nasilje od strane intimnog partnera	24,6	-	13,0	-	-	-
Nasilje od strane druge osobe, osim intimnog partnera	-	-	3,0	-	-	-
Udio žena među diplomiranim studentima u oblasti prirodnih nauka, matematike, inženjerskih nauka, proizvodnje i građevinarstva	13,4	14,7	16,0	-	15,7	18,2
Udio žena na višim i srednjim rukovodećim pozicijama	29,3	24,2	29,5	-	27,3	30,3
Žene koje imaju otvoren račun u finansijskoj instituciji	38,1	54,7	82,7	67,6	72,9	70,1
Obavezno plaćeno porodiljsko odsustvo	365	365	208	45	270	135
Broj pokazatelja za trećinu na vrhu	3	6	8	4	7	6
Broj pokazatelja za trećinu u sredini	2	2	1	3	1	0
Broj pokazatelja za trećinu na dnu	6	3	0	2	3	5
Legenda		Na vrhu				
		U sredini				
		Na dnu				

Izvor: UNDP, http://hdr.undp.org/en/composite/Dashboard3

10.3.2 Političko učešće žena

Političko učešće žena je jedno od ključnih oblasti rodne ravnopravnosti s obzirom na to da omogućava ženama da utječu na politike i zakone koji oblikuju sistem i definiraju egzistencijalne mogućnosti muškaraca i žena. Prema Zakonu o ravnopravnosti spolova u BiH, ravnopravna zastupljenost spolova postoji u slučaju kada je jedan od spolova zastupljen najmanje u procentu 40% u tijelima uprave na državnom, entitetskom, kantonalnom i općinskom nivou. Žene u BiH nisu dovoljno zastupljene na pozicijama političke moći i nemaju isti utjecaj kao muškarci na politike, zakone i reforme koji oblikuju socioekonomski razvoj. U mandatnom periodu 2014-2018. je udio žena u Zastupničkom domu Parlamentarne skupštine BiH bio 23,8%, dok je postotak žena u Domu naroda bio 13,3% (Agencija za statistiku BiH, 2018e: 94). Među 186 zemalja u 2017. godini BiH je bila na 67. mjestu prema udjelu žena na ministarskim pozicijama (22%) odnosno na 78. mjestu prema udjelu žena u parlamentu (23,8%). Na lokalnom nivou svaka peta pozicija u općinskom/gradskom vijeću/skupštini grada/opštine je pripadala ženama. Udio žena na visokim pozicijama u jedinicama lokalne samouprave je marginalna – svega 4%

gradonačelnika/načelnika općine su žene (Ibid: 97-98). Postotak žena među ambasadorima i generalnim konzulima u diplomatsko-konzularnim predstavništvima BiH je 2016. godine iznosio 21,5% (Ibid: 101).

U FBiH je u 2018. godini učešće žena među članovima Zastupničkog doma Parlamenta FBiH iznosilo 20,9%. U 2016. godini je među izabranim vijećnicima općinskih vijeća/odbornicima skupština opštine bilo 19% žena, a iste godine samo jedna žena među 77 gradonačelnika /načelnika općina (Federalni zavod za statistiku, 2018a: 97). U Republici Srpskoj učešće žena među poslanicima Narodne skupštine iznosi 24,1%. Iako je predsjednica vlade bila žena, još uvijek je postojao rodni jaz u izvršnoj vlasti tog entiteta sa 3 žene na ukupno 16 ministarskih pozicija (Republički zavod za statistiku RS, 2017c: 53). Poslije lokalnih izbora 2016. godine je među odbornicima skupština gradova i opština bilo 16,4% žena i 7,9% žena među gradonačelnicima /načelnicima općina u RS-u (Ibid: 51).

10.3.3 Ekonomsko učešće i ekonomske nejednakosti

Žene ne učestvuju ravnopravno u ekonomiji. One nisu dovoljno zastupljene na tržištu rada i njihova zaposlenost je manje povoljna nego zaposlenost muškaraca. Stopa zaposlenosti žena starosti 15 i više godina iznosi 24,7%, što je znatno ispod stope zaposlenosti muškaraca (44,2%). Istovremeno, stopa nezaposlenosti je veća za žene nego za muškarce (18,8% u odnosu na 13,6%), što ukazuje na prepreke sa kojima se žene suočavaju prilikom pokušaja da se zaposle.[135]

Rodne nejednakosti na tržištu rada su izražene kroz numeričke dimenzije: niža aktivnost žena, manje mogućnosti zapošljavanja, veće šanse za kontinuiranu nezaposlenost, manji udio zaposlenosti u sektorima osim poljoprivrednog među zaposlenim ženama nego zaposlenim muškarcima, rjeđe bavljenje poduzetništvom i samostalnim djelatnostima, kao i koncentracija u sektorima i profesijama pružanja socijalnih usluga gdje su mogućnosti zapošljavanja, kao i plaće, manje, jaz u plaćama muškaraca i žena, itd. Osnovni pokazatelji tržišta rada ukazuju na značajnu ugroženost žena na svim nivoima. Rodni jaz u aktivnosti i zapošljavanju je prisutan na nivou BiH, oba entiteta i u Brčko distriktu.

Tabela 39: Osnovni pokazatelji tržišta rada, radno sposobno stanovništvo (15-64) prema spolu, 2019, u %

Pokazatelji tržišta rada	BiH		FBiH		RS		BD	
	Žene	Muškarci	Žene	Muškarci	Žene	Muškarci	Žene	Muškarci
Stopa aktivnosti	44,4	66,4	39,7	64,0	54,3	70,8	25,8	57,9
Stopa zaposlenosti	35,6	57,0	30,9	53,4	45,6	63,5	18,5	44,6
Stopa nezaposlenosti	19,7	14,2	22,1	16,6	16,1	10,4	28,5	23,1

Izvor: Agencija za statistiku BiH, Anketa o radnoj snazi 2019.

Ne samo da je ukupna stopa nezaposlenosti viša za žene nego za muškarce, nego je i udio dugoročne nezaposlenosti (nezaposlenost koja traje 12 i više mjeseci) veći za žene nego za muškarce (76,9% u odnosu na 73.3%) (Agencija za statistiku BiH, 2019).

[135] *Anketa o ranoj snazi (2019), Agencija za statistiku BiH.*

Djevojke (15-14) su znatno manje aktivne nego mladići iste dobi. Stopa aktivnosti mladića u BiH je 2019. godine iznosila 39,8%, a za djevojke svega 29,9%. Stopa zaposlenosti mladića je bila gotovo dvostruko veća od stope zaposlenosti djevojaka (27,4% u odnosu na 18,6%). Muškarci češće obavljaju samostalnu djelatnost nego žene (22,8% u odnosu na 20,4% zaposlenih osoba u 2018), dok zaposlene žene češće obavljaju neplaćeni rad u domaćinstvu (5,6% u odnosu na 1,4%), uglavnom u poljoprivredi. Muškarci su češće zaposleni u sektoru industrije nego žene. Dvije trećine žena radi u uslužnom sektoru, s tim da je to izraženije u FBiH gdje 72% zaposlenih žena radi u uslužnom sektoru, dok je u RS-u ta koncentracija manje izražena (50,8%) zbog velikog udjela žena koje su još uvijek zaposlene u sektoru poljoprivrede (33,9% u odnosu na 9,6% u FBiH).

Brojne su posljedice nejednakosti na tržištu rada i manifestiraju se u jazu u penzijama (žene rjeđe nego muškarci primaju starosnu penziju i prosječna penzija žena je niža) i većim udjelima u siromaštvu među starijim ženama nego među starijim muškarcima (23,8% u odnosu na 15,3%). U posebno nepovoljnom položaju su žene iz marginaliziranih grupa, kao što su Romkinje, raseljene žene i izbjeglice, žene u ruralnim sredinama, samohrane majke, žene sa invaliditetom (Agencija za statistiku BiH, 2018e:90).

Rad u domaćinstvu uglavnom obavljaju žene i one u najvećem broju pružaju usluge njege i pomoći drugim članovima porodice. U preko 90% domaćinstava u BiH žene su te koje obavljaju svakodnevne poslove u domaćinstvu, kao što su kuhanje, čišćenje, pranje, itd. U preko 80% domaćinstava one su te koje se staraju o mlađoj djeci i u preko 70% domaćinstava one vode računa o školskim obavezama djece ili su preuzele odgovornost za starije ili bolesne članove domaćinstva ili članove domaćinstva sa invaliditetom (Babović, Ginić, Vuković, 2013).

10.3.4 Nasilje nad ženama

Najozbiljnija manifestacija rodne nejednakosti je nasilje nad ženama. Prema istraživanju o blagostanju i sigurnosti žena koje je proveo OSCE u 2018. godini u BiH i sedam drugih zemalja Zapadnog Balkana i Istočne Evrope (OSCE, 2019), malo manje od polovine žena u BiH (48%) je od svoje petnaeste godine doživjelo neki oblik zlostavljanja, uključujući nasilje od strane intimnog partnera, nasilje od neke druge osobe, uhođenje i seksualno zlostavljanje. Konkretno, gotovo 4 od 10 žena (38%) je izjavilo da su doživjele fizičko ili seksualno nasilje od svoje petnaeste godine od strane partnera ili druge osobe (FBiH 36%, RS 39%). Fizičko i seksualno nasilje od strane osobe koja nije intimni partner je u toku svog života doživjelo 14% žena (14% u FBiH i 15% u RS-u), dok je svaka deseta žena doživjela fizičko nasilje od strane sadašnjeg ili bivšeg partnera od svoje petnaeste godine. Najrasprostranjeniji oblik nasilja od strane intimnog partnera je psihološko nasilje koje je doživjelo 36% žena (bez razlike između entiteta).

Posljedice nasilja mogu biti ozbiljne. Nakon najtežih oblika nasilja od strane intimnog partnera 95% žena je imalo snažnu emocionalnu reakciju, kao što su bijes, strah, šok, obeshrabrenje. Gotovo tri od četiri žene su imale dugoročnije psihološke posljedice, kao što su depresija, anksioznost, napadi panike, poremećaj spavanja i koncentracije. Više od polovine žena (56%) je imalo fizičke posljedice nasilja, kao što su masnice, ogrebotine, rane, iščašenje, opekotine, frakture, čak i povrede unutrašnjih organa i pobačaj (OSCE, 2019).

Samo je mali udio žena prijavio najteže oblike nasilja od strane sadašnjeg partnera policiji (5%), a čak manje njih drugim institucijama i organizacijama. Ukupno 84% žena nije kontaktiralo niti jednu instituciju ili organizaciju za pomoć. Glavni razlozi zbog kojih nisu tražili pomoć su blaži oblik nasilja ili su se sa posljedicama mogle izboriti same, osjećaj srama, obeshrabrenje, strah od daljnje viktimizacije, manjak

povjerenja u institucije i želja da sve to zadrže u privatnom krugu. Istraživanje je otkrilo važnu ulogu rodnih stereotipa i još uvijek prisutne stavove da su žene ponizne i da je nasilje nad ženama privatna stvar (Ibid).

KLJUČNA ZAPAŽANJA

Rodne nejednakosti su izražene u BiH i manifestiraju se u svim ključnim oblastima javnog i privatnog života:

- Žene ne učestvuju u političkoj moći jednako kao muškarci i nemaju isti utjecaj na politike i zakonske okvire bitne za razvojne procese. Izrazito su nedovoljno zastupljene u svim granama vlasti (zakonodavnoj, izvršnoj) na svim nivoima (državnom, entitetskom, kantonalnom i lokalnom).
- Žene ne učestvuju u ekonomiji jednako kao muškarci, manje su aktivne i u manjem broju zaposlene.
- Kada su zaposlene, njihova zaposlenost je manje povoljna s obzirom da su uglavnom zaposlene u sektoru poljoprivrede u RS-u ili u uslužnom sektoru na svim nivoima, to jeste, u sektorima koje karakteriziraju nepovoljnije mogućnosti zapošljavanja i manja zarada.
- Žene su disproporcionalno uključene u neplaćeni rad u domaćinstvu i pružanju usluga njege i pomoći drugim članovima porodice.
- Žene su izložene raznim oblicima nasilja od strane partnera i drugih osoba, čime se u ozbiljnoj mjeri podriva njihova dobrobit i zbog čega su i dalje na manje utjecajnim pozicijama u raznim sferama javnog i privatnog života.

BiH je slična drugim zemljama regije Jugoistočne Evrope. Ovisno o indeksima, zemlja pokazuje nešto bolje ili gore rezultate u odnosu na druge zemlje, ali u osnovi, može se ocijeniti kao zemlja u sredini zemalja regije prema obimu i karakteristikama rodne nejednakosti.

Nepovoljna situacija žena odražava se na prethodno opisane populacijske trendove kroz aspekte niskog fertiliteta, pomicanja braka i rađanja u kasnije godine s obzirom da ti procesi zahtijevaju puno ljudskih resursa žena koji su potkopani njihovim nepovoljnim položajem.

11. Migracije i razvoj

Pojam migracije obuhvata razne vidove kretanja ljudi. Prema Pojmovniku migracija (IOM, 2011), migracija je „kretanje osobe ili grupe osoba preko međunarodne granice ili unutar jedne države.“ To je kretanje stanovništva „koje obuhvata bilo koje kretanje ljudi, bez obzira na njegovu dužinu, sastav i uzroke; obuhvata migraciju izbjeglica, raseljenih osoba, ekonomske migrante i osobe koje se kreću iz drugih razloga, uključujući i spajanje porodice“ (IOM, 2011).

Iako je BiH još uvijek pretežno zemlja emigracije, relevantno je uzeti u obzir pristup tranzicije migracija koji se fokusira na prijelaz jedne zemlje sa područja emigracije na imigraciju. Promjene u migracionim tokovima ili migracionom saldu jesu posljedica dugoročne krize nataliteta i starenja stanovništva kojima se prilagođavaju politike uvođenjem novih imigracionih politika i mehanizama upravljanja migracijama (Fassmann i Reeger, 2012, citirano iz Rašević, 2016).

Nedavna historija migracija BiH je obilježena vrlo dinamičnom migracijom raznih vrsta:

- **Prvi** veliki talas migracije se desio poslije Drugog svjetskog rata sa tadašnjim unutrašnjim preseljenjem stanovništva u granicama socijalističke Jugoslavije uglavnom iz političkih i nacionalnih razloga.
- **Drugi** val, koji je počeo hiljadu devetsto pedesetih godina, bio je val intenzivne unutrašnje migracije iz ruralnih u urbana područja potaknut brzom industrijalizacijom i stimuliran od strane vlasti.
- **Treći** val značajne migracije se dogodio tokom hiljadu devetsto šezdesetih i sedamdesetih godina u vidu emigracije uglavnom niskokvalificiranih radnika u odgovoru na potražnju za radnom snagom u zemljama Zapadne Evrope. Emigranti su u zemljama odredišta bili „gastarbajteri“ i zadržali su snažne veze sa zemljom porijekla, namjeravajući da se jednog dana u nju vrate i penzionišu. Međutim, mnogi su se u zemljama odredišta zauvijek nastanili i postali njihovi državljani.
- **Četvrti** val je bio val masovne prisilne migracije u toku hiljadu devetsto devedesetih usljed rata, kada je, prema procjenama, 1,2 miliona ljudi napustilo zemlju te još 1 milion bio interno raseljen.
- Poslije dvije hiljaditih javljaju se tokovi obnovljenih ekonomskih migracija u inostranstvo potaknuti motivacijom ljudi da traže bolje mogućnosti, ali i dinamičnijim odnosima između BiH i EU u okviru procesa pristupanja EU.

U daljnjem tekstu su opisani različiti oblici migracija u BiH, počevši od unutrašnjih migracija u kontekstu urbanizacije, modernizacije i izazova ruralnog razvoja, kroz emigraciju iz zemlje, neregularnu migraciju u i kroz BiH, uz posebno teške oblike krijumčarenja ljudi i trgovinu ljudima, do prisilnih migracija, trendova izbjeglištva i raseljeništva, readmisije građana BiH i klimatskih migranata.

11.1 Interna migracija, urbanizacija i ruralni razvoj

Procesi urbanizacije povezani sa industrijalizacijom i modernizacijom su počeli sa Austro-ugarskom vladavinom i bili su uglavnom eksterno motivirani. Zbog činjenice da je industrijalizacija bila oblikovana eksternim ulaganjima, urbanizacija BiH je bila nejednaka. Neki gradovi su postali važne industrijske zone sa pratećom socijalnom infrastrukturom (Tuzla, Zenica), dok su drugi ostali tradicionalniji, oslanjajući se na zanate i malo poduzetništvo. Procesi urbanizacije su intenzivirani u socijalističkom periodu. U toku hiljadi devetsto pedesetih godina, migraciju iz ruralnih u urbana područja, stimuliranu programom brze industrijalizacije, poticala je tadašnja jugoslovenska vlada. Trend se nastavio različitim intenzitetom, ali se najsenzacionalnija promjena sa agrarnog na industrijsko društvo desila za nešto više od deset godina (UNDP, 2013: 68). Migraciju iz ruralnih u urbana područja i prijelaz radne snage sa poljoprivrede na industriju su pratili drugi procesi modernizacije, kao što su univerzalna pokrivenost obrazovanjem, razvoj infrastrukture, promjene u strukturi porodice sa proširene na nuklearnu porodicu, itd.

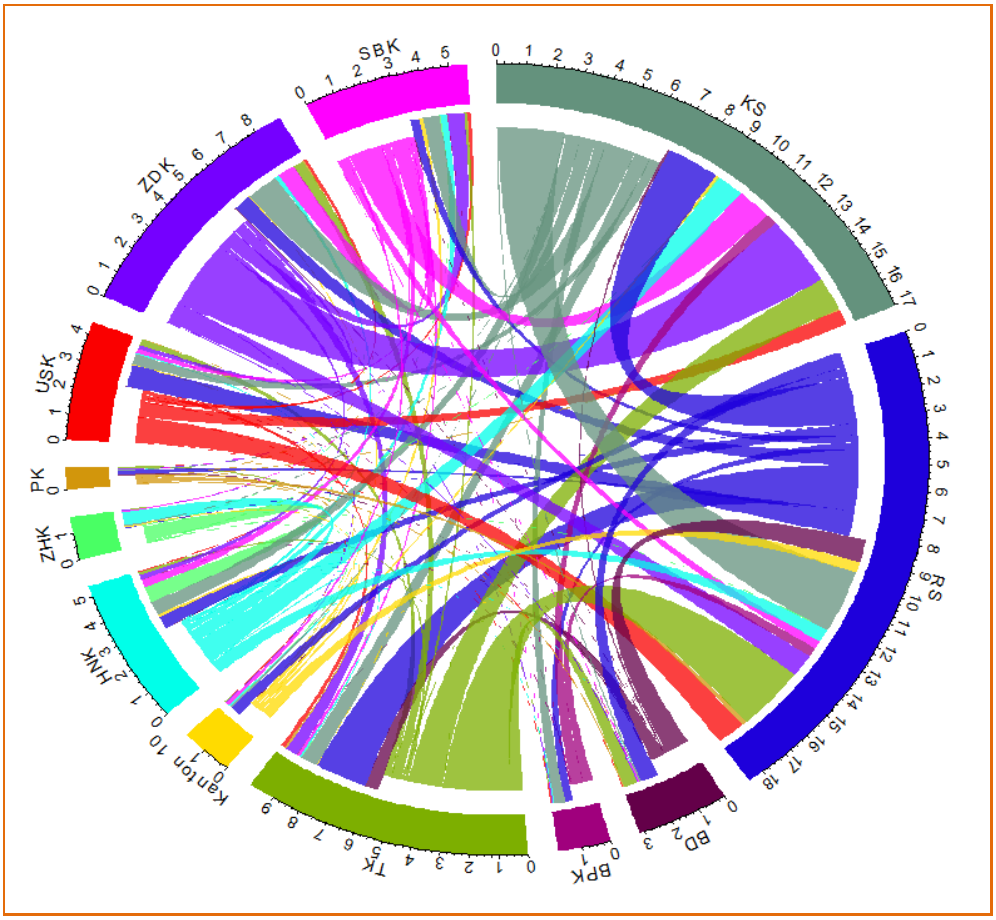
Kao što je opisano u poglavlju 3 o dinamici stanovništva, desila su se dva najveća vala migracija iz ruralnih u urbana područja u BiH. Prvi se desio u toku industrijskog razvoja od 1960. do 1980. godine, kada se urbano stanovništvo povećalo 3,7 puta, dok su se ruralna područja suočila sa procesima depopulacije. Drugi val je povezan sa sukobom u toku hiljadu devetsto devedesetih godina i masivnim prisilnim migracijama, koji je doveo do prostorne redistribucije stanovništva na osnovu etničke pripadnosti. Podaci iz popisa stanovništva pokazuju da je 2013. godine BiH još uvijek, u značajnoj mjeri, bila ruralna zemlja.

11.1.1 Interna migracija i karakteristike migranata

Prema zvaničnim statističkim podacima o migracijama, BiH je zemlja sa relativno niskom internom mobilnošću. Međutim, ovo se treba uzeti sa oprezom, imajući na umu da neki ljudi mijenjaju mjesto prebivališta bez da odjave staro i prijave novo prebivalište, osim ukoliko to trebaju uraditi da bi ostvarili određena prava. Broj internih migranata opada u nekoliko proteklih godina. 33.363 osobe su u toku 2009. godine u BiH promijenile mjesto prebivališta, a 2019. 28.523 osobe. Na taj način je 0,9% ukupnog stanovništva BiH, prema procjenama za te dvije godine, promijenilo prebivalište (Agencija za statistiku BiH, 2020). Većina internih migranata su žene (60% u 2019). Preko jedne trećine internih migranata su bili mladi ljudi u dobi od 15 do 29 godina. Veći dio interne migracije u BiH se dešava na nivou iste administrativne jedinice u zemlji.

Sa stajališta starenja, Kanton Sarajevo je u najpovoljnijem, a Zeničko-dobojski kanton u najnepovoljnijem položaju. Starije osobe migriraju manje nego ukupno mladi i populacija u dobi od 25 do 54 godine. Migracioni tokovi starijih osoba su bili veći nego migracioni tokovi mladih samo u RS-u i Kantonu 10. Obrasci za mlade i populaciju u dobi od 25 do 54 godine su slični, uz nekoliko razlika: mladi su najdinamičniji u Kantonu Sarajevo, dok je populacija u dobi od 25 do 54 godine najdinamičnija u RS-u. Priliv i odliv starijih osoba je manje-više izbalansiran, osim u RS-u (priliv je gotovo dva puta veći od odliva) i Zeničko-dobojskom kantonu (odliv je dva puta veći od priliva). (Fetahović A. 2017)

Slika 49: Tokovi interne migracije između administrativnih jedinica, kumulativno za period 2012-2016, za dobnu skupinu 25-54



Izvor: Fetahović, A (2017)

Objašnjenje grafikona: *Svaki administrativni nivo ima svoju boju, to jeste, RS je označena tamno plavom bojom, Kanton Sarajevo tamno zelenom, Srednjobosanski kanton ružičastom, itd. Svaka crtica predstavlja 1.000 migrantskih tokova (tj. u Kantonu Sarajevo je ukupan migracioni tok iznosio 17.000, od čega je preko 6.000 bio odliv (najveći odliv je bio u RS) i preko 10.000 su bili prilivi (uglavnom iz Zeničko-dobojskog kantona).*

U RS-u u 2013. godini je zabilježen pad interne migracije sa 14.173 ljudi na 8.134 u 2019. godini.

Žene predstavljaju većinu internih migranata u RS-u. U 2013. godini su učesvovale u ukupnom broju internih migranata sa 52,9%, a u 2018. godini sa 55,5%. Udio mladih među internim migrantima se povećao u toku posmatranog perioda sa 29,8% na 33,8%. Ukupna neto migracija u RS-u je bila pozitivna u periodu 2013-2018, uz pad vrijednosti sa 639 na početku ovog perioda na 200 na njegovom kraju. Migracioni tokovi među općinama ukazuju na daljnji pad stanovništva u ruralnim sredinama i priliv stanovništva u nekoliko gradova. Pozitivna neto migracija je zabilježena u toku cijelog perioda 2013-2018. u Banja Luci, Bijeljini, Gradu Istočno Sarajevo, Palama, Laktašima, Modriči, Petrovcu, Prijedoru, Stanarima i Trebinju.

U istom periodu je interna migracija u FBiH iznosila 20.014. Žene su predstavljale većinu među migrantima koji su promijenili prebivalište u FBiH. Njihov udio je iznosio 63,1% u 2013. i 59.0 u 2018. godini. Mlada populacija (15-29) je učestvovala sa 42,7% u ukupnom stanovništvu internih migranata u 2018. godini. Neto migracija u toku cijelog posmatranog perioda je negativna u FBiH i negativna vrijednost se povećala

sa -2.649 u 2013. na -3.061 u 2018. godini. Pozitivan neto migracioni saldo je zabilježen u toku cijelog perioda samo u Kantonu Sarajevo. Nema grada ni općine sa pozitivnim migracionim saldom u toku cijelog perioda, ali nekoliko gradova je za većinu tog perioda zabilježilo barem malu pozitivnu neto migraciju, kao što su Bihać, Goražde, Mostar i Sarajevo (Federalni zavod za statistiku FBiH, 2017c). Međutim, posljednji preliminarni podaci o migracijama pokazuju da su pozitivne neto migracije u 2019. godini imali Sarajevo, Mostar, Usora i Orašje.[136]

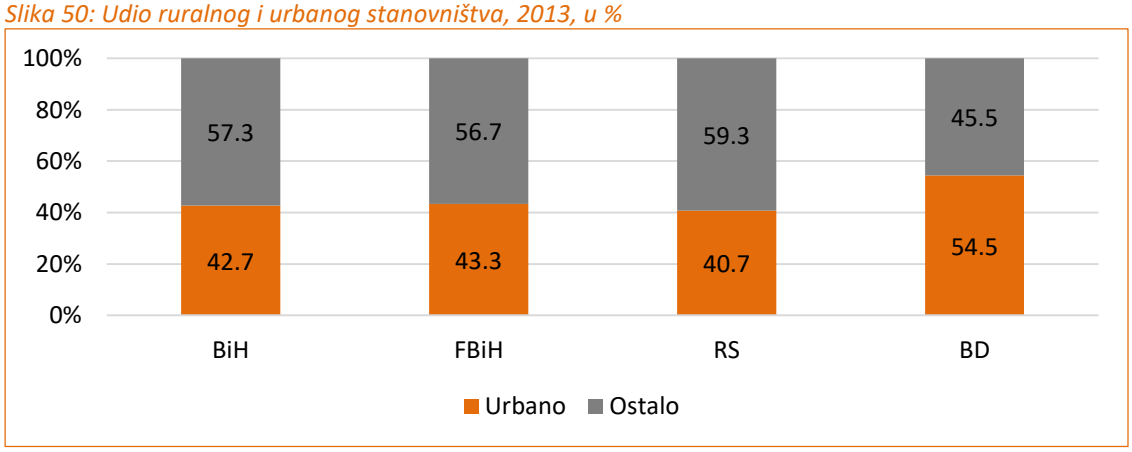
Prema procjeni društvenog utjecaja migracije iz ruralnih u urbana područja u BiH (Kačapor-Džihić, Oruč, 2012), niska mobilnost radne snage u zemlji onemogućava brža prilagođavanja tržištu rada, posebno u situaciji značajne nepodudarnosti između strukture vještina oblikovane obrazovnim sistemom u zemlji i potreba na tržištu rada. Zbog niske mobilnosti i uprkos vrlo visokim stopama nezaposlenosti, BiH se suočava sa nedostatkom određenih vještina u nekim regijama, dok istovremena u drugim regijama ima kvalificirane, ali nezaposlene osobe.

11.1.2 Pad stanovništva u ruralnim sredinama i izazovi ruralnog razvoja

Jedna od glavnih prepreka koje onemogućavaju precizan uvid u migraciju iz ruralnih u urbana područja je nepostojanje definicije ruralnog područja u zvaničnoj statistici BiH, posebno definicije koja bi bila usklađena sa definicijom OECD-a[137] te tako omogućila međunarodna poređenja. Zvanična statistika dijeli područja na urbana i „druga“, a u nedostatku definicije ruralnog područja, kategorija „drugih“ se koristi kao zamjena za ruralna područja.

Prema podacima iz popisa stanovništva 2013. godine, BiH je još uvijek pretežno ruralna zemlja, uprkos činjenici da je to zemlja najvećih migracija nakon Drugog svjetskog rata. Masovna kretanja ljudi u toku hiljadu devetsto devedesetih godina nisu utjecala na visoko ruralan profil BiH. Na nivou cijele BiH gotovo 60% stanovništva je još uvijek ruralno i FBiH i RS su pretežno ruralne, dok samo Brčko distrikt ima većinsko urbano stanovništvo. RS je u većoj mjeri ruralna nego FBiH (slika 50).

Slika 50: Udio ruralnog i urbanog stanovništva, 2013, u %



Izvor: Agencija za statistiku BiH, Popis stanovništva 2013.[138]

[136] https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://fzs.ba/wp-content/uploads/2020/02/Migracije-stanovnistva-2019-SB303.pdf str. 18

[137] Tipologija OECD-a definira ruralna područja na nivou NUTS 3 prema gustoći naseljenosti i veličini glavnog urbanog centra u regiji. Za više informacija vidi: https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf

[138] http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=1

S tim u vezi, BiH je jedna od najruralnijih zemalja Evrope, poslije Crne Gore, Irske i Finske (UNDP, 2013). Postoji pet područja u kojima gustoća naseljenosti prelazi 150 stanovnika po kvadratnom kilometru: područja oko Sarajeva (u centru) koja se protežu prema sjeverozapadu do Zenice; Tuzla i Brčko (sjeveroistočno od Sarajeva), Banja Luka (sjeverozapadno od Sarajeva), Cazin (sjeverozapadni vrh zemlje) i Goražde (jugoistočno od Sarajeva). Osim Goražda, sve općine na jugozapadu i sjeveroistoku BiH su ruralne sa gustoćom naseljenosti ispod 100 stanovnika po kvadratnom kilometru.

U Nacionalnom izvještaju o humanom razvoju za 2013. godinu, sa fokusom na ruralni razvoj, UNDP je kao urbano područje klasificirao Sarajevo, druge gradove sa 100.000 ili više stanovnika i druga područja sa gustoćom naseljenosti preko 150 stanovnika po kvadratnom kilometru. Kao ruralna područja klasificirana su sva područja sa gustoćom naseljenosti do 150 stanovnika po kvadratnom kilometru, pri čemu je napravljena razlika između semiurbanih (gustoća naseljenosti 100-150), pretežno ruralnih (gustoća naseljenosti 50-100) i izrazito ruralnih (gustoća naseljenosti ispod 50). Sa ovom klasifikacijom su autori došli do malo drugačijeg udjela ruralnog stanovništva na nivou BiH, sa 55% stanovnika koji žive u ruralnim područjima (UNDP, 2013: 39). Analiza je otkrila mnoge važne razlike između urbanih i ruralnih područja u smislu demografskih karakteristika, zaposlenosti i strukture ekonomije, socijalnih uvjeta i siromaštva.

Prema ovoj analizi, postoji jasan trend kretanja stanovništva ka Sarajevu i drugim većim gradovima (sa 100.000+ stanovnika). Ali, istovremeno, druge urbane općine (sa gustoćom naseljenosti iznad 150 stanovnika po km^2) gube stanovništvo brže nego semiurbana ili pretežno ruralna područja, što znači da su trendovi vanjske migracije jači u manjim gradovima nego u semiurbanim ili pretežno ruralnim područjima. Međutim, najjača vanjska migracija je ona iz izrazito ruralnih općina koje se smanjuju gotovo jednako brzo kao što drugi gradovi rastu (Ibid: 39). Stoga se glavna dinamika interne migracije primjećuje u najizraženijem rastu Sarajeva i drugih gradova sa 100.000 i više stanovnika i najvećoj vanjskoj migraciji iz izrazito ruralnih područja. Ipak, dinamika kretanja nije brza koliko je postotak migranata relativno nizak u ukupnom stanovništvu, kao što je to prikazano u prethodnom dijelu.

U istraživanju UNDP-a je ustanovljeno da ruralna područja imaju stariju populaciju, nešto viši nivo nezaposlenosti i znatno niži udio zaposlene populacije. Zbog toga ruralna područja imaju znatno niži BDP po glavi stanovnika. Infrastruktura i usluge su u ruralnim područjima slabiji, a domaćinstva su ovisnija o lokalnim izvorima goriva, vode i sanitacije i na većoj udaljenosti od osnovnih usluga. Poljoprivreda i srodne djelatnosti imaju relativno mali udio u dohotku, proizvodima i zaposlenosti u ruralnim područjima. Gotovo polovina ruralnih domaćinstava proizvodi dio hrane za vlastite potrebe. Poljoprivredna proizvodnja za vlastite potrebe je važan dio sveukupnih ekonomskih strategija ruralnih domaćinstava (Ibid: 142). Prema studiji, oko 49% BDP-a BiH i dohotka se ostvaraje u ruralnim općinama. Zbog tako velikog značaja ruralnih područja za cjelokupnu privredu BiH, značaj politika i programa ruralnog razvoja je visok za ukupan ekonomski razvoj BiH.

Postoji Strateški plan ruralnog razvoja BiH za period 2018-2021.[139] i planovi za FBiH i RS[140]. Cilj Strategije je „povećati konkurentnost poljoprivredno-prehrambenih proizvoda i kvalitete života u ruralnim područjima za sve grupe, posebno za mlade, i pritom osigurati adekvatnu zaštitu okoliša kroz djelotvornije korištenje resursa, unaprijeđenu kvalitetu proizvoda i povećan nivo ulaganja.“ Programi ruralnog razvoja

[139] http://www.mvteo.gov.ba/data/Home/Dokumenti/Poljoprivreda/Strategic_Plan_for_Rural_Development_of_BiH___Eng.pdf
[140] *Program ruralnog razvoja u FBiH za period 2018-2020. i Strateški plan razvoja poljoprivrede i ruralnih područja RS, 2016-2020.*

se finansiraju iz raznih izvora, uključujući i sredstva iz IPA fondova Evropske unije, s obzirom na to da pristup pomoći iz programa IPARD zahtijeva poštivanje složenih uvjeta koji još uvijek nisu ispunjeni.

11.2 Emigracija i razvoj

BiH je pretežno emigraciona zemlja. Broj (regularnih) imigranata u BiH se povećava od 2008. godine (sa 6.000 na preko 11.000 u 2017. godini), ali je daleko ispod nivoa emigracije (Ministarstvo sigurnosti, Sektor za imigraciju, 2017: 29)[141]. Prema podacima Svjetske banke, BiH je rangirana na petnaesto mjesto u svijetu u pogledu veličine emigracije, koja je procijenjena na 44,5% ukupnog stanovništva.

Kao što je opisano u uvodu ovog poglavlja, desilo se nekoliko valova emigracije iz BiH. Emigracija u toku hiljadu devetsto šezdesetih i sedamdesetih godina je uglavnom bila emigracija niskokvalificiranih radnika koji su popunili prazninu na tržištima rada razvijenijih evropskih zemalja. Iako je namjera bila zadržati migrante kao „gastarbajtere“ koji bi na kraju napustili zemlju odredišta kada više ne bude potrebe za njihovim radom ili kada se penzionišu, značajan dio njih se stalno nastanio i stekao državljanstvo zemlje odredišta. Ti migranti su važni s obzirom na to da su utjecali na tokove kasnije migracije u toku hiljadu devetsto devedesetih i privukli izbjeglice koje su napustile zemlju u toku rata. Osim toga, zemlje odredišta sa otvorenijom politikom prihvata izbjeglica, kao što su Njemačka i Švedska, također bile zemlje odredišta za izbjeglice iz BiH. Za nedavnu ekonomsku emigraciju poslije 2000. godine ti prethodni valovi migranata su vrlo značajni s obzirom da usmjeravaju emigraciju ka već uspostavljenim zajednicama u zemljama EU. Ti trendovi su vidljivi kroz distribuciju emigracije u EU. Značajan faktor u usmjeravanju tokova emigracije su historijske veze sa zemljama Zapadnog Balkana, posebno sa Hrvatskom i Slovenijom, u koje su ljudi tradicionalno emigrirali u potrazi za poslom.

11.2.1 Emigracioni trendovi

Gotovo je nemoguće dobiti potpunu sliku o emigraciji zbog nedovoljnih podataka za BiH i za druge zemlje. Jedan od mogućih načina je bio posmatrati podatke iz službenih evidencija o državljanima koji su odjavili prebivalište u BiH radi odlaska u inostranstvo. Takvi statistički podaci se redovno objavljuju u migracionim profilima BiH. Drugi način je bio posmatrati podatke iz popisa stanovništa o članovima domaćinstva koji su se preselili i žive u inostranstvu. Treći način je bio posmatrati podatke iz zemalja odredišta. Nijedna ova opcija ne daje kompletne podatke. U prvom slučaju se stiče ograničen uvid zato što mnogi ljudi ne odjavljuju prebivalište u BiH prije odlaska u inostranstvo. U drugom slučaju ograničenja se odnose na činjenicu da nema dovoljno podataka o emigraciji kompletnih domaćinstava zato što to niko ne prijavljuje. Treća metoda je ograničena zato što sve zemlje ne daju dovoljno precizne i detaljne statističke podatke da bi se stekao jasan uvid u broj državljana BiH u ukupnom broju migranata na njihovoj teritoriji.

Prema statističkim podacima o osobama koje su odjavile prebivalište u BiH radi iseljavanja iz BiH, u 2016. godini je bilo 4.034 takve osobe. Najčešće zemlje odredišta su bile Njemačka, Austrija, Hrvatska, Srbija, Slovenija i u daleko manjem broju slučajeva druge zemlje (tabela 11.1). Prema drugim procjenama (Kačapor-Džihić, Oruč, 2012), od 2000. godine godišnje emigrira u prosjeku između 15.000 i 20.000 građana BiH.

[141] *Prema podacima Službe za strance, glavni razlozi za podnošenje zahtjeva za boravišnu dozvolu su bil ispajanje porodice (4.244 slučaja), obrazovanje (3.170 slučajeva) i rad (2.611 slučajeva).*

Tabela 40: Broj osoba koje su odjavile prebivalište u BiH u periodu 2016 -2018. radi emigracije u druge zemlje, prema 8 najčešćih zemalja odredišta

Zemlja odredišta	2016.	2017.	2018.
Njemačka	1.196	1.339	1.381
Austrija	895	994	773
Hrvatska	888	843	755
Srbija	487	429	650
Slovenija	421	512	406
Crna Gora	63	65	57
Norveška	38	23	25
Nizozemska	36	23	23
Druge zemlje	10	42	43
Ukupno	4.034	4.270	4.113

Izvor: Ministarstvo sigurnosti, Sektor za imigraciju (2017), Migracioni profil BiH 2016: 68, Ministarstvo sigurnosti, Sektor za imigraciju (2018) Migracioni profil BiH 2017: 68; izvor: Ministarstvo sigurnosti, Sektor za imigraciju (2019) Migracioni profil BiH 2018: 70.

Na osnovu podataka iz zemalja odredišta i ambasada BiH, ukupan broj emigranata iz BiH se procjenjuje na 1,7 miliona, što je 56,64% ukupnog današnjeg stanovništva BiH (Ibid). Prema procjenama Svjetske banke, taj postotak je nešto manji i iznosi 44,5%, što pozicionira BiH na 16. mjesto u svijetu prema stopi emigracije (Svjetska banka, 2016). Eurostat daje podatke za EU i druge evropske zemlje. Prema tim podacima, u 2018. godini je 407,161 državljanin BiH boravio u državama EU, članicama Evropskog ekonomskog prostora, državama Evropskog udruženja slobodne trgovine i Šengena (tabela 11.2). Najveća zemlja odredišta je Njemačka sa preko 170.000 državljana BiH, a nakon nje slijede Austrija, Slovenija, Švicarska i Italija. U cjelokupnoj populaciji iseljenika u države članice EU, Evropskog ekonomskog prostora, Evropskog udruženja slobodne trgovine i Šengena prevladavaju muškarci, sa udjelom od 55,1% u toj populaciji.

Tabela 41: Broj državljana BiH u zemljama EU, EEA, EFTA i Šengena

Država odredišta	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Belgija	1.542	1.712	2.409	2.525	2.272	2.118	2.100	1.947	1.846	1.790
Bugarska	38	38	36	38	37	40	41	45	46	56
Češka	1.975	2.181	2.124	2.048	2.085	2.111	2.000	2.145	2.207	2.215
Danska	11,841	11.546	11.382	11,148	11.013	10.941	10.850	10.712	10.213	9.837
Njemačka	166.413	164.524	:	142.264	143.709	146.164	152.262	157.039	160.940	171.313
Irska	553	427	424	:	:	:	:	:	264	319
Italija	4.632	5.378	6.216	6.654	7.446	8.177	8.379	8.529	8.636	25.034
Luksemburg	:	:	:	:	:	:	:	2.156	2.168	2.036
Mađarska	452	327	335	238	281	334	358	396	427	422
Nizozemska	2.234	2.441	2.316	2.351	2.374	2.235	2.170	2.119	2.122	2.114
Austrija	91.831	:	:	89.578	89.925	90.963	92.527	93.973	94.611	95.189
Portugal	50	50	47	40	59	56	50	57	54	59
Rumunija	:	:	:	50	54	67	58	73	80	72
Slovenija	33.073	39.026	38.836	39.255	41.256	43.250	44.885	47.726	50.378	54.044
Slovačka	103	105	114	134	137	103	105	111	118	118
Finska	1.723	1.753	1.779	1.753	1.705	1.632	1.607	1.626	1.587	1.550
Švedska	9.142	8.451	7.908	7.148	6.846	6.597	6.541	6.415	6.257	6.298
Island	:	67	59	54	33	31	29	30	29	63
Lihtenštajn	310	305	303	300	298	299	298	293	291	281
Norveška	3.905	3.807	3.706	3.563	3.575	3.560	3.532	3.577	3.645	3.661
Švicarska	37.631	35.907	35.513	34.240	33.574	33.002	32.583	31.905	31.339	30.686
Drugo				1	2	4	3	2	1	4
Ukupno	356.082	278.045	113.507	343.382	346.681	351.684	360.378	370.876	377.259	407.161

Izvor: Eurostat, Statistika o demografiji i migraciji[142]
: = podaci nisu dostupni

Statistički podaci o emigraciji iz BiH su kompletniji kada se broju osoba sa boravištem u zemljama EU, EEA, EFTA i Šengena dodaju osobe koje su rođene u BiH, ali su stekle državljanstvo zemlje odredišta. Tada ukupan broj emigranata iznosi 460.034 osobe, bez podataka za Njemačku, koji nisu objavljeni. Rodna struktura u ovom slučaju postaje izbalansiranija, sa 52,3% muškaraca u ukupnom broju emigranata.

[142] https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/database

Tabela 42: Broj građana u zemljama EU, EEA, EFTA i Šengena koji su rođeni u BiH

Zemlja odredišta	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Belgija	215	267	450	556	498	486	521	542	583	642
Bugarska	:	:	107	103	106	113	116	122	123	139
Češka	2.322	2.550	2.472	2.422	2.467	2.560	2.504	2.673	2.772	2.799
Danska	18.089	18.003	17.858	17.651	17.474	17.383	17.310	17.214	17.136	17.060
Irska	1.290	1.210	1.283	:	:	:	:	:	:	:
Italija	10.399	10.348	10.303	10.225	10.189	10.921	11.359	12.025	12.368	29.624
Luksemburg	:	:	:	:	:	:	:	:	2.367	2.498
Mađarska	:	:	:	214	241	263	250	276	295	338
Nizozemska	7.019	6.807	6.580	6.388	765	796	821	846	901	941
Austrija	149.903	:	:	150.493	151.705	155.050	158.853	162.021	164.291	166.752
Rumunija	:	:	:	:	0	5	11	50	101	111
Slovenija	97.142	102.915	96.897	97.152	98.527	100.039	100.880	102.848	104.738	107.676
Slovačka	:	105	114	328	329	389	394	419	434	442
Finska	510	557	585	600	622	641	678	723	741	768
Švedska	55.960	56.127	56.183	56.290	56.595	56.804	57.289	57.705	58.181	58.880
Island	:	144	140	146	140	149	150	161	178	239
Lihtenštajn	294	297	295	297	301	307	306	299	298	296
Norveška	12.939	12.977	12.999	13.025	13.110	13.208	13.348	13.433	13.606	13.685
Švicarska	:	:	51.084	52.379	53.204	54.130	55.368	56.430	56.850	57.130
Drugo				4	8	11	15	15	13	14
Ukupno	357.250	212.307	257.350	408.273	406.281	413.255	420.173	427.802	435.976	460.034

Izvor: Eurostat, Statistika o demografiji i migraciji [143]

Na osnovu statističkih podataka iz druge tri važne zemlje odredišta (SAD, Kanada i Australija), potrebno je dodati 105.569 osoba rođenih u BiH koje su 2018. godine evidentirane u SAD-u[144], 36.135 u Kanadi[145] i 35.430 u Australiji.[146]

Razlog za emigraciju se uglavnom odnosi na zapošljavanje. BiH je zaključila sporazume o zapošljavanju odnosno posredovanju pri zapošljavanju radnika iz BiH u Sloveniji i Njemačkoj. Na osnovu podataka Agencije za rad i zapošljavanje BiH, 2016. godine je 4.778 državljana BiH zaposleno putem ovog mehanizma u Sloveniji i 1.079 u Njemačkoj. Ovaj oblik organizirane migracije radnika je u porastu u nekoliko proteklih godina. Prema istim studijama (Zwager and Gressmann, 2010, citirano iz Kačapor-Džihić, Oruč, 2012), većina migranata je u državama odredišta stekla zakonski status koji uključuje i izdane radne dozvole. Najčešći sektori zapošljavanja su građevinarstvo, turizam i proizvodnja i prerada. Veliki broj njih je pronašao posao prije iseljenja, što pokazuje snažne migracione mreže u zemljama odredišta.

[143] https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/database
[144] Institut za migracionu politiku https://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/us-immigration-trends#Diaspora
[145] Statistika Kanade, popis stanovništva 2016. https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dv-vd/imm/index-eng.cfm, podaci se odnose na sve useljenike koji su rođeni u Bosni i Hercegovini.
[146] Australijski biro za statistiku, http://stat.data.abs.gov.au/Index.aspx?DatasetCode=ERP_COB#

Podaci o stručnoj spremi i zvanju emigranata nisu precizni, ali prema nekim procjenama, stopa emigracije osoba sa visokom stručnom spremom u zemlje OECD-a iznosi 28,36%, dok je stopa emigracije među doktorima medicine 12,7% (IOM, 2007, citirano iz Kačapor-Džihić, Oruč, 2012). To predstavlja značajan gubitak ljudskog kapitala za socioekonomski razvoj BiH. Prema drugoj studiji, preko 80% doktora nauka je emigriralo iz BiH.

Emigracija mladih predstavlja značajan problem. Kao što je opisano u poglavlju o mladima, oni nailaze na probleme vezane za zapošljavanje te stoga i ostvarivanje zadovoljavajuće egzistencije. Istraživanje o težnji mladih da emigriraju (Mujić, Zaimović Kurtović, 2017) pokazuje da mladi starosti do 25 godina imaju najveću težnju da emigriraju. Među osobama u dobi od 21 godinu svaka četvrta osoba želi emigrirati iz zemlje. Među najčešćim razlozima koje navode su visoka stopa nezaposlenosti, socioekonomsko okruženje, politička nestabilnost i drugi problemi. Mladi nisu zadovoljni ni obrazovanjem, tako da bi gotovo polovina njih radije nastavila školovati se u inostranstvu. Njihove preferencije u pogledu država odredišta oslikavaju inerciju ka već uspostavljenim zajednicama u Austriji, Njemačkoj, Sloveniji, Norveškoj, Švedskoj, SAD-u, Kanadi i Italiji.

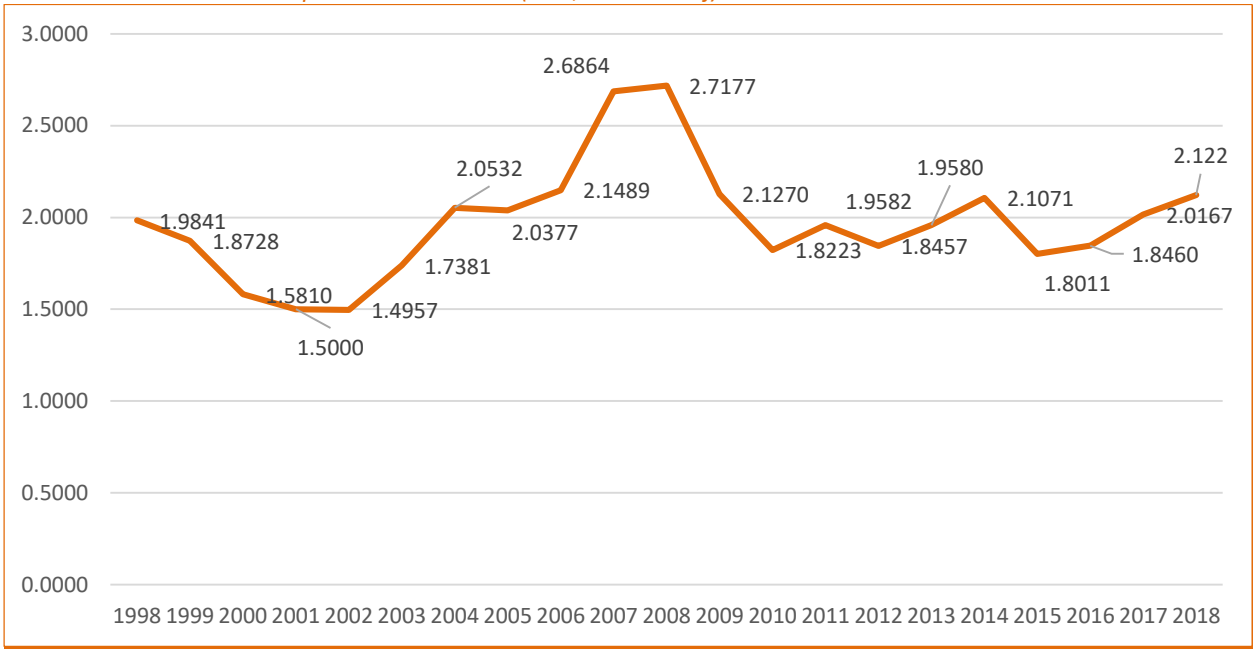
Istraživanje je pokazalo i percepciju mladih koja leži iza njihovih težnji da se isele iz zemlje. Oni su uvjereni da je neophodno biti u blizini politički utjecajnih ljudi, političkih stranaka i političara da bi dobili posao i imali mogućnost da napreduju u karijeri. Također su uvjereni da je BiH postala tržište sa jeftinom radnom snagom na kojem se obrazovanje ne isplati, s obzirom na to da mnoge visoko obrazovane osobe zaposlene u privatnom ili nevladinom sektoru rade za nisku plaću.

Nema preciznih dokaza o utjecaju bivših migranata koji su se vratili u BiH. Prema dostupnom istraživanju (Lianos 2005, citirano iz Kačapor-Džihić, Oruč, 2012), veliki broj povratnika je prešao iz sektora poljoprivrede u druge sektore. Više od polovine povratnika je steklo nove vještine, uključujući i vještine koje su stekli uz rad, i naučilo jedan ili više stranih jezika.

11.2.2 Doznake iz inostranstva

BiH nije samo u vrhu zemalja u pogledu veličine emigracije, nego i u pogledu obima doznaka iz inostranstva. U 2014. godini BiH je bila 22. zemlja u svijetu s obzirom na to da je udio ukupnog iznosa doznaka u BDP-u iznosio 11,4% (Svjetska banka, 2016).

Slika 51: Lične doznake[147] u periodu 1998-2018. (USD, tekući tečaj)



Izvor: Svjetska banka[148]

Nema novijih preciznih podataka o načinu potrošnje doznaka. Dostupne studije ukazuju da se većina doznaka u BiH odlazi na potrošnju (Lianos 2005, citirano iz Kačapor-Džihić, Oruč, 2012). Prema istim izvorima, svega 3,6% doznaka koje prime domaćinstva u BiH je uloženo u razvoj poslovanja, dok je svega 0,5% uloženo u otvaranje preduzeća. Prema drugoj studiji (Zwager i Gressmann, 2010, citirano iz Kačapor-Džihić, Oruč, 2012), 6% emigranata iz BiH je izjavilo da su uložili sredstva u neko preduzeće u zemlji porijekla. Podaci prikupljeni kroz istraživanje o mjerenju životnog standarda ukazuju na to da doznake, ustvari, nisi namijenjene siromašnima. Radije, njima se povećavaju nejednakosti s obzirom da prosječan iznos doznaka stalno raste od najsiromašnijeg do najbogatijeg decila (Kačapor-Džihić, Oruč, 2012).

[147] Lične doznake se sastoje od ličnih transfera i naknada zaposlenima. Lični transferi se sastoje od svih tekućih novčanih ili naturalnih transfera koje rezidentna domaćinstva šalju ili primaju od nerezidentnih. Stoga, lični transferi obuhvataju sve tekuće transfere između rezidentnih i nerezidentnih osoba. Naknada zaposlenima se odnosi na dohodak graničnih, sezonskih i drugih radnika na kratkoročnom radu koji su zaposleni u ekonomiji u kojoj nisu rezidenti i rezidenata koji su zaposleni u nerezidentnim subjektima. Podaci o iznosu dvije stavke definirane u šestom izdanju Priručnika MMF-a o platnom bilansu: lični transferi naknada radnicima. Podaci su u tekućem tečaju USD.

[148] https://data.worldbank.org/indicator/BX.TRF.PWKR.CD.DT?locations=BA

11.3 Neregularna migracija, krijumčarenje i trgovina ljudima

11.3.1 Neregularna migracija u, kroz i iz BiH

BiH je prije svega zemlja tranzita duž migracione rute koja vodi od egejske rute i Grčke kroz Zapadni Balkan ka EU. Restriktivnijim mjerama i jačanjem kontrole na sjevernim granicama ka Mađarskoj i Hrvatskoj iz Srbije povećan je tranzit neregularnih migranata kroz alternativne rute kroz BiH. U 2017. godini je granica BiH bila druga po redu najprometnija granica u pogledu protoka putnika na regionalnom nivou, sa udjelom od 26% ukupnog prometa na Zapadnom Balkanu (Frontex, 2018: 14). Odbijanje ulaska je mjera koju izriče Granična policija BiH prema osobama koje ne ispunjavaju zakonom propisane uvjete ulaska u zemlju. Broj odbijenih ulazaka je smanjen u periodu 2008-2017. sa 3.102 na 2.313 slučajeva (Migracioni profil BiH, 2017: 22). Među osobama kojima je izdano rješenje o odbijanju ulaska u BiH većinu čine državljani Turske, Hrvatske, Srbije i Kolumbije, na koje otpada 73,7% svih odbijenih ulazaka. Najčešći razlozi za odbijanje ulaska je neposjedovanje važećeg pasoša i vize, kao i nemogućnost dokazivanja svrhe namjeravanog boravka i neposjedovanje dovoljnog iznosa novčanih sredstava potrebnog za troškove boravka.

Za razliku od odbijanja ulaska, nezakonit prelazak državne granice podrazumijeva osobe otkrivene u pokušaju nezakonitog prelaska državne granice na graničnom prijelazu ili izvan njega. U nekoliko proteklih godina je zabilježeno povećanje broja osoba koje su otkrivene u pokušaju nezakonitog prelaska granice BiH. U toku 2018. godine je identificirano 4,489 osoba u pokušaju da nezakonito pređu granicu BiH, što je povećanje od 486% u poređenju sa prethodnom godinom (Migracioni profil BiH, 2018: 26). To su najčešće državljani Pakistana, Irana, Sirije, Afganistana i Iraka, koji čine 80% svih osoba uhvaćenih u pokušaju da nezakonito pređu granicu. Povećani broj pokušaja nezakonitog prelaska granice je posljedica situacije u pogledu migracione krize duž zapadnobalkanske rute. Zbog sve restriktivnijih mjera i povećane kontrole na graničnim prijelazima povećan je broj pokušaja nelegalnog prelaska preko državne granice izvan zvaničnih graničnih prijelaza. Broj identificiranih slučajeva neregularne migracije je daleko veći u toku pokušaja ulaska u BiH nego izlaska iz BiH. U 2018. godini se u ukupnom broju identificiranih neregularnih pokušaja prelaska granice 64% odnosilo na pokušaj ulaska u zemlju (Migracioni profil BiH, 2018: 27).

Što se tiče neregularnih migranata koji su identificirani tokom boravka u BiH, došlo je do primjetnog porasta njihovog broja u 2016. i 2017. godini (za 62,5%), koji je nastavio rasti i u 2017. i 2018. godini (Migracioni profil BiH, 2018: 38). Mjere preduzete prema strancima nakon što se otkrije njihov neregularni boravak obuhvataju otkaz bezviznog ili privremenog boravka, otkaz stalnog boravka, otkaz bezviznog ili privremenog boravka sa mjerom protjerivanja, rješenje o protjerivanju, stavljanje stranca pod nadzor i udaljenje stranca iz BiH. U 2018. godini su ove mjere donesene u ukupno 2,733 slučaja, što je povećanje od 25,7% u poređenju sa 2017. godinom kada je bilo 2.174 takvih slučajeva. U 2018. godini boravak je otkazan u većini slučajeva građanima Srbije, Hrvatske, Kine, Turske i Sjeverne Makedonije, na koje otpada 66% ukupnih otkaza. Rješenja o protjerivanju su u najvećem broju slučajeva izdana državljanima Turske, Irana, Afganistana, Pakistana, Sirije, Albanije, Libije, Iraka, Srbije, Alžira, Tunisa i Palestine, na što otpada 86% svih rješenja o protjerivanju. Od svih stranaca koji su stavljeni pod nadzor, većinu čine državljani Turske, Irana, Pakistana, Albanije, Alžira i Afganistana (77,5% ukupnog broja rješenja o stavljanju pod nadzor), dok je iste godine izdano jedno rješenje o protjerivanju (Migracioni profil BiH, 2018: 41).

Osim toga, BiH prihvata strance koji su ušli u EU neregularno kroz njenu teritoriju. Na osnovu Sporazuma o readmisiji sa Hrvatskom, BiH prihvata najveći broj povratnika, bez obzira da li su državljani BiH, koji su neregularno migrirali u EU ili građane trećih zemalja koji su ušli u EU kroz BiH. Broj prihvaćenih državljana

trećih zemalja prema Sporazumu o readmisiji sa Hrvatskom bio je 311 u 2017. godini, dok u 2018. udvostručen i iznosio je 652. Ovi podaci upotpunjuju sliku o povećanoj dinamici neregularnih migracija u toku posljednjih nekoliko godina i poziciju BiH u tokovima tih migracija.

Programi vraćanja stranih državljana uhvaćenih u neregularnom boravku ili na graničnom prijelazu provode se u saradnji sa međunarodnom zajednicom. U saradnji sa IOM-om i Službom za poslove sa strancima BiH provodio se dobrovoljni povratak stranaca u njihove zemlje porijekla. Saradnja sa IOM-om je trajala do 2012. godine, nakon čega je prekinuta zbog nedostatka sredstava. Počevši od 2012. godine Služba za poslove sa strancima BiH samostalno organizira dobrovoljni povratak stranaca (Migracioni profil BiH, 2017: 45).

Tabela 43. Ukupan broj stranaca koji su vraćeni iz BiH uz pomoć IOM-a i Službe za poslove sa strancima od 2008. do 2018.

	2008.	2009.	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.	UKUPNO
IOM	28	153	154	173	-	-	-	-	-	-	411	991
Služba za poslove sa strancima[149]	-	-	-	-	160	159	169	179	246	628	324	1.865

Izvor: Migracioni profil Bosne i Hercegovine za 2018.

11.3.2 Državljani BiH kao neregularni migranti

Što se tiče neregularnih migranata koji su državljani BiH i koji su identificirani u drugim zemljama, njihov povratak u BiH je reguliran sporazumima o readmisiji. Ministarstvo sigurnosti – Sektor za imigraciju – provodi provjeru identiteta državljana BiH za koje je izdan zahtjev za readmisiju. Kroz programe potpognutog dobrovoljnog povratka koje provodi IOM, u periodu 2009-2018. godina se 1.573 osoba koje su neregularno boravile u EU vratilo u BiH (Migracioni profil BiH, 2018: 43). Najviše njih se vratilo iz Njemačke (34%), Nizozemske (18%), Švicarske (17%), Belgije (9%), Austrije (7%), Finske (5%), itd.

U nekoliko proteklih godina povećan je broj neregularnih boravaka u nekim državama članicama EU. Prema izvještaju Frontexa,[150] u 2017. godini je udvostručen broj državljana BiH koji su neregularno boravili u nekim državama članicama EU. Poređenja radi, u 2015. godini je registrirano 271 državljana BiH, u 2016. godini 252, dok su u 2017. 403 građana neregularno boravila u nekim državama članicama EU.

11.3.3 Krijumčarenje ljudi

Krijumčarenje ljudi znači posredovanje u svrhu direktnog ili indirektnog stjecanja finansijske i druge materijalne koristi od nezakonitog ulaska osobe u državu stranku koje ta osoba nije državljanin ili u njoj nema trajno boravište. [151] Krijumčarenje migranata, neregularne migracije i trgovina ljudima predstavljaju fenomen koji je Bosnu i Hercegovinu pogodio više puta. Ipak, od kraja rata hiljadu devetsto devedesetih

[149] *Služba za poslove sa strancima, Ministarstvo sigurnosti BiH.*
[150] *Godišnja analiza rizika za Zapadni Balkan, 2018, strana 48.*
[151] *Protokol protiv krijumčarenja migranata kopnom, morem i zrakom, kojim se dopunjuje Konvencija Ujedinjenih nacija protiv transnacionalnog organiziranog kriminala, član 3.*

godina do danas desile su se promjene u pogledu rute, profila i porijekla migranata, kao i metoda koje koriste krijumčari i trgovci ljudima pod tim okolnostima (IOM; 2016: 3).

U periodu 2010-2015. godina Granična policija BiH je otkrila 95 slučajeva krijumčarenja migranata u BiH. U studiji o krijumčarenju migranata na Zapadnom Balkanu su opisane najvažnije metode, rute i karakteristike krijumčarenja migranata (IOM, 2016). Prokrijumčareni migranti, koji su došli iz Albanije u Bosnu i Hercegovinu, ulaze preko Crne Gore, preko granice na jugu zemlje, u blizini Trebinja i Bileće, i napuštaju teritoriju BiH prelaskom preko granice sa Hrvatskom, na sjeverozapadu, u blizini Bihaća, Velike Kladuše i Novog Grada. Tu rutu koriste i državljani Turske koji imaju sirijski ili afganistanski pasoš, a u BiH dolaze regularno – avionom i po slijetanju na Aerodrom Sarajevo nelegalno prelaze preko državne granice sa Srbijom i Hrvatskom kako bi se priključili drugim emigrantima koji traže azil u te dvije zemlje (Ibid: 10).

Za razliku od krijumčarenja osoba u prošlosti, kada su proces vodile velike kriminalne grupe, krijumčarenje migranata u BiH trenutno vode male, ali dobro razvijene kriminalne mreže koje se sastoje od malog broja osoba (2 do 4) ili osobe koje djeluju samostalno i koje su najčešće od ranije poznate policiji. Strategije krijumčarenja su brzo izrađene na početku migracione krize sa mrežama krijumčara koji su organizirani, bolje povezani i koriste savremena sredstva komuniciranja nego prije (Cvejić, Kitanov, 2017: 29).

Zapažanja iz studije provedene u 2016. godini (Cvejić, Kitanov, 2017: 30) ukazuju na to da predstavnici organizacija koje se bave krijumčarenjem u zemljama tranzita obično regrutuju domaće stanovnike koje smatraju pouzdanim. Najčešće je kontakt osoba na lokalnom nivou istovremeno jedina osoba koja je poznata emigrantima i sa kojima ostvaruju kontakt u zemlji. Uloga te osobe je da regrutuje ostale osobe koje će prihvatiti migrante iz susjednih zemalja, odvesti ih do državne granice i uputiti na sljedeću osobu radi transporta.

Prema dostupnim informacijama, cijena kompletnih usluga koje se pružaju emigrantima u Bosni i Hercegovini, uključujući i pomoć pri neregularnom prijelazu preko granice radi ulaska u zemlju, transport u graničnom pojasu, eventualni smještaj i nezakonit izlazak iz zemlje, kreće se od 1.500 do 2.000 eura. Za osobe koje nelegalno prelaze preko zelene granice, ta cijena je znatno niža i kreće se između 150 i 200 eura (IOM, 2016: 13). Međutim, na osnovu obavljenih razgovora sa učesnicima, zaključeno je da je cijena krijumčarenja emigranata preko državne granice znatno pala (Cvejić, Kitanov, 2017: 35).

11.3.4 Trgovina ljudima

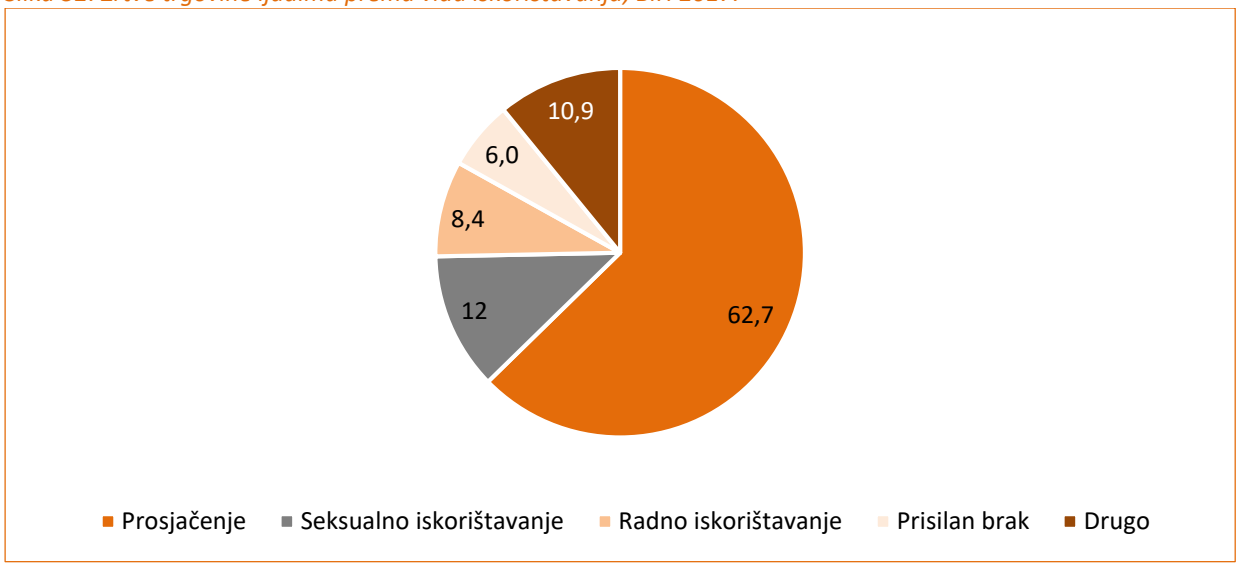
U zakonskom okviru BiH trgovina ljudima je definirana u skladu sa zvaničnom definicijom iz Konvencije Ujedinjenih nacija protiv transnacionalnog organiziranog kriminala. Trgovina ljudima u BiH se tretira i mjere poduzimaju u skladu sa tom definicijom. U krivičnim zakonima na entitetskom nivou je trgovina ljudima jasno definirana, kao i provođenje postupaka. Jedina razlika na nivou entiteta je da su u Federaciji BiH žrtve iz BiH zakonom priznate (IOM, 5). BiH je donijela Akcioni plan suprotstavljanja trgovini ljudima u Bosni i Hercegovini za period 2016-2019, na osnovu kojeg zemlja radi na unapređenju postojeće situacije u pogledu trgovine ljudima.
Trgovina ljudima je u BiH prisutna od kraja hiljadu devetsto devedesetih godina, a ono što je značajno promijenjeno u nekoliko proteklih godina je da su žrtve trgovine ljudima u sve većem broju državljani BiH. Nakon 2004. godine, kada su Rumunija i Bugarska postale članice EU, postalo je znatno lakše prevesti žrtve trgovine ljudima u drugu državu članicu EU drugim rutama te je tako broj žrtava iz BiH znatno porastao

(EU, 2013: 8). Prije toga su žrtve bile strani državljani, ali je danas većina žrtava koje su identificirali nadležni organi kao žrtve trgovine ljudima državljani BiH.

Promjena trenda u trgovini ljudima je primjetna u regiji u poređenju sa međunarodnom trgovinom ljudima u pogledu većeg udjela slučajeva u zemljama regije. Osim toga, međunarodna trgovina ljudima ne znači obavezno nezakonit prelazak preko državne granice, ali se djelomično dešava kroz regularan prijelaz državne granice zbog poteškoća u identifikaciji, čime se onemogućava stjecanje preciznijeg uvida u ukupan broj slučajeva (Cvejić i Babović, 2014:57).

Prema podacima Državnog koordinatora za borbu protiv trgovine ljudima, u 2017. godini su registrirana 83 slučaja trgovine ljudima, što je znatno više nego u 2016. godini kada je registrirano 48 slučajeva (Državni koordinator za borbu protiv trgovine ljudima, 2018: 3). Među identificiranim slučajevima prevladava iskorištavanje radi prosjačenja, nakon čega slijede seksualno i radno iskorištavanje.

Slika 52: Žrtve trgovine ljudima prema vidu iskorištavanja, BiH 2017.



Izvor: http://www.msb.gov.ba/PDF/izvjestaj_trgovina_ljudima_2017.pdf, strana 9.

Među žrtvama trgovine ljudima prevladavaju maloljetne osobe (56,6%), kao i ženske osobe (69,9%) i državljani BiH (97,6%).

U toku 2017. godine je provedeno 27 istraga protiv 38 osoba za krivično djelo trgovine ljudima i krivična djela povezana sa trgovinom ljudima, što predstavlja značajno povećanje u poređenju sa 2016. godinom kada je provedeno 7 istraga protiv 33 osobe. U toku iste godine je podignuto 15 optužnica protiv 23 osobe, u poređenju sa 5 optužnica protiv 25 osoba u 2016. godini. Doneseno je sedamnaest presuda (Ibid).

U procjeni situacije u pogledu trgovine ljudima za 2018. godinu, Ured Ministarstva vanjskih poslova SAD-a za praćenje i borbu protiv trgovine ljudima je primijetio da je Vijeće ministara BiH uložilo značajna nastojanja u toku izvještajnog perioda, što je zaključeno na osnovu identificiranja još više žrtava prisilnog prosjačenja i obeštećenja četiri žrtve od strane osuđenih trgovaca ljudima, koje je dodijeljeno u građanskom postupku. Međutim, bilo je i nedostataka u odgovoru na trgovinu ljudima. Kao jedno od osnovnih problema je prepoznato kažnjavanje žrtava trgovine ljudima za 105 nezakonitih djela počinjenih

kao direktna posljedica podvrgavanja trgovini ljudima. To je ocijenjeno kao neadekvatna identifikacija žrtve. Drugi problemi su se odnosili na provođenje zakona i socijalne radnike koji su opravdavali slučajeve potencijalnog prisilnog prosjačenja djece, prisilnog rada i prisilnog sklapanja braka u romskim zajednicama kao tradicionalne kulturne prakse. Ocijenjeno je da nadležni organi nisu pružali zaštitu žrtvama, kao i da nisu provodili istrage usmjerene na žrtvu niti su omogućili pružanje pomoći izvan sigurnih kuća koje vode nevladine organizacije i da Udarna grupa nije bila djelotvorna zbog nedovoljnog učešća relevantnih aktera. Zbog tih slabosti u sistemu zaštite od trgovine ljudima, Bosna i Hercegovina je 2017. godine spuštena na nivo 2 nadzorne liste (Ministarstvo vanjskih poslova SAD-a, Ured za praćenje i borbu protiv trgovine ljudima, 2018: 105).

11.4 Prisilna migracija

Prisilna migracija je migraciono kretanje sa elementom prisile, uključujući i prijetnje po život i egzistenciju, čiji je uzrok prirodni ili ljudski faktor. Prisilna migracija može imati oblik kretanja izbjeglica i interno raseljenih osoba, kao kretanja ljudi koji bježe od prirodnih katastrofa, hemijskih i nuklearnih nesreća, gladi ili razvojnih projekata (IOM, 2011: 39). U BiH u posljednje vrijeme postoje dva oblika prisilne migracije. Najeklatantniji i najmasivniji oblik je bila izbjeglička kriza i interno raseljeništvo u toku rata hiljadu devetsto devedesetih godina, kada su građani BiH odlazili u inostranstvo u potrazi za međunarodnom zaštitom ili su bili raseljeni unutar zemlje. Drugi je tekuća migraciona kriza koja se odnosi, prije svega, na kretanje izbjeglica i tražitelja azila koji su pobjegli od rata u Siriji ili iz drugih ratom zahvaćenih zemalja Bliskog Istoka, Centralne i Sjeverne Afrike.

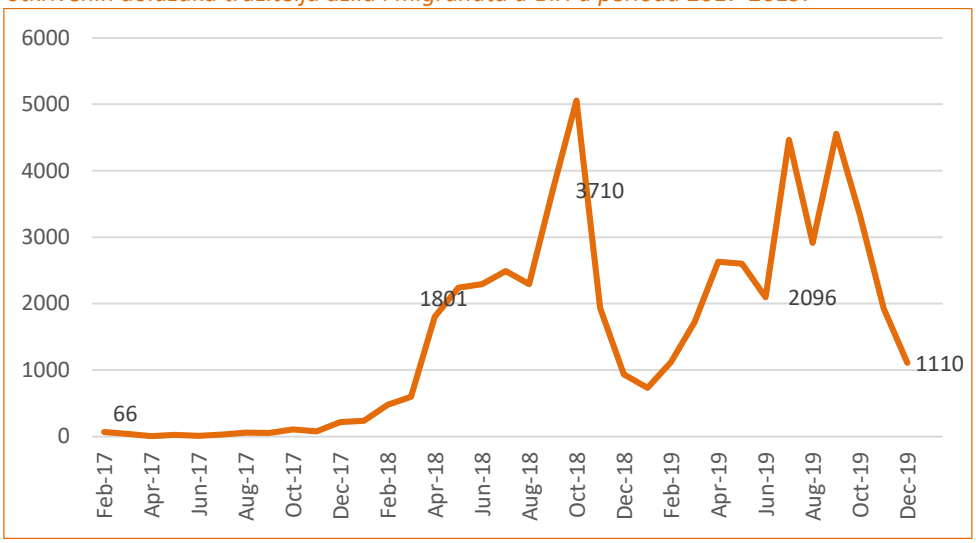
11.4.1 Izbjeglice i tražitelji azila

Zakonom i azilu u BiH definiran je položaj stranaca i osoba bez državljanstva. Izbjeglički status se odobrava strancima i osobama bez državljanstva koje imaju strah od progona iz više razloga i u skladu s tim ne žele tražiti zaštitu u svojoj domovini (Zakon o azilu, član 19). U skladu sa njihovim statusom, stranci ili osobe bez državljanstva imaju pravo tražiti međunarodnu zaštitu. O zahtjevu za azil se odlučuje u prvostepenom postupku koji vodi Ministarstvo sigurnosti BiH – Sektor za azil. Žalba na rješenje Sektora za azil se izjavljuje Sudu BiH.

Prema Zakonu o azilu, stranci su zaštićeni principom zabrane prisilnog vraćanja u zemlju u kojoj postoji rizik da će biti podvrgnuti smrtnoj kazni ili egzekuciji, mučenju, nehumanom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju. U postupku po zahtjevu za azil se istražuje vjerodostojnost razloga za odobravanje izbjegličkog statusa. Sektor za azil može odobriti izbjeglički status prema svojoj procjeni, status supsidijarne zaštite ako podnositelj zahtjeva ne ispunjava uvjete za dodjelu izbjegličkog statusa, ali postoji razumna sumnja da bi se u slučaju povratka u zemlju porijekla podnositelj zahtjeva suočio sa rizikom od teške povrede ljudskih prava i temeljnih sloboda, i može odbiti zahtjev i odrediti rok za dobrovoljno napuštanje BiH ili odbiti zahtjev i odlučiti da se podnositelj zahtjeva ne može udaljiti sa teritorije BiH na osnovu principa zabrane prisilnog povratka i u skladu s tim osigurati legalan boravak u BiH dok takav status traje.

BiH nije bila na glavnoj ruti velikih valova izbjeglica i tražitelja azila koji su prolazili kroz Zapadni Balkan na putu do Zapadne Evrope u 2015. godini, ali je od 2017. godine broj tražitelja azila u BiH povećan. U 2015. godini je podneseno 46 zahtjeva za azil, u 2016. godini 79 zahtjeva (Migracioni profil BiH, 2019: 57). Broj otkrivenih dolazaka tražitelja azila i migranata u BiH se znatno povećao u periodu 2017-2019.

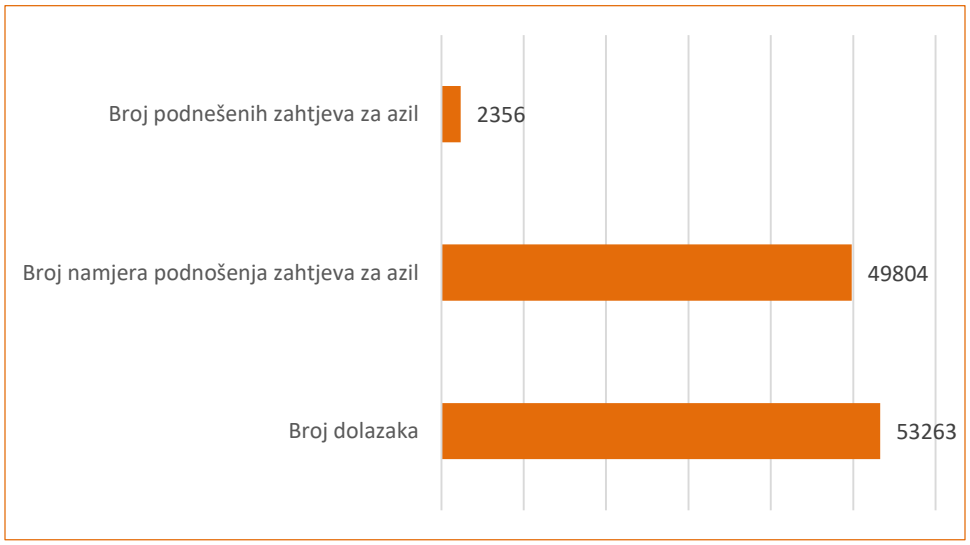
Slika 53: Broj otkrivenih dolazaka tražitelja azila i migranata u BiH u periodu 2017-2019.



Izvor: Inter Agency Operational Update 1-31 December 2019, https://bosniaherzegovina.un.org/sites/default/files/2020-02/Inter-agency%20December%202019.pdf, strana 1

Od 1. januara 2018. do 31. januara 2019. godine ukupno je otkriveno 53.263 dolazaka izbjeglica i migranata, od čega ih je 49.804 izrazilo namjeru da traži azil, a 2.356 je podnijelo zahtjev za azil.

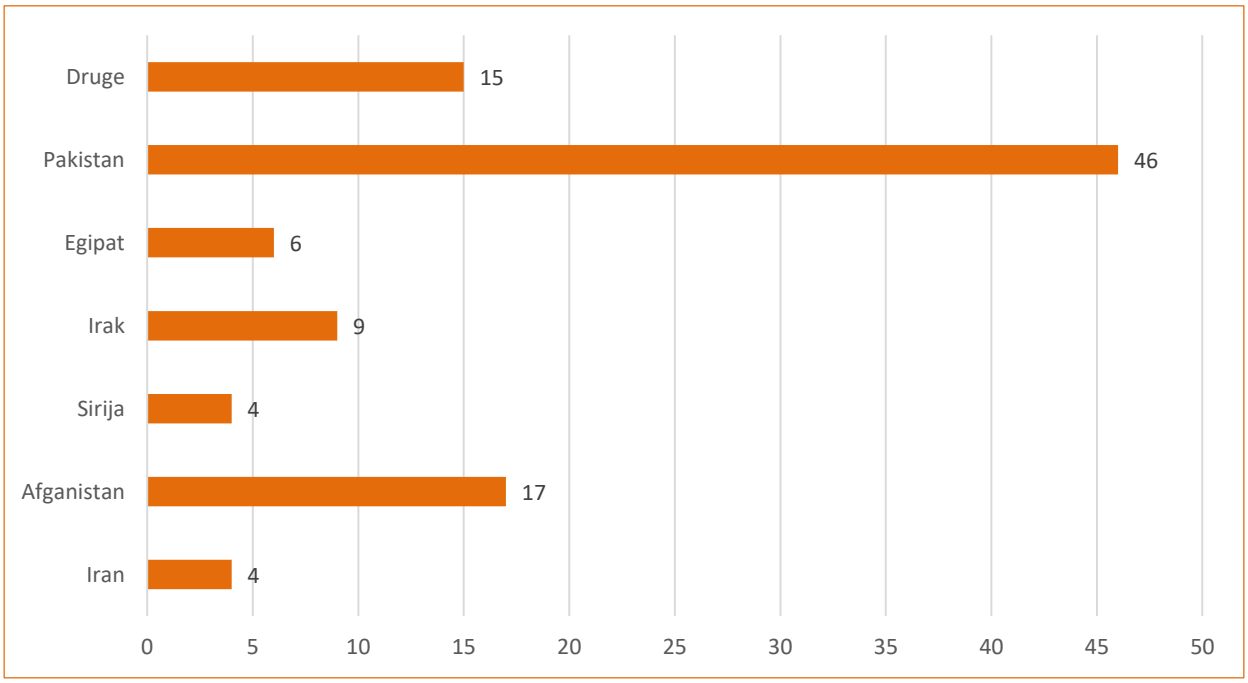
Slika 54: Broj otkrivenih dolazaka, broj namjera podnošenja zahtjeva za azil i broj podnesenih zahtjeva za azil u BiH, 1. januar 2018 – 31. decembar 2019.



Izvor: Inter Agency Operational Update 01-31 December2019

Među tražiteljima azila i migrantima u toku istog perioda najviše je bilo državljana Pakistana, Afganistana, Iraka, Egipta, Sirijske Arapske Republike i Islamske Republike Iran.

Slika 55: Najveći broj tražitelja azila i migranata prema zemlji porijekla, 1. januar 2018 – 31. decembar 2019, u %



Izvor: Inter Agency Operational Update, 01-31 December 2019

Procjenjuje se da je u decembru 2019. godine oko 8.000 migranata, tražitelja azila i izbjeglica ostalo u BiH i da su imali potrebu za raznim vidovima humanitarne pomoći na raznim lokacijama, posebno u Sarajevu i Unsko-sanskom kantonu.

Osnovna karakteristika tokova tražitelja azila i izbjeglica u BiH, kao i u zemljama Zapadnog Balkana, je visok stepen mobilnosti. Najveći broj tražitelja azila je, ustvari, legalizirao svoj status podnošenjem zahtjeva za azil, pritom tragajući za načinom da se nastave kretati dalje, prema zemljama EU. Zemlje Zapadnog Balkana su posebno restriktivne kada se radi o odobrenju međunarodne zaštite i karakteriziraju ih loši administrativni standardi koji se odnose na odobrenje međunarodne zaštite (Cvejić, Babović, 2014).

11.4.2 Izbjeglice i interno raseljene osobe

U periodu od 1992. do 1995. godine je preko polovine stanovništva BiH (2,2 miliona) bilo prisiljeno napustiti svoje prebivalište u BiH. Među njima, 1,2 miliona ljudi je podnijelo zahtjev za međunarodni zaštitu u preko stotinu zemalja širom svijeta, a zemlje u regiji su prihvatile 40% izbjeglica. Oko milion stanovnika je ostao interno raseljen u BiH. Od rata pa do danas je registrirano oko 1,06 miliona izbjeglica, od čega 58% interno raseljenih osoba i 42% izbjeglica.[152]

U Aneksu 7 Općeg okvirnog sporazuma za mir u BiH (Dejtonski mirovni sporazum) utvrđena su prava izbjeglica i interno raseljenih osoba. Radi ostvarivanja propisanih prava, početkom 2003. godine je usvojena „Strategija Bosne i Hercegovine za provedbu Aneksa 7 Dejtonskog mirovnog sporazuma“ (Ibid). Ta Strategija je bila prvi okvirni dokument na državnom nivou na osnovu kojeg su utvrđeni ciljevi, aktivnosti

[152] https://www.unhcr.org/see/wp-content/uploads/sites/57/2018/11/Brosura-BOS.pdf *strana 6*

i reforme potrebne za provođenje Aneksa 7 Dejtonskog mirovnog sporazuma i ona pruža smjernice međunarodnoj zajednici i institucijama BiH za unapređenje situacije u kojoj se nađu raseljene osobe u BiH. Strategiju je podržala međunarodna zajednica kroz Vijeće za implementaciju mira.

Nadležne institucije za provođenje Strategije i zaštitu interno raseljenih osoba su Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice BiH, Federalno ministarstvo raseljenih osoba i izbjeglica FBiH, Republički sekretarijat za raseljena lica i migracije RS-a i Odjel za raseljene osobe, izbjeglice i stambena pitanja Brčko distrikta. Osim tih institucija, na kantonalnom nivou postoje ministarstva ili uprave nadležne za pitanja raseljenih osoba i izbjeglica.

Krajem 2000. godine je u BiH provedena prva registracija interno raseljenih osoba, kada je registrirano 557.275 interno raseljenih osoba i od tada se njihov broj redovno ažurira. U 2017. godini je on iznosio 98.574. Za jednu trećinu raseljenih osoba se još uvijek smatra da je ugrožena. Prema UNHCR-u, oko 20.000 osoba registriranih kao izbjeglice iz BiH se nalazi izvan svoje zemlje porijekla (Ibid).

Podaci iz Izvještaja o provođenju Revidirane strategije Bosne i Hercegovine za provođenje Aneksa 7 Dejtonskog mirovnog sporazuma za 2016. godinu ukazuju na to da je većina osoba raseljena među entitetima. U Republici Srpskoj 91% raseljenih je došlo iz FBiH, dok je u FBiH 61% ukupnog broja raseljenih osoba došlo iz RS-a, a 39% iz drugih dijelova FBiH. Na teritoriji Brčko distrikta BiH 23% raseljenih su interno raseljene osobe unutar Brčko distrikta, dok je 75% došlo iz FBiH i 2% iz RS-a.

Još uvijek postoji oko 98.000 interno raseljenih osoba, što stavlja BiH među zemlje sa najvećim pitanjem izbjeglica i raseljenih osoba u Evropi (Ibid). Izbjeglice su iz bivše Jugoslavije čiji je status odobrilo Ministarstvo sigurnosti BiH i izbjeglice su također iz Hrvatske koje su registrirane kao izbjeglice u Republici Srpskoj. Većinu ove populacijske grupe, sa 6.677 osoba u 2017. godini,[153] čine izbjeglice iz Hrvatske (1991-1995).

Provedeni su razni programi kako bi se pomoglo raseljenim osobama i preostalim izbjeglicama da dobiju regularan status i da im bude omogućena socijalna inkluzija. UNHCR je proveo aktivnosti u saradnji sa državnim i entitetskim institucijama kako bi zatvorio pitanje izbjegličkog statusa osoba iz bivše Jugoslavije, nudeći rješenja u vidu njihove integracije kroz legalni boravak i državljanstvo ili kroz dobrovoljni povratak u Hrvatski. Razne institucije i organizacije provode programe socijalnog stanovanja, zapošljavanja, podrške izdržavanju vlastitim sredstvima i egzistencijalne pomoći i psihosocijalne podrške.

KLJUČNA ZAPAŽANJA

Složena slika migracija u BiH pokazuje da upravljanje raznim vrstama i tokovima migracija ne ide u prilog procesima razvoja:

- **Ruralno-urbanu migraciju** je teško pratiti zbog nepostojanja statističke definicije i razvrstanih podataka o ruralnim područjima. Tokovi migranata (koji nisu brzi, ali su stabilni) koji se kreću iz ruralnih područja u manje gradove, ka glavnom gradu i nekoliko većih gradova su očigledni iz dostupnih podataka. Ti tokovi su dio procesa modernizacije, ali su i posljedica regionalnih nejednakosti i istovremeno doprinose daljnjem produbljivanju regionalnih nejednakosti. Iako većina stanovništva još

[153] http://reporting.unhcr.org/node/15809

uvijek živi u ruralnim područjima, egzistencijalne mogućnosti i kvaliteta života u ruralnim područjima su teži nego u gradovima koji privlače stanovništvo kao magnet koji nudi mogućnosti.

- **Bosna i Hercegovina je izrazito emigraciona zemlja.** Masovna emigracija u toku hiljadu devetsto devedesetih godina je spuštena na niži nivo, ali postoje stabilni tokovi ekonomskih migranata koji se kreću ka razvijenim zemljama u potrazi za boljim mogućnostima. Niske perspektive zapošljavanja, niski životni standardi i politička nestabilnost su glavni pokretači savremenih valova emigracije, dok prethodno uspostavljene mreže migranata i zajednice dijaspore omogućavaju migraciju iz zemalja odredišta.
- **Prednosti emigracije i dijaspore** nisu adekvatno iskorištene za razvoj. Uprkos činjenici da se BiH nalazi u vrhu zemalja svijeta po deviznim doznakama iz inostranstva upućenim njenim stanovnicima, doznake se uglavnom koriste za potrošnju, dok se svega mali dio ulaže u generiranje ekonomske aktivnosti. Postoji malo dokaza o socijalnim doznakama i prednostima emigracije u pogledu vještina, ideja, utjecaja na političku situaciju u zemlji, čime bi se unaprijedili demokratski procesi. Raspoloživi podaci ostavljaju dojam da potencijal nije dovoljno iskorišten i da emigracija ima mali utjecaj na stvaranje boljih razvojnih perspektiva.
- **Neregularna migracija** je u porastu u okviru postojeće migracione krize, ali je pod boljom kontrolom. Neregularan ulazak u zemlju i boravak se bolje prate, uspostavljene su procedure za postupanje u slučajevima neregularne migracije, kao i saradnja sa međunarodnom zajednicom, posebno sa EU.
- **Migracija izbjeglica i tražitelja azila** postaje sve relevantnije pitanje u BiH. Zbog zatvaranja sjeverne granice balkanske rute od egejske regije do EU, migranti koriste alternativne rute kroz BiH, što stavlja nove zahtjeve pred sistem upravljanja migracijama. Broj tražitelja azila je u porastu, ali je samo mali broj migranata primio neki oblik međunarodne zaštite u proteklih 10 godina. Većina njih koriste postupak po zahtjevu za azil samo da bi legalizirali svoj status dok ne nađu rješenje za nastavak putovanja do zemalja EU.
- **BiH se još uvijek suočava sa posljedicama vlastite izbjegličke krize** koja je bila najveća u evropskoj novijoj historiji. Još je uvijek znatan broj osoba raseljen u BiH i nalazi se u ugroženom položaju. Provode se razni programi u cilju pronalaženja trajnih rješenja i bolje socijalne uključenosti. Međutim, nema podataka o provođenju i njenim efektima, kao ni najnovijih istraživanja socijalnog položaja raseljenih osoba koja bi preciznije ukazala na njihovu trenutnu situaciju.

12. Kvaliteta i raspoloživost statističkih podataka

Analiza predstavljena u ovoj studiji naišla je na razne prepreke koje se odnose na raspoloživost i kvalitetu podataka. Zvaničan statistički sistem u BiH je složen i u skladu je sa strukturom uprave. Svaki entitet ima svoj zavod za statistiku (Federalni zavod za statistiku FBiH i Republički zavod za statistiku RS), dok na državnom nivou postoji Agencija za statistiku BiH. U osnovi, entitetski zavodi za statistiku su glavni proizvođači podataka, dok Agencija kompilira i objavljuje podatke za nivo BiH i Brčko distrikt.

Iako je u većini aspekata obuhvaćenih ovom studijom format zvaničnih podataka usklađen između entiteta, to ipak nije slučaj za sve aspekte (podaci o internoj migraciji). Često nedostaju podaci za Brčko distrikt. Statistika BiH još uvijek nije potpuno usklađena sa Eurostatom, što bi olakšalo korištenje podataka, dok neka važna istraživanja još uvijek nisu uvedena (to jeste, statistika dohotka i životnih uvjeta, anketa o korištenju vremena, anketa o generacijama i rodu, itd.).

Procjena raspoloživosti podataka i njihove kvalitete je sumirana u daljnjem tekstu:

1) **Prekid u dugoročnim podacima o stanovništvu**. Do 1991. godine je Zavod za statistiku Bosne i Hercegovine bio dio jedinstvenog statističkog sistema bivše Jugoslavije. Do 1991. godine podaci su bili na raspolaganju samo za BiH, ali nisu uvijek bili uporedivi zbog razlike u definicijama. Podaci entiteta nisu uporedivi sa podacima do 1991. godine. Posljednji popis stanovništva prije rata u BiH je proveden 1991. godine pod velikim pritiskom političkih dešavanja prije raspada bivše Jugoslavije, što se odražavalo na kvalitetu i predstavljanje rezultata popisa stanovništva i on nikad nije kompletiran. Poslije rata nije proveden popis stanovništva koji bi prikazao posljedice rata koji je trajao od 1992. do 1995. godine. Prvi službeni popis stanovništva poslije rata je proveden 2013. godine. To znači da je prošlo više od dvadeset godina i cijeli proces prikupljanja (snimanja) i objave konačnih rezultata je bio pod snažnim utjecajem političke klime u zemlji i u atmosferi politizacije popisa.
2) **Različiti rezultati popisa** koje su objavili Agencija za statistiku BiH i Federalni zavod za statistiku FBiH (koje su Eurostat i međunarodna zajednica službeno prihvatili) sa jedne strane, i Republički zavod za statistiku RS, sa druge strane, usložnjavaju predstavljanje podataka na nivou BiH. Za podatke na entitetskom nivou se koriste različiti podaci iz popisa stanovništva za FBiH i RS koje su objavili entitetski zavodi za statistiku, čime se poređenje otežava, čak i onemogućava.
3) Podaci vitalne statitike su do 2003. godine obrađivani prema mjestu prebivališta (majke novorođenčeta, umrle osobe, mladoženje, a za razvedene prema posljednjem zajedničkom prebivalištu). Od 2003. godine su se podaci obrađivali prema definiciji prebivališta. Od 2008. godine su dodatni unosi isključeni iz obrade podataka za vitalnu statistiku. Podaci za teritoriju Brčkog, koji je bio u sastavu Republike Srpske do 2000. godine, kao i podaci za Brčko distrikt su obrađivani do 2001. godine. Te metodološke razlike utječu na rast stanovništva, ovisno o odstupanjima vezanim za boravišni status.
4) Raspoloživost podataka o **ekonomiji** BiH je bilo pozitivno iznenađenje. Puno je podataka na raspolaganju iz administrativnih izvora (baze ministarstava, raznih agencija, institucija). Ali, nema uvijek jasnih definicija i disperzija podataka među raznim izvorima je ogromna, što zahtijeva velika istraživanja da bi se prikupili podaci.
5) Nedostaju podaci o **socijalnoj zaštiti** koji bi omogućili procjenu djelotvornosti sistema pružanja novčane pomoći.

6) Potpuno nedostaju podaci o **normama i vrijednostima.** U BiH nema istraživanja na nivou države u ovoj oblasti i BiH nije uključena u međunarodna istraživanja, kao što su Eurobarometar, Globalno ispitivanje stavova, Evropsko ispitivanje stavova, Istraživanje kvalitete života u Evropi, itd.
7) Podaci o **pristupu zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju** nisu javno dostupni za Brčko distrikt za desetogodišnji period, tako da je situacija predstavljena na entitetskom nivou, ali ne i na nivou BiH.
8) Mnogi **podaci o seksualnom i reproduktivnom zdravlju** su na raspolaganju iz istraživanja višestrukih pokazatelja (MICS) koje je proveo UNICEF (znanje o kontracepciji, korištenje kontracepcije, neispunjena potreba za kontracepcijom, antenatalna zaštita, preferencije rađanja, itd.). MICS istraživanje je provedeno u 2011-2012. godini, što znači da su podaci možda zastarjeli. Iako je novo MICS istraživanje planirano za 2019/2020. velika je vjerovatnoća da neće biti provedeno iz političkih razloga.
9) Podaci o broju **abortusa** na 1.000 živorođene djece i 1.000 žena nisu na raspolaganju za nivo Bosne i Hercegovine u međunarodnoj bazi podataka. U zdravstvenom statističkom godišnjaku Federacije Bosne i Hercegovine i Republike Srpske podaci su dostupni samo za 2017. godinu, zbog čega je vidljivo ograničenje u detaljnoj analizi ovog pokazatelja zdravlja majki i ograničenje u tumačenju za nivo BiH te u međunarodnom poređenju.
10) Podaci o **subfertilitetu i infertilitetu** se ne prikupljaju rutinski u zdravstvenim institucijama u Bosni i Hercegovini. Postoje ograničenja u pogledu raspoloživosti podataka o uslugama prevencije i liječenju neplodnosti, koje su propisane zakonima i podzakonskim aktima.
11) Podaci iz rutinske zdravstvene statistike o seksualnom i reproduktivnom zdravlju u populaciji adolescenata samo pružaju informacije o **stopama rađanja u populaciji adolescenata, ali ne i o drugim aspektima, kao što su abortus, korištenje kontracepcije, itd.** Postoje ograničenja u raspoloživosti informacija i savjetovanju i edukaciji populacije adolescenata o seksualnom i reproduktivnom zdravlju.
12) Nedostaju konsolidirani podaci o **spolno prenosivim infekcijama** za Bosnu i Hercegovinu. Podaci o **registriranim slučajevima spolno prenosivih infekcija, infekcije HIV virusom i o AIDS-u** u izvještajima JZU Instituta za javno zdravstvo Republike Srpske su nekonzistentni u pogledu vremena kada su dati retroaktivno za posmatrani period, bez objašnjenja razlika (da li se radi o promjeni veličine populacije za koju se računaju stope morbiditeta ili da li je došlo do promjene apsolutnih vrijednosti, naprimjer, zbog kašnjenja u izvještavanju prema Institutu za javno zdravstvo. Međutim, ukupan broj slučajeva spolno prenosivih infekcija godišnje u objavljenim izvještajima nisu u skladu sa ukupnim brojem za iste godine u izvještaju koji je dostavljen na zahtjev.
13) **Kumulativni broj slučajeva zaraze HIV virusom i AIDS-a** i ukupan broj slučajeva po izvještajnoj godini za Bosnu i Hercegovinu ne odgovaraju prostom zbiru slučajeva na godišnjem nivou na nivou entiteta. U izvještaju Evropskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC) za 2017. godinu naglašeno je da Bosna i Hercegovina koristi „datum statistike“ umjesto „datuma dijagnoze/smrti“ (koji koristi ECDC) za predstavljanje podataka o nadzoru u godišnjim izvještajima BiH. Međutim, time se ne mogu objasniti razlike između podataka na nivou ECDC-a i entiteta, generiranih u podacima koji su na raspolaganju ECDC-u i entitetima.
14) **Procijenjeni broj ljudi koji živi sa HIV virusom** nije na raspolaganju, kao ni broj ljudi koji živi sa HIV virusom sa viralnom supresijom. Posljednje procjene veličine ključnih populacija su urađene 2012. godine.

15) Podaci o **maternalnom mortalitetu** prema teritorijalnim jedinicama (FBiH i RS) su obezbijeđeni iz izvještaja statističkih institucija, dok su sveobuhvatni podaci o maternalnom mortalitetu dobiveni iz međunarodnih izvještaja UNICEF-a i Svjetske zdravstvene organizacije.
16) Podaci o morbiditetu su na raspolaganju iz redovne zdravstvene statistike zavoda/instituta za javno zdravstvo i nema ograničenja u pogledu raspoloživosti podataka, osim za **specifičan morbiditet** (maligne bolesti reproduktivnih organa) za koji su na raspolaganju posljednji ažurirani podaci za 2015. godinu.
17) Nedostaju podaci o braku, porodici, transformacionim procesima oblika partnerstva, razlozima zbog kojih parovi preferiraju jedan oblik u odnosu na druge (to jeste, potencijalne razlike u pravnom statusu, korištenje imovinskih prava, norme, vrijednosti, itd.). U službenoj statistici se snimaju glavni trendovi, dok razlozi za takve trendove nisu objašnjeni kroz savremeno istraživanje u BiH.
18) Ne postoje podaci o **ruralno-urbanoj migraciji** s obzirom na to da nema definicije ruralnog područja u službenoj statistici. Podaci o internoj migraciji nisu razvrstani prema vrsti područja, tako da čak nije moguće uzeti migraciju između „drugih" i urbanih područja kao zamjenu.
19) Podaci o **emigraciji nisu kompletni.** Interni statistički izvori podataka nisu pouzdani s obzirom da se emigracija snima samo prema odjavi prebivališta. Podaci iz zemalja odredišta su bolja, ali ipak nepotpuna aproksimacija.
20) Nema podataka o **potrošnji doznaka.**
21) Nedostaju podaci o **raznim aspektima položaja starije populacije,** kao što je postotak populacije pokriven penzijama, prema vrsti penzije, siromaštvu i materijalnoj deprivaciji, stambenim uvjetima, pristupu dugoročnoj njezi, korištenju vremena, društvenom učešću, itd.
22) Podaci o siromaštvu i socijalnoj isključenosti su vrlo ograničeni, ne objavljuju se redovno i nisu uporedivi sa drugim zemljama regije i državama EU. U BiH još uvijek nije uvedena statistika o dohotku i životnim uvjetima kao glavni okvir za mjerenje siromaštva i socijalne inkluzije, čime se u velikoj mjeri ograničava uvid u siromaštvo i nejednakost, kao i dokazna osnova za politike vlasti.

13. Izazovi i mogućnosti za djelovanje: politički, strateški i programski zaključci i preporuke

Bosna i Hercegovina je zemlja koja se suočava sa ozbiljnim izazovima u pogledu stanovništva i razvoja. Zemlja je nastala raspadom bivše Jugoslavije kao država koja je jedinstvena po svojoj kompleksnoj upravi i opterećena posljedicama razornog rata, sporog poslijeratnog oporavka i teške postsocijalističke transformacije. U takvom kontekstu postoje brojni izazovi u pogledu stanovništva i potrebno ih je pravilno rješavati kako bi se postigao održiv razvoj i povoljnije socioekonomsko i političko okruženje za pozitivne populacijske trendove.

Pad broja stanovništva u BiH je najozbiljnija posljedica niza faktora. Rješavanje tih faktora postavlja mnoge izazove pred procese kreiranja politika. Kao što je opisano u poglavlju 3, između dva popisa stanovništva, od 1991. do 2013. godine, stanovništvo se smanjilo za oko 20%, odnosno za 850.000 ljudi. Pad stanovništva je uglavnom posljedica niskog fertiliteta i visoke emigracije, koje su opet posljedica vrlo složenih društvenih promjena. Historijski trendovi ukazuju na tradicionalno visoku emigraciju iz BiH, čak i prije raspada bivše Jugoslavije i pada socijalističkog sistema. Odliv migranata je dostigao vrhunac već u toku hiljadu devetsto šezdesetih godina, kada se povećala potreba za radnom snagom u razvijenim evropskim socijalnim državama. Međutim, visoka emigracija i negativan migracioni saldo u to vrijeme su kompenzirani većim fertilitetom i pozitivnim prirodnim priraštajem stanovništva. Pad fertiliteta i nastavak, čak i povećanje emigracije u toku hiljadu devetsto devedesetih godina, doveli su do kontinuiranog pada stanovništva.

Sve projekcije stanovništva ukazuju da je daljnji pad stanovništva u BiH nezaustavljiv proces. Posljedice tog procesa su dalekosežne. Pad stanovništva znači smanjenje ljudskog kapitala potrebnog za razvoj na više načina. Na strani ekonomske proizvodnje, ljudski kapital je potreban kao radna snaga koja proizvodi ekonomske vrijednosti, stvara dohodak i puni javni budžet. Na strani potražnje za ekonomskim dobrima i uslugama veće stanovništvo znači veće tržište za robu i usluge koje stimulira ekonomsku aktivnost. Pad stanovništva nosi sa sobom napuštanje određenih geografskih područja ispod praga racionalnih troškova pružanja usluga, čime se stvara negativna spirala nedovoljnog razvoja i nastavak pada broja stanovnika. Time, sa druge strane, prirodni i ekonomski resursi u tim područjima ostaju neiskorišteni ili nedovoljno iskorišteni za razvoj. Pad stanovništva znači i ogroman gubitak društvenog kapitala, gubitak ideja, potencijala za inovacije, kolektivnog djelovanja, političkog javnog prostora u kojem se razgovara i pregovara o alternativama društvenog razvoja.

Intervencija u tom procesu pada stanovništva zahtijeva fokusiranje na više uzroka, a ne samo na najposrednije, kao što su nizak fertilitet i visoka emigracija. Iako je potrebno rješavati izazove u pogledu stanovništva kroz konkretne populacijske politike, od ključne je važnosti imati na umu kompleksni determinizam međuovisnosti stanovništva i socioekonomskih, političkih i kulturoloških faktora koji su jedini koji mogu pružiti djelotvornu intervenciju u populacijskim trendovima. To znači da je potrebno osmisliti strateške vizije i mjere povezane sa željenim karakteristikama i trendovima stanovništva u interakciji sa ekonomskim i socijalnim politikama. Osim toga, potrebno je uzeti u obzir činjenice da djelotvorne populacijske politike ne mogu biti osmišljene i provedene ako nisu usmjerene na ljude, što znači da samo unaprijeđeno blagostanje osoba i svih društvenih kategorija može imati koristan efekat na populacijske trendove. Sigurno je potrebno uzeti u obzir i novo znanje generirano kroz nedavna istraživanja, posebno ono znanje koje ukazuje na alternativna stajališta o odnosima između niskog

fertiliteta i ekonomskih ishoda. Prema nekim stajalištima (Lee, Mason, 2014), nizak fertilitet i pad stanovništva nemaju obavezno negativne implikacije. Postoje razni korisni ekonomski efekti niskog fertiliteta, kao što su bolji životni standard. Veličina stanovništva se treba kompenzirati razvojem ljudskog kapitala kroz kvalitetno obrazovanje i više obrazovne nivoe. Međutim, potrebno je imati na umu da je to specifično za kontekst i ono što predstavlja moguć ishod u visoko razvijenim zemljama ne mora biti dobar scenarij za zemlju koja se suočava sa ozbiljnim izazovima u razvoju.

Fertilitet je jedan od glavnih uzroka pada stanovništva i jedan od ključnih izazova populacijskih politika, ne samo u BiH, nego u svim zemljama koje su prošle (ili još uvijek prolaze) kroz procese modernizacije i demografske tranzicije. Fertilitet u BiH je trenutno daleko ispod nivoa potrebnog za jednostavnu reprodukciju stanovništva. Najvažnija demografska implikacija dugoročno niskog fertiliteta će se odraziti kroz veliki pad fertilnog kontingenta. Time će se podrivati buduća reprodukcija i smanjiti mogućnost budućeg djelotvornog povećanja novih generacija, što predstavlja veliko ograničenje za djelovanje kroz populacijsku politiku. Veliki pad stanovništva može dugoročno dovesti do deficita radne snage, što bi bio snažan ograničavajući faktor već suboptimalnog ekonomskog razvoja. Najvažnija posljedica niskog fertiliteta je veće opterećenje starijom populacijom, koje snosi radno sposobno stanovništvo.

Uzroci niskog fertiliteta su vrlo kompleksni. To je djelomično posljedica procesa modernizacije i socio-kulturoloških promjena, ali je pod snažnim utjecajem nepovoljne socioekonomske situacije, kao što je nizak životni standard, male mogućnosti zaposlenja, visoki troškovi podizanja djece, i on stavlja teret podizanja djece prije svega na žene. To je kontekst u kojem se oblikuju preferencije žena u pogledu rađanja. Analiza je pokazala koliko je u BiH neočekivana bila promjena sa relativno visokih na izuzetno niske stope nataliteta. To smanjenje je rezultat promjena u reproduktivnom ponašanju žena koje je obilježeno pomicanjem rađanja u kasniju dob, mali broj rađanja djece, smanjenje višeg reda rađanja i prevladavajućih društvenih normi kojima se pozitivno vrednuje mali broj djece, što nije bio slučaj sa periodima obilježenim tradicionalnijim vrijednostima i visokim stopama fertiliteta.

BiH je zemlja nedovršene modernizacije. Tradicionalne i patrijarhalne vrijednosti su još uvijek u velikoj mjeri prisutne u društvu, što je dokazano oskudnim istraživanjem vrijednosnih orijentacija, ali i podacima o još uvijek prevladavajućim praksama sklapanja braka, malog broja rađanja izvan formalnog braka i slično. BiH je društvo u tranziciji koje ima elemente i tradicionalnog i modernog. U modernom društvu u kojem žene snose disproporcionalnu odgovornost za brigu o djeci, dok su istovremeno lišene mogućnosti zaposlenja, jednake plaće, mogućnosti napredovanja u karijeri i izložene raznim oblicima diskriminacije i rodno zasnovanog nasilja, teško je očekivati da će njihove preferencije biti oblikovane u pravcu željenog fertiliteta. Stoga, usko fokusirana pronatalitetna politika neće imati nikakav efekat. Politike čiji je cilj povećanje fertiliteta trebaju, prije svega, biti politike osnaživanja žena, bez obzira na njihov reproduktivni potencijal i preferencije. Pozitivan efekat takvog pristupa je evidentan iz više stope fertiliteta u zemljama sa daleko boljim postignućima u rodnoj ravnopravnosti. Osim toga, pitanje fertiliteta je pitanje koje se ne odnosi samo na žene, nego i na muškarce. Stoga su položaj muškaraca i njihove norme i vrijednosti u vezi sa rađanjem također veoma važni. Ravnopravniji muškarci, zajedničko izvršavanje roditeljskih uloga i dužnosti su važan faktor koji može doprinijeti promjeni sadašnjih preferencija u pogledu fertiliteta.

Seksualno i reproduktivno zdravlje obuhvata jednu grupu faktora koji se odnose na nivo fertiliteta i koji utječe na veličinu i karakteristike stanovništva. Povezanost sa pitanjem fertiliteta se ne odnosi samo na usko medicinski smisao brige o reproduktivnom zdravlju žena prije, u toku i nakon trudnoće, koja može utjecati na spremnost ili sposobnost rađanja, nego je ona puno šira u smislu ukupnog zdravlja i dobrobiti

žena koji utječu na kvalitetu života te stoga i na planiranje porodice i odluke o rađanju djece. Analiza predstavljena u ovoj studiji otkriva situaciju u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja koja nije obilježena alarmantnim nedostacima kao što je to slučaj u nekim manje razvijenim zemljama u kojima je život žena u opasnosti zbog slabog seksualnog i reproduktivnog zdravlja, povreda njihovih prava na seksualno i reproduktivno zdravlje i neadekvatne zaštite njihovog seksualnog i reproduktivnog zdravlja. Međutim, postoji veliki broj izazova u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja i reproduktivnih prava i zdravlja žena i muškaraca koji zahtijevaju unapređenje situacije u tom pogledu:

- **Obrazovanje u oblasti seksualnog i reproduktivnog zdravlja** nije zadovoljavajuće, posebno među adolescentima i mladima. Seksualno i reproduktivno zdravlje adolescenata je u riziku od nedovoljnog nivoa znanja o spolno prenosivim bolestima, ranom ulasku u seksualnu aktivnost i nepoznavanja zaštite. Informacije o seksualnom i reproduktivnom zdravlju mlada populacija u najvećoj mjeri dobiva putem medija i od vršnjaka.
- Populacija mladih je izložena rizičnom ponašanju zbog nedovoljnog znanja.
- **Korištenje kontracepcije** nije na zadovoljavajućem nivou, a neispunjena potreba za kontracepcijom je još uvijek relativno visoka. Poznavanje savremenih metoda kontracepcije relativno prevladava s obzirom na to da je većina žena upoznata sa barem nekim tradicionalnim i savremenim metodama kontracepcije. Međutim, korištenje kontracepcije nije na zadovoljavajućem nivou, što znači da je potrebno unaprijediti raspoloživost i dostupnost kontracepcije, kao i svijest o značaju korištenja kontracepcije radi adekvatnog planiranja porodice.
- Iako zvanični podaci ukazuju na nisku stopu abortusa, većina abortusa se obavlja u privatnim klinikama i oni se ne prijavljuju. Imajući na umu to ograničenje, potrebno je daljnje istraživanje u ovoj oblasti. Ne prati se adekvatno **podrška ženama i parovima koji se suočavaju sa problemom neplodnosti.** Nedostatak podataka i detaljnog praćenja onemogućava stjecanje uvida u djelotvornost postojećih mjera koje se primjenjuju. Potrebno je početi voditi evidenciju koja će omogućiti evaluaciju provođenja mjera i njihovog unapređenja. Važno je eliminirati diskriminaciju na osnovu dobi s obzirom na to da žene starije od 42 godine nemaju pristup ovoj mjeri jednako kao mlađe žene.
- **Zdravstvena zaštita žena u toku trudnoće, poroda i u postporođajnom periodu** je dobro organizirana, na šta ukazuje visok postotak posjeta patronažne službe, skupa sa stručnim nadzorom poroda i u postporođajnom periodu, kao i nizak postotak prijevremenih poroda. Međutim, još uvijek postoji prostor za unapređenje uz veći obuhvat žena iz ranjivih kategorija antenatalnom zaštitom, povećanje broja poroda uz stručni nadzor, zaštitu i savjetovanje u FBiH i pažljivije donošenje odluke o obavljanju porođaja carskim rezom. Da bi se uklonile psihološke barijere (strah od porođajnih bolova, stres, nesigurnost, itd.) među trudnicama, neophodno je posvetiti veću pažnju tim pitanjima u okviru antenatalne zaštite i savjetovanja trudnica. Žene je potrebno u većoj mjeri obavještavati o psihološkim procesima koji se dešavaju u toku porođaja.

Izazovi u pogledu zdravlja stanovništva U BiH je postignut značajan napredak u tranziciji **mortaliteta**, kao što je to prikazano u analizi (poglavlje 5). Ipak, BiH, kao i druge zemlje regije, još uvijek ima manju očekivanu dužinu života pri rođenju za oba spola, u poređenju sa razvijenim zemljama Evrope. U nekoliko proteklih godina je došlo do primjetnog pomicanja mortaliteta prema starijim životnim dobima, ali još uvijek postoji veći mortalitet mlađe sredovječne populacije, kao i veće razlike u nivou mortaliteta među spolovima. Također, udio bolesti krvožilnog sistema kao uzroka smrti je visok, kao i nivo mortaliteta specifičan za dob od ovog uzročnika smrti u sredovječnoj i starijoj populaciji. To pokazuje da tranzicija mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti još uvijek nije počela, koja bi inače ukazivala na početak četvrtog stadija

epidemiološke tranzicije. Stoga su daljnje smanjenje mortaliteta i prevencija rane smrti posebno važni za stanovništvo i zdravstvene politike u BiH.

Maternalni mortalitet je vrlo nizak, ali bi to mogao biti efekat još uvijek nedovoljno odgovarajuće metodologije praćenja tog mortaliteta s obzirom na to da u BiH još uvijek nije provedeno povjerljivo istraživanje maternalnog mortaliteta tipa francuskog ili britanskog istraživanja u kojem se često ustanovi dodatni broj smrtnih slučajeva majki. Bolji uvid u zdravstvene rizike trudnoće i poroda preduvjet je za unapređenje antenatalnog i postporođajnog zdravlja žena.

Kao što je prikazano u opisu ***zdravstvenog sistema*** (dio 2.3.5), udio doktora medicine i medicinskih sestara/tehničara u stanovništvu je još uvijek ispod prosjeka EU. Osim unapređenja raspoloživosti i kvalitete zdravstvenih usluga, potrebno je intervenirati i na drugoj strani – na strani potražnje za takvim uslugama, s obzirom na to da podaci ukazuju na značajne razlike u korištenju preventivnih i kurativnih usluga među raznim kategorijama stanovništva. Zdravstvene usluge češće koristi obrazovanija, urbana populacija boljeg materijalnog stanja, što pokazuje povezanost između zdravstvene zaštite i socioekonomskog položaja.

Maligne neoplazme kod žena su u porastu. Skrining pregledi na osnovu naučno utvrđenih medicinskih dokaza su prioritetni modeli prevencije i ranog otkrivanja malignih bolesti. Međutim, takav skrining nije organiziran u BiH, po svoj prilici zbog visokih troškova takvih pregleda.

Iako je registrirana prevalencija **HIV virusa i spolno prenosivih infekcija** niska, situacija će biti potencijalno nesigurna ako se ne unaprijedit odgovor na HIV i spolno prenosive bolesti. Pretpostavlja se da niska stopa spolno prenosivih bolesti (sifilis, gonoreja i klamidija) ne odražava realno stanje zbog broja prijavljenih slučajeva spolno prenosivih infekcija koji je ispod stvarnog. Sifilis i gonoreja su češću kod muškaraca, dok je klamidija češća kod žena. Osim toga, registrirana prevalencija spolno prenosivih infekcija među mladima (starosti do 25 godina) ukazuje na rizično seksualno ponašanje u toj grupi. Da bi se bolje isplanirali programi prevencije spolno prenosivih infekcija, mora se unaprijediti nadzor kako bi omogućio planiranje programa na osnovu dokaza. Još uvijek je prisutno rizično seksualno ponašanje u ključnim populacijama u riziku od zaraze HIV virusom. Niska pokrivenost antiretroviralnom terapijom u odnosu na cilj UNAIDS-a od 90%, kasno dijagnosticiranje prisutnosti HIV virusa i odgođeno povezivanje sa zdravstvenom terapijom i pristup antiretroviralnom liječenju mogu dovesti do loših ishoda liječenja i sve to utječe na smanjenje učinka liječenja kao prevencije daljnjeg širenja HIV virusa.

Visok stepen stigmatizacije u vezi sa HIV virusom i osobama povezanim sa HIV virusom sa jedne strane predstavlja prepreku ostvarivanju pristupa programima prevencije, a sa druge strane, to je prepreka povezivanju sa liječenjem i ostvarivanju pristupa antiretroviralnoj terapiji za one kojima je dijagnosticirana infekcija HIV virusom, čime se dalje povećava rizik od prijenosa HIV virusa. Trend porasta broja novodijagnosticiranih osoba među muškarcima koji imaju spolne odnose sa drugim muškarcima, nakon čega slijedi rizično seksualno ponašanje, ukazuje na povećani rizik od infekcije HIV virusom u toj populaciji. Da bi se unaprijedila zaštita od HIV virusa i spolno prenosivih infekcija, potrebno je unaprijediti sistem njihovog rutinskog skrininga, kao i sistem praćenja i evaluacije programa za sprečavanje širenja HIV virusa u ključnim populacijama.

Starenje stanovništva je dokazani proces u savremenoj strukturi stanovništva u BiH, s tim da će, prema projekcijama, biti puno više intenziviran u toku narednih desetljeća s obzirom na to da će se ono u

ukupnom stanovništvu najvjerovatnije povećati za 75%. Starenje stanovništva sužava osnovu za buduću reprodukciju stanovništva i ima mnoge socioekonomske posljedice. Ono prijeti manjkom radne snage i povećava opterećenje na penzione fondove, kao i na potrošnju za dugoročne usluge njege i zaštite koje su potrebne za kvalitetan život u starijoj dobi. Međutim, na starenje stanovništva se ne bi smjelo gledati samo iz perspektive negativnih posljedica. Starenje je i rezultat postignuća u razvoju, posljedica bolje zdravstvene zaštite, većeg životnog standarda i veće cjelokupne kvalitete života. To je proces koji otvara nove mogućnosti za uživanje raznih stilova života nakon odlaska u penziju. Međutim, potrebna je promjena paradigme percipiranja starije dobi na način koji je drugačiji od njenog shvatanja kao pasivnog i socijalnog opterećenja, kao fazu života koja može donijeti ne samo prednosti za starije ljude, nego i za društvo u cjelini koje može iskoristiti kapital koji starije osobe nude, kao što su iskustvo, društveni kapital, vrijeme, itd. Postojeća slika dobrobiti starije populacije je vrlo djelomična s obzirom na to da nema istraživanja o zdravom starenju u BiH. Raspoloživi podaci nisu dovoljno razvrstani po dobi, dok se neki aspekti položaja starijih osoba uopće ne prate (to jeste, korištenje vremena). Da bi se bolje rješavale posljedice starenja stanovništva i da bi se starijim osobama osiguralo blagostanje, važno je izgraditi sveobuhvatniji, raspoloživ i pristupačan sistem dugoročne njege koji će obuhvatiti usluge koje se kreću od zdravstvene zaštite do socijalne inkluzije, u domovina sa stare osobe, u dnevnim centrima ili u institucijama u kojima su zbrinute. Razvijene dugoročne usluge njege i pomoći omogućavaju fleksibilnu kombinaciju raznih oblika podrške, koji će biti prilagođeni individualnim potrebama korisnika i njihovim naknadnim promjenama.

Izazovi povezani sa migracijama Cijeli niz izazova u pogledu stanovništva i razvoja se odnose na razne oblike migracije. Kao što je analiza pokazala, BiH je pretežno emigraciona zemlja. Još uvijek ne postoje znakovi njene tranzicije ka više imigracionoj zemlji. Iako se odnedavno povećava broj migranata koji prolazi kroz BiH ili u njoj traži azil, razlog je u najvećoj mjeri promjena azilantskih ruta kroz Zapadni Balkan koja je otvorila alternativne načine kretanja zbog većih restrikcija duž uobičajenih sjevernih ruta (prema Mađarskoj i Hrvatskoj iz Srbije). Većina tražitelja azila boravi u BiH kratak period i nastavlja put ka EU.

Emigracija je kontinuirano visoka, potaknuta niskim mogućnostima zaposlenja, malim plaćama i nezadovoljavajućim životnim standardima. Omogućavaju je već uspostavljene mreže migranata u tradicionalnim zemljama odredišta prema kojima su bili usmjereni raniji emigracioni valovi. Analiza je pokazala da upravljanje migracijama nije optimalno i da ne koristi potencijalne prednosti emigracije u svrhu razvoja. Doznačena sredstava su uglavnom usmjerena na potrošnju, dok se svega mali dio koristi za ulaganja u ekonomiju i produktivnost. Emigracija visokoobrazovane populacije mladih predstavlja značajan gubitak razvojnog potencijala, dok bi se politikom upravljanja migracijama trebalo nastojati omogućiti migracija koje će u većoj biti cirkularna i koja će donijeti veću društvenu korist u smislu novih vještina, znanja, informacija, ideja, potencijala za inovacije, kao i finansijska ulaganja od strane emigranata.

Nejednakosti kao izazov stanovništva Kao što je objašnjeno u raznim poglavljima analize, nejednakosti predstavljaju bitnu prepreku ostvarivanju većih postignuća u humanom razvoju, ali i omogućavanju pozitivnijih populacijskih trendova. Nejednakosti se različito ogledaju: kao ekonomske nejednakosti, regionalni dispariteti, međugeneracijske i rodne nejednakosti.

Regionalni dispariteti su doveli do pada stanovništva u ruralnim područjima, ali i u semiurbanim ili manjim gradovima. Migracija iz tih područja ka nekoliko urbanih centara u BiH ima negativne posljedice po strukturu stanovništva tih područja i njihov razvojni potencijal. Prirodni i ekonomski resursi ruralnih područja su nedovoljno iskorišteni zbog činjenice da populacija mladih napušta ta područja, ostavljajući u njima stariju populaciju. Time se dalje stvara pritisak na stariju populaciju da ostane duži period aktivna u

sektorima niske produktivnosti i da se oslanjaju na minimalnu egzistenciju proizvodeći hranu za vlastite potrebe. Kao što je već naglašeno, pad stanovništva u ruralnim i manjim urbanim područjima smanjuje poticaje za ekonomske aktivnosti i raspoloživost i kvalitetu usluga, čime se dodatno motiviraju ljudi da napuštaju ta područja zbog nezadovoljavajuće kvalitete života. Stoga, populacijska politika u vezi sa izazovom regionalnih nejednakosti treba biti tijesno povezana sa politikama regionalnog razvoja.

Međugeneracijske nejednakosti se ogledaju u manje povoljnom položaju populacija mladih i starijih osoba u poređenju sa sredovječnom populacijom. ***Djeca i mladi*** su izloženi većim rizicima od siromaštva. 59Mladi se danas suočavaju sa više prepreka neometanom prijelazu na odraslo doba nego što je to bio slučaj sa starijim generacijama. Obrazovna postignuća djece su pod utjecajem ekonomskog položaja njihove porodice. Šanse za postizanjem većeg obrazovanja su daleko bolje za djecu čiji su roditelji obrazovaniji, koja dolaze iz porodica boljeg materijalnog stanja i koja žive u razvijenijim urbanim regijama. Mladi u BiH se suočavaju sa jednom od najviših stopa nezaposlenosti u regiji Jugoistočne Evrope. Iako se stopa godinama smanjuje, ona još uvijek predstavlja jedan od glavnih problema mladih na tržištu rada i u direktnoj je vezi sa kvalitetom njihovog života. Ovaj problem je u značajnijoj mjeri prisutan u ženskoj populaciji. Siromaštvo među mladima je posljedica nezaposlenosti, ekonomske krize, političke nestabilnosti u zemlji, kao i nemogućnosti mladih da sebi priušte odgovarajuće stambene uvjete, što dovodi do sve većeg broja mladih koji odlaze iz zemlje. Učešće mladih u političkom životu je najevidentnije u tradicionalnom modelu učešća u političkom životu putem glasanja na izborima. U poređenju sa njihovim vršnjacima u razvijenim zemljama, mladi su vrlo rijetko uključeni u volonterske aktivnosti. Nezadovoljstvo egzistencijalnim mogućnostima u BiH je snažan motivator emigracije.

Rodne nejednakosti su izražene u BiH. One se ogledaju u svim ključnim aspektima javnog i privatnog života. Žene ne sudjeluju u vlasti jednako kao muškarci i stoga nemaju jednak utjecaj na politike. Njihovo učešće u ekonomiji nije jednako učešću muškaraca; manje su aktivne i u manjem broju zaposlene. Kada su zaposlene, njihova zaposlenost je manje povoljna s obzirom na to da su, kao naprimjer u RS-u, češće zaposlene u sektoru poljoprivrede ili u socijalnim službama na svim nivoima, naime, u sektorima koje obilježavaju nepovoljnije mogućnosti zapošljavanja i niža primanja. Istovremeno, „reproduktivna ekonomija“ – briga o domaćinstvu i porodici – se uglavnom oslanja na žene. Nema istraživanja o korištenju vremena u BiH koje bi dalo precizan uvid u strukturu vremena potrošenog na plaćeni i neplaćeni rad i aktivnosti vlastitog razvoja među muškarcima i ženama, s tim da uvid koji se stječe iz drugih istraživanja ukazuje na ozbiljan disbalans. Žene su izložene raznim oblicima nasilja od strane partnera i drugih osoba, čime se u velikoj mjeri podriva njihovo blagostanje i zbog čega ostaju na pozicijama manje moći u raznim sferama javnog i privatnog života. Nepovoljan položaj žena utječe na populacijske trendove koji su prethodno objašnjeni kroz aspekte niskog fertiliteta, odlaganja sklapanja braka i rađanja, s obzirom da ti procesi zahtijevaju puno ljudskih resursa žena koji su podcijenjeni zbog njihovog nepovoljnog položaja.

13.1 Političke, strateške i programske preporuke

Preporuke bazirane na zapažanjima iz analize stanja stanovništva grupisane su oko tri ključna pristupa: 1) strateška vizija i planiranje, 2) unapređenje dokazne osnove i 3) političke i programske intervencije.

13.1.1 Strateške preporuke

Zapažanja iz analize stanja stanovništva se trebaju koristiti kao osnova za daljnje oblikovanje ključnih strateških procesa u Bosni i Hercegovini:

- Proces pristupanja EU i reforme pokrenute u okviru tog procesa se trebaju ponovo razmotriti iz perspektive stanja stanovništva i trendova prepoznatih u ovoj studiji.
- Zapažanja iz analize stanja stanovništva se trebaju koristiti u procesu lokalizacije Programa za održivi razvoj do 2030. (Agenda 2030). Akceleratori i uska grla trebaju biti realno ocijenjeni u smislu kapaciteta stanovništva kako bi se pružili adekvatni ljudski resursi za održivi razvoj. Potrebno je osmisliti dugoročnu, konzistentnu viziju budućnosti zemlje kojom će se pažljivo uzeti u obzir stanje stanovništva i trendovi opisani u ovoj studiji.
- Potrebno je izraditi i provesti sveobuhvatnu, cjelovitu, realnu i rodno ravnopravnu populacijsku politiku kojom će se riješiti međugeneracijski i regionalni dispariteti. Sva zapažanja u pogledu dugoročnijih populacijskih trendova u Bosni i Hercegovini trebaju biti jasan znak kreatorima politika u BiH da je potrebna hitnija akcija i provođenje odlučnijih mjera. U BiH ne postoje **cjelovite opće populacijske politike** na državnom i entitetskom nivou, niti strategije koje bi se direktno odnosile na pitanje demografskog razvoja. Stoga je **potrebno izraditi i provesti cjelovite populacijske politike.** One trebaju biti bazirane na jasnoj i realnoj viziji željenih populacijskih trendova i karakteristika i kako će se ona postići. Iako populacijske politike trebaju biti kombinirane sa socijalnim i drugim politikama, one trebaju biti povezane sa drugim relevantnim politikama, kao što su strategija općeg razvoja, regionalnog razvoja, ekonomske politike, socijalne politike, politike za postizanje rodne ravnopravnosti, politike upravljanja migracijama, politike zapošljavanja, obrazovanja i zdravstva kako bi se interveniralo u pogledu raznih faktora koji trenutno doprinose nepovoljnim populacijskim trendovima.
- BiH je potrebna **sveobuhvatna politika upravljanja migracijama** koja će biti direktno povezana sa populacijskim politikama i politikama razvoja. U slučaju nastavka visoke stope emigracije i niske stope fertiliteta, otvorenija imigraciona politika će biti jedini alternativni način ograničavanja pada stanovništva i obezbjeđenja ljudskog kapitala potrebnog za razvoj. Osim toga, povećana dinamika migracija u i kroz BiH zahtijeva pažljivije upravljanje migracijama. IOM, UNHCR i UNFPA bi mogli pružiti podršku izradi i provođenju takve politike.
- **Promoviranje zdravih životnih stilova** treba biti u središtu programa prevencije. Politike koje su fokusirane na unapređenje prevencije, rano dijagnosticiranje i adekvatno liječenje nezaraznih bolesti trebaju pratiti čvrste politike fokusirane na promjenu životnih stilova stanovništva koji su obilježeni visokim rizicima po zdravlje, među kojima su pušenje, konzumiranje alkohola, nezdrava ishrana i nedovoljna fizička aktivnost – ovdje je moguć angažman Svjetske zdravstvene organizacije, UNFPA i UNICEF-a.
- Potrebno je unaprijediti **prevenciju i rano dijagnosticiranje malignih neoplazmi koje su specifične za žene.** U populacijskoj strategiji je potrebno planirati pokrivenost svih žena reproduktivne dobi obaveznim ginekološkim pregledom jednom u svake tri godine u cilju prevencije i ranog otkrivanja raka grlića materice. Također, sve žene starije od 40 godina trebaju obavljati ultrazvuk i mamografiju barem jednom svake dvije godine. Strategijom usmjerenom na visokorizičnu populaciju trebaju biti obuhvaćene osobe koje imaju pozitivnu porodičnu anamnezu ili rizično seksualno ponašanje (često mijenjanje seksualnih partnera, nekorištenje zaštite prilikom spolnog odnosa, infekcije reproduktivnih organa) radi blagovremenog otkrivanja i eliminiranja rizika po seksualno i reproduktivno zdravlje.
- **Obrazovanje iz seksualnog i reproduktivnog zdravlja** treba biti unaprijeđeno kroz formalno obrazovanje, vannastavne aktivnosti i medije. Te aktivnosti mogu podržati UNFPA, UN Women, Svjetska zdravstvena organizacija i UNICEF.
- Da bi u potpunosti proveli nedavno usvojeni Zakon o liječenu neplodnosti biomedicinski pomognutom oplodnjom („Službene novine Federacije BiH“, br. 59/18) i da bi se donio i proveo

takav zakon u Republici Srpskoj, potrebno je podržati daljnje aktivnosti koje su presudne za potpunu primjenu takvih zakona (izrada pravilnika, strategije ili akcionog plana) - moguć angažman Svjetske zdravstvene organizacije i UNFPA.

- S obzirom da je reproduktivno zdravlje osjetljivo pitanje, ono zahtijeva **pristup primjeren mladima** i kontinuirani rad sa mladima. Mogla bi se pružiti neka vrsta institucionaliziranih poticaja izradi i provođenju obrazovnih programa prilagođenih mladima. Takvi programi bi se mogli oslanjati na savremene metode komunikacije i stvaranje sadržaja u različitim formatima koji bi se mogli distribuirati kroz razne kanale komuniciranja, kao što su društvene mreže i mobilne aplikacije – moguć angažman UNFPA i UNICEF-a.
- Potrebno je uložiti dodatna nastojanja u **integriranje roda u ključne politike,** kao što su politike i mjere zapošljavanja, politike i mjere podrške mikro i malim preduzećima, politike ruralnog razvoja, socijalne politike, obrazovne politike i politike cjeloživotnog učenja, itd. Bez veće rodne ravnopravnosti i unaprijeđenog blagostanja žena biće teško očekivati da će bilo koja populacijska politika biti djelotvorna - moguć angažman UN Women.
- Potrebno je povećati **raspoloživost i dostupnost savjetovanja o HIV virusu** i testiranja na HIV ključnih populacija prilagođavanjem usluga potrebama ciljnih populacija (fleksibilno radno vrijeme, raspoloživi testovi za otkrivanje drugih spolno prenosivih infekcija, provođenje usluga izvan zdravstvenih usluga – u zajednici) - moguć angažman Svjetske zdravstvene organizacije.
- Potrebno je izraditi mehanizam za održivo i kontinuirano finansiranje **programa prevencije i liječenja HIV infekcija i spolno prenosivih infekcija** (naprimjer, izrada mehanizma za društveno ugovaranje, programa akreditacije i finansiranja na lokalnom/kantonalnom nivou, itd.) - moguć angažman UNDP-a.

13.1.2 Unapređenje dokazne osnove za razvoj i planiranje stanovništva

Još uvijek postoji puno nedostataka u poznavanju raznih aspekata stanovništva i njegovog blagostanja ili čak njihovo nedovoljno poznavanje. Bilo bi važno unaprijediti ovo znanje kako bi se stvorili bolji dokazi za planiranje politika. Stoga se preporučuje unapređenje raspoloživosti i kvalitete podataka kroz:

- **Podatke koje proizvode institucije za statistiku** na entitetskom i državnom nivou, **koji će biti u većoj mjeri sinhronizirani**, posebno podatke iz popisa stanovništva, ali i podatke iz drugih ključnih istraživanja, kao što su anketa o radnoj snazi, anketa o potrošnji domaćinstava, vitalna statistika, nacionalni računi i druge ekonomske statistike, itd.
- Neophodno je bez daljnjeg odlaganja provesti istraživanja koja će predstavljati ključne izvore podataka za praćenje situacije stanovništva i planiranje politika. Prije svega su potrebni **istraživanje višestrukih pokazatelja (MICS)** koje provodi UNICEF i **statistika dohotka i životnih uvjeta,** kao i **anketa o korištenju vremena.**
- Potrebno je stimulirati dodatno **socio-demografsko istraživanje i analizu kroz angažiranje istraživača,** finansiranje demografskog istraživanja na univerzitetima širom BiH, organiziranje domaćih i međunarodnih konferencija, pružanje podrške objavi rezultata osnovnih i primijenjenih demografskih istraživanja. Također je potrebno pažljivo planirati i pružati podrška novim generacijama demografa, uključujući i stipendije i podršku razvoju njihovih kapaciteta na priznatim fakultetima za demografiju i u istraživačkim centrima.
- Potrebno je redovno provoditi **istraživanja** na reprezentativnoj populaciji u vezi sa **normama, vrijednostima, stavovima** prema raznim javnim pitanjima, uključujući i socijalna i demografska, bilo kao neovisno domaće istraživanje na osnovu međunarodno uporedivih metodologija ili kroz

učešće u svjetskom ili evropskom ispitivanju stavova, evropskoj anketi o kvaliteti života ili Eurobarometru.

- Potrebno je **istraživanje preferencija oko fertiliteta,** odluka vezanih za fertilitet, rodnih normi, vrijednosti, uključujući i one koje se odnose na brak, rađanje, planiranje porodice i roditeljstvo. Dio tog istraživanja trebaju biti razlozi koji leže iza relativno visoko neispunjene potrebe za kontracepcijom i abortusa. Istraživanje na reprezentativnoj populaciji žena u reproduktivnoj dobi, ali i muškaraca u referentnoj dobnoj skupini bi mogli podržati UNFPA i UN Women.
- Postoji potreba za provođenjem **istraživanja zdravlja u BiH** (koje bi možda mogli provesti Svjetska zdravstvena organizacija, UNFPA u saradnji sa zavodima/institutom za javno zdravstvo) u cilju unapređenja programa za prevenciju vertikalne transmisije HIV virusa sa zaražene majke na dijete. Potrebno je povećati raspoloživost i dostupnost usluga savjetovanja i testiranja na HIV za ključne populacije. Po mogućnosti, izrada nove strategije za odgovor na HIV i spolno prenosive infekcije uz akcioni plan sa budžetom za njegovo provođenje bi pružila djelotvorniji odgovor na ovu vrstu zdravstvenog rizika za populaciju.
- Postoji potreba za provođenjem **istraživanja socijalne inkluzije starijih osoba** s obzirom na to da postojeća slika nije sveobuhvatna ni precizna. Istraživanje bi trebalo snimiti potrebe za raznim uslugama unutar sistema dugoročne zaštite koje bi se trebale dalje razvijati na osnovu zapažanja istraživanja. Istraživanje bi trebalo dati uvid u rodne i regionalne aspekte socijalne inkluzije u starijoj dobi. Ovo bi mogle provesti statističke institucije uz pomoć UNFPA.
- Potrebno je provesti **analizu troškova i koristi** efekata emigracije, niskog fertiliteta i starenja populacije na socioekonomski razvoj BiH. To bi se moglo uraditi u saradnji između UNFPA i Svjetske banke.

Reference

Avdeev, A., Eremenko, T., Festy, P., Gaymu, J., Bouteillec, N., Springer, S. (2011). Populations and demographic trends of European countries 1980-2010. *Population*, vol. 66. issue 1. INED. pp. 9-129

Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine. (2014). Akreditacijski standardi za drop-in centre u FBiH. Sarajevo: Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine.

Agencija za statistiku BiH, (2012): Statistički program Bosne i Hercegovine, 2013-2016. Sarajevo.

Agency for statistics of Bosnia and Herzegovina (2013). Labour Force Survey 2013. Sarajevo

Agency for Statistics of BiH (2016a) *Gross Domestic Product by Production, Income and Expediture Approach,* Sarajevo, acessed on 28.02.2019. http://www.bhas.ba/tematskibilteni/TB%20BDP%202016_BS_www.pdf

Agency for Statistics of BiH (2016b) *Demography of Bosnia and Herzegovina 2016*, http://www.bhas.ba/tematskibilteni/DEM_00_2016_TB_0_BS.pdf

Agency for Statistics of BiH (2017): Houshold Budget Survey 2015, Sarajevo

Agency for Statistics of BiH (2018a) *Gross Domestic Product and Actual Individual Consumption in Purchasing Power Standards in 2017, first release,* acessed on 28 February 2019 *http://www.bhas.ba/saopstenja/2018/NAC_05_2017_Y1_0_HR.pdf*

Agency for Statistics of BiH (2018b) *Labour Force Survey 2018,* http://www.bhas.ba/tematskibilteni/LAB_00_2018_Y1_0_BS.pdf

Agency for Statistics of BiH (2018c) *Demography in Brčko District of BiH 2013-2017,* http://www.bhas.ba/publikacijebd/BRC_2018_001_DEM.pdf

Agency for Statistics of BiH (2018d) *Census of Population, Households and Dwellings in Bosnia and Herzegovina. Households and Families,* Sarajevo http://www.popis.gov.ba/popis2013/knjige.php?id=3

Agency for Statistics of Bosnia and Herzegovina (2018e) *Women and Men in Bosnia and Herzegovina*, *2017,* Sarajevo, http://www.bhas.ba/tematskibilteni/FAM_00_2017_TB_0_BS.pdf

Agency for Statistics of BiH (2018f) *Prosjecne mjesecne isplacene neto place zaposlenih za oktobar 2018. godine, http://www.bhas.ba/saopstenja/2018/LAB_04_2018_10_0_BS.pdf*

Agency for Statistics of BiH (2018g) *Socijalna zaštita u Brčko Distriktu 2013.-2017.g.* http://bhas.ba/publikacijebd/BRC_2018_SZ_001.pdf

Agency for Statistics of BiH (2019) *Labour Force Survey 2019,* http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Bilteni/2019/LAB_00_2019_Y1_0_BS.pdf

Agency for statistics of BiH (2020) Internal migrations in BiH in BiH, http://bhas.gov.ba/data/Publikacije/Saopstenja/2020/DEM_02_2019_Y1_0_BS.pdf

aidspan - Independet observer of Global Fund. (2016). *Global Fund withdrawal on programs and service delivery in Bosnia and Herzegovina*. Nairobi: aidspan - Independet observer of Global Fund.

ARZ (2012), Istraživanje tržišta rada u BiH u cilju utvrđivanja usklađenosti obrazovnog sistema s potrebama tržišta rada u 2012. Godini, Sarajevo: gencije za rad i zapošljavanje Bosne i Hercegovine

Asocijacija XY (2013). Zdravi životni stilovi. http://www.asocijacijaxy.org/o-nama

Asocijacija XY (2014). Godišnji izvještaj 2014. http://www.asocijacijaxy.org/udocs/izvjestaj/20142.pdf

Babovic, M. (2010) *Rodne ekonomske nejednakosti u komparativnoj perspektivi: Srbija i EU,* ISIFF, SeConS, https://secons.net/files/publications/41-

Rodne%20ekonomske%20nejednakosti%20u%20komparativnoj%20perspektivi%20Evropska%20unija%20i%20Srbija.pdf

Babovic, M, Stanojevic, D, Milinovic, J, Petrovic, I, Stefanovic, S. (2016) *Rodne nejednakosti u Republici Srpskoj iz perspektive životnih tokova,* Gender Centar RS, Banja Luka, https://secons.net/files/publications/53-Rodne%20nejednakosti%20u%20Republici%20Srpskoj%20iz%20perspektive%20%C5%BEivotnih%20tokova.pdf

Babović, M, Ginić, K, Vuković, O. (2013) *Prevalence and Characteristics of Violence against Women in Bosnia and Herzegovina,* Agency for Gender Equality, Sarajevo, https://arsbih.gov.ba/project/rasprostranjenost-i-karakteristike-nasilja-nad-zenama-u-bosni-i-hercegovini/

Bačak, V., & Dominković, Z. (2012). Bihevioralna i biološka studija nadzora među injekcijskim korisnicima droga u Bosni i Hercegovini, 2012: Ispitivanje putem uzorkovanja upravljanog ispitanicima. Sarajevo: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

Barker, D.K, Feiner, S.F. (2004) Liberating Economics. Feminist Perspectives on Families, Work, and Globalisation. The University of Michigan Press, Ann Arbor.

Baros, S., Sipetic Grujicic, S., Zikic, B., & Petrovic Atay, J. (2018). Stigma matters: HIV and HIV risk perception among men who have sex with men in Serbia; a qualitative study. *Health, Risk & Society, 20*(7-8), 342-357.

BCSDN (2017), Bosnia and Herzegovina Country Paper, Balkan Civil Society Develpoment Network, www.horizont3000.at/wp-content/.../07/WB_CountryPaper_BosniaHervegovina.pdf

Beneria, L. (2003) *Gender, Development and Globalisation,* Routledge, London.

BHAS (2018): Demografphy 2017. TB 02. Sarajevo.

Blagojevic, Hughson, M. (2012) Single Parents in the Western Balkans: Between Emotions and Market, in Daskalova, K., Hornstein Tomic, C, Kaser, K, Radunovic, F. (eds.), *Gendering Post-Socialist Transition: Studies of Changing Gender Perspectives*, LIT Verlag, pp: 219-247.

Bobić, M. (2003) *Brak i partnerstvo. Demografsko sociološka studija.* ISIFF, Beograd.

Bojanić, J., Stojisavljević, S., Jokić, I., Imamović, E., Šiljak, S., Jandrić, L., . . . Kocev, N. (2012). *Istraživanje o HIV stigmi i diskriminaciji među zdravstvenim radnicima u javnom i privatnom zdravstvenom sektoru u BiH*. N.d.: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske, Zavod za javno zdravstvo Federacije BiH.

Central Bank of BiH (2018) *Quarterly Bulletin,* No. 3/2018, https://www.cbbh.ba/Content/Archive/35?lang=bs

Central Bank of BiH (2018) *Izvjestaj o finansijskoj stabilnosti 2017,* https://www.cbbh.ba/Content/Archive/575?lang=bs

CoE (2009), Pregled politika zapošljavanja Bosna i Hercegovina, Council of Europe, www.ilo.org/wcmsp5/groups/.../wcms_169177.pdf

CPU (2018a) *Između politike i ekonomskih reformi. Monitoring implementacije mjera iz Programa ekonomskih reformi koje podržava MMF,* Centar za politike i upravljanje, Sarajevo, http://www.cpu.org.ba/publikacije/izmedju-politike-i-ekonomskih-reformi-monitoring-implementacije-mjera-iz-programa-ekonomskih-reformi-koje-podrzava-mmf-april-2018/

CPU (2018b) *Ekonomski pokazatelji u BiH i regionu 2014-2018,* accessed on 01.03.2019. http://www.cpu.org.ba/publikacije/ekonomski-pokazatelji-u-bih-i-regionu-2014-2018/

CPU (2010), Osnovno obrazovanje u Bosni i Hercegovini – Kvalitet, kreativnost i inovativnost?, Sarajevo: Centar za politike i upravljanje

Cvejić, S. i Babović, M. (2014). *Migration flows in Western Balkan countries: transit, origin and destination, 2009 – 2013,* IOM.

Cvejić, S. i Kitanov, S. (2017). Regional mapping of smuggling of migrants in the Western Balkans, IOM.

Directorate for Economic Planning, BiH Council of Ministers (2017a), *Bosna i Hercegovina: izjveštaj o razvoju. Godišnji izvještaj 2017*. Sarajevo, Vijeće Ministara, Direkcija za ekonomsko planiranje

Directorate for Economic Planning, BiH Council of Ministers (2017b). Izvještaj o socijalnoj uključenosti BiH Godišnji izvještaj 2017. Sarajevo, Vijeće Ministara, Direkcija za ekonomsko planiranje

Directorate for Economic Planning, BiH Council of Ministers (2018a) *Izvjestaj o socijalnoj ukljucenosti BiH. Godisnji izvjestaj 2017,* Sarajevo. http://www.dep.gov.ba/dep_publikacije/pregledsocioekonkretanja/Archive.aspx?langTag=bs-BA&template_id=140&pageIndex=1

Directorate for Economic Planning, BiH Council of Ministers (2018b) *Bosna i Hercegovina Izvjestaj o razvoju BiH. Godisnji izvjestaj 2017.* http://www.dep.gov.ba/razvojni_dokumenti/izvjestaji/Archive.aspx?langTag=bs-BA&template_id=140&pageIndex=1

Draganovic, S. (2016) A Survey of Family Transformations in Bosnia and Herzegovina, *Epiphany: Journal of Transdisciplinary Studies*, Vol. 9, No., pp: 104-119, https://www.researchgate.net/publication/318118647_A_Survey_of_Family_Transformations_in_Bosnia_and_Herzegovina

Dražančić A (2005). Carski rez u svijetu i Hrvatskoj. Učestalost, indikacije, mortalitet i morbiditet, ponovljeni carski rez. Hrčak, 14(2) 2005.

Dudukovic, P, Martic, M. (2015) *Rast produktivnosti rada – preduslov za povecanje plata i stabilan ekonomski razvoj,* GEA – Centar za istrazivanja i studije, Banja Luka, accessed 15 March 2019 https://www.gea.ba/wp-content/uploads/2015/12/Analiza-o-produktivnosti-rada-LAT.pdf

Đelmiš J, Orešković S. (2014). Fetalna medicina i opstetricija. Medicinska naklada Zagreb.

ESPN (2018), Could non-contributory social transfers in Bosnia and Herzegovina reach those most in need? ESPN Flash Report 2018/74, *https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20543&langId=en*

ECDC/WHO. (2009). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2010). HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

ECDC/WHO. (2011). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2012). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2013). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2012*. Stockohlm: ECDC.

ECDC/WHO. (2014). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2015). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2016). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2015*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2017). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data*. Stockholm: ECDC.

ECDC/WHO. (2018). HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 – 2017 data. Copenhagen: Author.

ECHR (2009), *Case of Sejdić and Finci v. Bosnia and Herzegovina, Applications nos. 27996/06 and 34836/06*, Strasbourg, European Court of Human Rights

Emirhafizović M, Zolić H. (2017). Demografske i etničke promjene u Bosni i Hercegovini. Dobna struktura i reprodukcija stanovništva Bosne i Hercegovine. Akademija nuka i umjetnosti Bosne i Hercegovine. Sarajevo.

Euroasian Harm Reduction Network. (2016). The Impact of Transition from Global Fund Support to Governmental Funding on the Sustainability of Harm Reduction Programs: Case Study from Bosnia and Herzegovina Eurasian Harm Reduction Network. N.d.: Autor.

European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe [ECDC/WHO]. (2008). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

European Commission (2018) *Economic Reform Programme of Bosnia and Herzegovina (2018-2020) Comission Assessment.* Commission Staff Working Document, Brussels.

European Commission (2017). Overview of the Higher Education System Bosnia and Herzegovina. Available at: https://eacea.ec.europa.eu/erasmus-plus/library/overview-higher-education-system-in-partner-countries-regions-1234-and-7_en , assessed on 29 April 2019

European Commission (2015), *Bosnia and Herzegovina 2015 Report,* Brussels: The European Commission

European Commission Joint Research Centre. (2018). *Demographic and Human Capital Scenarios for the 21st century: 2018 assessment for 201 countries*. Lutz, W., Goujon, A., KC, S., Stonawski, M., Stiliankis, N. (Eds). Publications Office of the European Union. Luxembourg.

Eurostat (2015) *People in the EU: who are we and how do we live?* Eurostat, Luxembourg, https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7089681/KS-04-15-567-EN-N.pdf/8b2459fe-0e4e-4bb7-bca7-7522999c3bfd

Federal Institute for Statistics of FBiH (2018a) *Women and Men in Federation of BiH*, Sarajevo, http://fzs.ba/wp-content/uploads/2019/01/Zene-i-muskarci-u-F-BiH-2018.pdf

Federal Institute for Statistics of FBiH (2017a) *Gross Domestic Product 2017*, http://fzs.ba/index.php/bosanski-bilteni/nacionalni-racuni-bruto-domaci-proizvod/

Federal Institute for Statistics of FBiH (2017b) *Robni promet sa inozemstvom 2017, bilten, http://fzs.ba/index.php/publikacije/godisnji-bilteni/robni-promet-fbih-sa-inozemstvom/*

Federal Institute for Statistics of FBiH (2017c) *Demographics 2017,* Sarajevo.

Federal Institute for Statistics of FBiH (2017d) *Social Protection in 2017,* https://docs.google.com/gview?url=http://fzs.ba/wp-content/uploads/2018/08/Socijalna-zastita-skrb-u-2017.pdf

Federal Institute for Statistics of FBiH (2006). Statistical Yearbook 2006. Sarajevo: Federation of Bosnia and Herzegovina Federal Office of Statistics

Federalni zavod za programiranje razvoja (Federal Development Planning Institution) (2016)*, Produktivnost rada u BiH: uslov za jacanje konkurentnosti,* Sarajevo.

Fetahovic, A. (2017) Visualisation of internal migrations in Bosnia and Herzegovina using circular plots, Mig-net International conference, Sarajevo

FMON (2012). Strateški pravci razvoja visokog obrazovanja u Federaciji Bosne i Hercegovine od 2012. do 2022. godine. Mostar: Federalno Ministarstvo obrazovanja i nauke

GFATM/UNDP. (2016). Bosnia and Herzegovina: Grant Performance Report - External Print Version, BIH-910-G03-H. N.d.: UNDP.

Girone, S., Grubanov-Bošković, S. Postwar Mortality Trends in Bosnia and Gerzegovina. Retrieved from: https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/demo/documents/GironeGrubanov.pdf

Godinjak, S., Čardaklija, Z., Stojisavljević, S., Topic, R., Ravlija, J., Hadziziosmanovic, V., . . . Medvedac, T. (2015). *Transition Plan for the Continuation of HIV and AIDS Prevention, Treatment and Care in Bosnia and Herzegovina 2015-2017*. N.d: UNDP.

Goldstein, R.J., Sobotka, T., Jasilioniene, A. (2009). The End of "Lowest-Low" Fertility? *Population and Development Review*, 35(4): 663-699.

Government of Republika Srpska (2017). Strategy for the Development of Education in Republika Srpska 2016-2021. Banja Luka

Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J.D. (2019) *World Happiness Report 2019,* http://worldhappiness.report/

Hirose, Kenichi; Hetteš, Miroslav (2016). Extending social security to the informal economy: evidence from Bosnia and Herzegovina and the Republic of Moldova. Budapest: International Labour Organisation

Hoffman SD. (2008). Kids Having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. Washington, DC: The Urban Institute Press.

Ibrahimović, Namir (2015), Osnovnoškolsko i srednjoškolsko obrazovanje u BiH (trenutno stanje i preporuke za reforme), Sarajevo, Inicijativa za monitoring evropskih integracija Bosne i Hercegovine, http://eu-monitoring.ba/namir-ibrahimovic-osnovnoskolsko-i-srednjoskolsko-obrazovanje-u-bih-trenutno-stanje-i-preporuke-za-reforme/

IDNCDI (1974). Razvitak stanovništva Jugoslavije u posleratnom period. Beograd: Institut društvenih nauka Centar za demografska istraživanja

IJZRS. (2009). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u 2008. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2010). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u 2009. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2011). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u 2010. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2012). *Zdravstveno stanje stanovništva u 2011. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2013). *Zdravstveno stanje stanovništva u 2012. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2014). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u 2013. godini*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2015). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske, 2014*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2016). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u 2015*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2017). *Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske, 2016*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

IJZRS. (2018). *Zdravstveno sanje stanovništva Republike Srpske, 2017*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

ILO (2009). *Employment Policy Review, Bosnia and Herzegovina*

ILO (2017). World Social Protection Report 2017–19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals. Geneve: International Labour Organisation

IMO Report Misssion 24 (2016). Steering Committee of the International Monitoring Operation on the Population and Housing Censuses in Bosnia and Herzegovina, Twenty-Fourth Assessment Report. http://www.rzs.rs.ba/static/uploads/popis/dokumenti/IMOReportMission_24_Executive_Summary.pdf

Institut za javno zdravstvo Republike Srpske i Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. (2012) Istraživanje dostupnosti HIV/SPI prevencije i zdravstvene zaštite putem prijateljskih centara za mlade. Banja Luka. http://www.zzjzfbih.ba/wp-content/uploads/2012/04/Istrazivanje-dostupnosti-HIV-SPI-prevencije-i-zdravstvene-zastite-putem-prijateljskih-centara-za-mlade.pdf

IOM (2016) *Smuggling of migrants and trafficking in human beings assessment in the Western Balkans – Bosnia and Herzegovina,* IOM.

IOM (2012): *The Impact of Demographic and Migration Flows on Serbia*. Beograd: International Organisation for Migration – Mission to Serbia.

IOM. (2011). Glossary on migration. *International Migration Law Series,* 25.

Jarke, H, Dzindo, A, Jakob, L. (2019) Healthcare access in Bosnia and Herzegovina in the light of European Union accession efforts, SEEJPH, DOI 10.4119/UNIBI/SEEJPH – 2019

Jurić, Jelena (2017, October). Characteristics of Personal Consumption in Bosnia and Herzegovina. In *DIEM: Dubrovnik International Economic Meeting*, Vol. 3, No. 1, pp. 586-596

JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske. Zdravstveno stanje stanovništva Republike Srpske u periodu 2007-2017. http://www.phi.rs.ba/index.php?view=publikacije&id=publikacije

JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske [IJZRS]. (2008). *Publikacija o zdravstvenom stanju stanovništva za 2007. godinu*. Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske.

Kacapor-Dzihic, Z, Oruc, N. (2012) *Social Impact of Emigration and Rural-Urban Migration in Central and Eastern Europe. Country Report for BiH,*

Kadušić, A, Suljić, A, Smajić, N. (2016) The demographic ageing of population in Bosnia and Herzegovina: Causes and Consequences, Journal for Geography, 11-1, pp: 41-52,

Katz, V. Proces demografske tranzicije u BiH druga polovina 20. stoljeća. https://knjizevnost.fandom.com/bs/wiki/Proces_demografske_tranzicije_u_BiH_druga_polovina_20._stolje%C4%87a#

Laslett, P. (1989). A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age, London: George.

Kohler, H.P., Billari, F.C. & Ortega, J.A. (2006). Low fertility in Europe: Cause, implications and policy options. In: F.R. Harris (ed). *The baby bust: Who will do the work? Who will pay the taxes*? Lanhman, MD: Rowman & Littlefield Publishers. (pp. 48-109)

Kotzamanis, B. (2001). Razvitak stanovništva I demografske perspective jugoistočne Evrope. S*tanovništvo*, 1-4. pp. 7-44.

Kovačević, M. (2005). The Weak Points of Statistical and Demographic Analysis in Estimations of War Victims in Bosnia and Herzegovina in the Period 1992-1995. *Stanovništvo.* 1-4. pp. 13-42

Krsmanović, B., Lalić, N., Pašalić, S. & Djurić, A. (2017). Economic and demographic consequences of depopulation processes in Bosnia and Herzegovina. *International Journal of Current Research*. Vol. 9. Issue 10. University of East Sarajevo. http://www.journalcra.com

Lee, R., Mason, A. (2010). Fertility, Human Capital, and Economic Growth over the Demographic Transition. Euro J Popul. 26.:159–182.

Lee, R., Mason, A. and members of the NTA Network (2014). Is Low Fertility Really a Problem? Population Aging, Dependency, and Consumption. *Science*, Vol 346: 163.

Lussier, M-H., Bourbeau, R., Choiniere, R. (2008). Does the recent evoulution of Canadian mortality agree with the epidemiologic transition theory? *Demographic Research*. Vol 18. (pp. 531-568).

Lutz, W., Skirbekk, V. (2004). How Would "Tempo Policies" Work? Exploring the Effect of School Reforms on Period Fertility in Europe, European Demographic Research Papers 2 https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Publications/EDRP/edrp_2004_02.pdf

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

Manukyan, A., Campbell, A., Burrows, W., & Burrows, D. (2013). *REPORT: Estimating Population Sizes for MSM, PWID and SW in Bosnia and Herzegovina*. N.d.: AIDS Projects Management Group.

Marinković, D. (2014). *Demografske determinante populacione politike Republike Srpske* (Demographic Determinants of the Population Policy iin the Republic of Srpska). Univerzitet u Banjoj Luci. Banja Luka.

Marinković, D., Majić, A. (2018). *Stanovništvo Republike Srpske – demografski faktori I pokazatelji*. Univerzitet u Banjoj Luci Prirodno-matematički fakultet. Banja Luka.

Marinković, I. (2017). Pušenje kao osnovni factor preventabilne smrtnosti u Srbiji. *Stanovništvo*. 55(1): 87-106

Marković, G. (2011), „Ustavne promene u Bosni i Hercegovini", u: Banović, Damir and Saša Gavrić (eds.), Država, politika i društvo u Bosni i Hercegovini, Sarajevo: University Press

Martić, M. Djukić, O. (2018). Sistemi zdravstvene zaštite u BiH: Finansijski izazovi i opcije za reformu. Sarajevo: FES

Martić, , M., Tutnjević, S. (2018), *Problem naučenog neučenja: Analitički osvrt na kritične faktore osnovnog i srednjeg obrazovanja*, Sarajevo: Friedrich Ebert Stiftung

MDGF (2011), *Nepohađanje i napuštanje obrazovanja*. Sarajevo, Decembar 2011

Mesle, F. (2004). Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. *Demographic Research*. Special Collection 2: 45-70.

MFT & UNT (2013), *Progress towards the Realisation of Millennium Development Goals in Bosnia and Herzegovina*, Sarajevo: of Finance and Treasury of Bosnia and Herzegovina and the United Nations Country Team in Bosnia and Herzegovina

MICS (2013a). *Bosna i Hercegovina: Istaživanje višestrukih pokazatelja 2011–2012.* N.d.: UNICEF-ov ured za Bosnu i Hercegovinu

MICS (2013b). *Bosna i Hercegovina: Roma- Istaživanje višestrukih pokazatelja 2011–2012.* N.d.: UNICEF-ov ured za Bosnu i Hercegovinu

Ministarstvo za porodicu, omladinu i sport, Savjet za demografsku politiku (2008). Analiza demografske situacije i sprovođenja pronatalitetnih mjera i aktivnosti u Republici Srpskoj (Analysis of the demographic situation and the implementation of pro-natality measures and activities in the Republic of Srpska).

Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske (2011). Istraživanje zdravlja stanovništva Republike Srpske. Izvještaj o rezultatima istraživanja. Banja Luka.

Ministarstvo zdravstva Federacije BiH (2014). Studija o stanju zdravlja odraslog stanovništva Federacije Bosne i Hercegovine. Zavod za javno zdravstvo. Sarajevo, Mostar.

Ministry of finance and treasury of BiH (2018) *Analiza održivosti javnog duga BiH za period 2018-2022.* Sarajevo. http://mft.gov.ba/bos/images/stories/javni_dug/informacije/2018/Analiza%20odrzivosti%20duga%20BiH%202018%20-%202022%20god.%20Bos.pdf

Ministry of Human Rights and Refugees (2005). *Comparative Analysis on Access to Rights of Refugees and Displaced Persons*. Sarajevo: Bosna I Hercegovina Ministry of Human Rights and Refugees.

Ministry of Security, Department for Immigration (2018) *Migration Profile of BiH 2017.*

Ministry of Security, Department for Immigration (2017) *Migration Profile of BiH 2016.*

Mladinić Ž. (2002) et al. Porodi nakon ranijeg carskog reza. Gynaecol Perinatol 2002; 11 (4): 159-162.

Mujanović, E., Muratbegović, E., Budimić, M. i Obradović, V. (2016). *Trgovina ljudima u Bosni i Hercegovini*, Sarajevo: Centar za istraživanje politike suprotstavljanja kriminalitetu.

Mujić, M., Zaimović Kurtović, L. (2017). Masovni odlazak mladih iz BiH: Potraga za poslom ili bijeg od stvarnosti? Sarajevo: Centar za izborne studije, http://www.mladi.gov.ba/index.php?option=com_content&task=view&id=46&Itemid=34

Mullis, Ina V.S., Martin, Michael & Foy, Pierre (2008). *TIMSS 2007 International Mathematics Report: Findings from IEA's Trends in International Mathematics and Science Study at the Fourth and Eighth Grades*. Boston: TIMSS & PIRLS International Study Center

MZS (2018), Bilten socijalne zaštite 2017, Banja Luka: Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite

Nikitović, V. (2016). Dugoročne demografske implikacije niskog fertiliteta u regionu bivše Jugoslavije. *Stanovništvo*, 54 (2). pp. 27-58

Obradović, Nikolina i Ognjen Đukić (2016), Socijalni transferi u BiH – Šta siromašni građani imaju od njih, Banja Luka: Gea Centar za istraživanje i studije

Ombudsman for Human Rights of BiH (2010) *Special Report on Human Rights of Older Persons,* Sarajevo. http://www.diskriminacija.ba/sites/default/files/node_file_upload/obmudsmen_doc20130204062116 83bos1.pdf

Ombudsmen za djecu Republike Srpske. Reproduktivno zdravlje-stavovi mladih. Poseban izvještaj Ombudsmana za djecu i Mreže mladih savjetnika (2012). Banja Luka. http://www.djeca.rs.ba/uploaded/repzdr.pdf

Omran, A.R. (1998). The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later. *World Health Statistics Quarterly* 51: 99-119.

OSCE (2019) *Well-being and safety of women in BiH,* Vienna, OSCE.

Pašalić, S., Vuković, D., Jovičić, M., Stević, D. (2017). Dynamics and directions of demographic changes in Bosnia and Herzegovina. *IJASOS – International E-Journal of Advances in Social Sciences*, Vol. III. Issue 7.

Penev, G. (2002). Procene stanovništva Bosne i Hercegovine po starosti i polu 2000-te godine, interno, Beograd: Centar za demografska istraživanja Instituta društvenih nauka.

Penman-Aguilar A, Carter M, Snead MC, Kourtis AP. (2013). Socioeconomic disadvantage as a socia

Pesic, J. (2017) *Promena vrednosnih orijentacija u postsocijalistickim drustvima Srbije i Hrvatske. Politicki i ekonomski liberalizam.* ISIFF, Beograd, http://147.91.75.9/manage/shares/ISI/isi_2017_JelenaPesic_Vrednosne_orijentacije.pdf

Pilav, A., Cerkez, G, Čalkić L., Hadžiosmanović V., Godinjak, Z. (2012) Smjernice za upućivanje trudnica na HIV testiranja, PROI, USAID, Sarajevo Portes, A. (1997, September). *Globalisation from below: The rise of transnational communities.* Princeton, NJ: Princeton University, https://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?pager.offset=0&langId=fr&mode=advancedSubmit&policyArea=0&subCategory=0&year=0&country=0&type=0&advSearchKey=EmigrationMigrationCentralEasternEurope&orderBy=docOrder

Radić, D. (2010). *Savremeni demografski problem regionalnog razvoja Bosne i Hercegovine*. Master rad. Beograd: Univerzitet u Beogradu Geografski fakultet.

Radivojević, B. (2002). Smanjenje smrtnosti starog stanovništva u Jugoslaviji – šansa za povećanje očekivanog trajanja života. *Stanovništvo*. 1-4. pp. 35-52

Radivojević, B., Nikitović, V. (2010). Održivost radne snage u uslovima inzenzivnog demografskog starenja. *Зборник матице српске за друштвене науке*, Нови Сад: Матица српска Одељење за друштвене науке. pp. 455-464

Rasevic, M. (2016) *Migration and Development in Serbia,* IOM, Belgrade.

Rašević, M. (2006). Fenomen starenja stanovništva Srbije. *Demografija*, 3. pp 43-58.

Ravlija, J., Jandrić, Lj., Vilić-Švraka, A., & Stojisavljević, S. (2012). Research on Risk Behaviour in Relation to HIV/STI Prevalence among Groups Exposed to Higher Risk (MSM and SW) in Bosnia and Herzegovina. Sarajevo/Mostar/Banja Luka: N.d.

Ravlija, J., Jandrić, Lj., Željko, M., & Kurtović, A. (2011). Research of Risk Behaviour with Regard to HIV Prevalence in Groups at Increased Risk. Sarajevo: Partnership in Health.

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2018a) *Demographic Statistics 2018,* Banja Luka.

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2018b) *Social Welfare 2018,* http://www2.rzs.rs.ba/static/uploads/bilteni/socijalna_zastita/Bilten_Socijalna_Zastita_2018_WEB.pdf

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2017a) *Gross Domestic Product, Production Approach* 2017, http://www2.rzs.rs.ba/static/uploads/saopstenja/nacionalni_racuni/bdp_godisnji/proizvodni_pristup/2017/BDP_Proizvodni_Pristup_2017_k.pdf

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2017b) *Spoljnja trgovina 2017,* *http://www.rzs.rs.ba/front/article/3164/?left_mi=None&add=None*

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2017c) *Women and Men in Republika Srpska, 2017,* http://www2.rzs.rs.ba/static/uploads/bilteni/zene_i_muskarci/Zene_i_muskarci_br_9_web.pdf

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2017d). *Open Book on the Census in BiH 2013*. Second revised edition. Banja Luka: Republika Srpska Institute of Statistics

Republic Statistical Institute of the Republika Srpska (2002). *Demographic Statistics*. Banja Luka: Republic of Srpska – Institute of Statistics. http://www.rzs.rs.ba/front/article/458/?left_mi=None&add=None

Sobotka, T. (2004). Postponement of Childbearing and Low Fertility in Europe. Amsterdam: University of Groningen Dutch University Press.

Sobotka, T., Lutz, W. (2010). Misleading Policy Messages derived from the Period TFR: Should we stop using it? *Comparative Population Studies*, 35(3), 637-664.

Sobotka, T. (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: Collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, 36(2), 246-296.

SOS savjetovanje. http://sveos.info/

Spasovski, M. (1995). Osnovne odlike demografskog razvitka Bosne I Hercegovine od 1918. do 1991. godine. *Bosna i Hercegovina od srednjeg veka do novijeg vremena. Zabornik radova*. Knj. 12. Istorijski institute SANU. Beograd.

State Department, Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons (2018) *Trafficking in persons report*

State Department Office to Monitor and Combat Trafficking in Persons (2017) *Trafficking in persons report*

The Ministry of Human Rights and Refugees of BiH (2017) *Initial Report of Bosnia and Herzegovina on the Implementaiton of the Madrid Plan of Action on Ageing,* https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/BIH_report.pdf

Stojisavljevic, S., Djikanovic, B., & Matejic, B. (2017). 'The Devil has entered you': A qualitative study of Men Who Have Sex With Men (MSM) and the stigma and discrimination they experience from healthcare professionals and the general community in Bosnia and Herzegovina. *PLoS One*

Stojisavljević, S., Janjić, B., Štrkić, D., Jokić, I., Enida, I., & Mulaomerović, M. (2015). *Bio-bihevioralno istraživanje među injekcionim korisnicima droga u pet gradova u BiH: Banja Luka, Bijeljina, Mostar, Sarajevo, Zenica*. Banja Luka: JZU Istitut za javno zdravstvo Republlike Srpske, UNDP.

Stojisavljević, S., Vranješ, S., Niškanović, J., Vilić Švraka, A., Filipović Hadžiomeragić, A., & Dančević, M. (2015). *Bio-bihevioralno istraživanje u populaciji muškaraca koji imaju seksualne odnose sa muškarcima u Bosni i Hercegovini, 2015. godina.* Banja Luka: JZU Institut za javno zdravstvo Republike Srpske Zavod za javno zdravstvno Federacije Bosne i Hercegovine.

Šiljak S., et al. (2018) Utilisation of preventive health care services among adults in Republic of Srpska. MD-Medical data 2018; 10(1): 031-038. https://www.md-medicaldata.com/godina_2018_broj_1_title_05.html

Šiljak S., et al. (2016) Nejednakosti u korištenju usluga doktora porodične medicine i doktora specijaliste u Republici Srpskoj. Biomedicinska istraživanja 2016. 7(2):156-167

Tabeau, E. Ed. (2009*). Conflict in Numbers, Casualties of the 1990s Wars in the Former Yugoslavia (1991-1999)*. Testimonies no.33. Belgrade: Helsinki Committee for Human Rights in Serbia.

Tabeau, E., Bijak, J. (2003). Casualties of the 1990s War in Bosnia-Herzegovina: A Critique of Previous Estimates and the Latest Results. Paper Presented at: The Seminar on the Demography of Conflict and Violence. Jevnaker. Norway. 8-11 November 2003. http://archive.iussp.org/members/restricted/publications/Oslo03/5-con-tabeau03.pdf

Todaro, M, P., Smith, C.S. (2012) *Economic Development.* 11th edition, Addison-Wesley, Boston.

Tomanović, S, Ljubičić, M, Stanojević, D. (2014) *Jednoroditeljske porodice u Srbiji. Sociološka studija.,* ISIFF, Čigoja, Beograd. https://www.researchgate.net/publication/280088744_Jednoroditeljske_porodice_u_Srbiji

Trnka, Kasim, et al. (2009), *Proces odlučivanja u Parlamentarnoj skupštini Bosne i Hercegovine: Stanje, komparativna rešenja, prijedlozi*, Sarajevo: Konrad Adenauer Stiftung

Turčilo, L. et al. (2019), Youth Study Bosnia and Herzegovina, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES), http://library.fes.de/pdf-files/id-moe/15262.pdf

UN (2017). World Population Prospects 2017. UN Population Division https://population.un.org/wpp/

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). (2015). *UNAIDS 2016–2021 Strategy: On the Fast-Trackto end AIDS*. Geneva: UNAIDS.

UNDP (2018a) *Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update,* http://hdr.undp.org/en/2018-update

UNDP (2018b) *Briefing note for countries on the 2018 Statistical Update: Bosnia and Herzegovina,* http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/BIH.pdf

UNDP (2013) *Rural Development in Bosnia and Herzegovina: Myth and Reality,* UNDP, Sarajevo.

UNDP (2017) Socio-economic Perceptions of Young People in Bosnia and Herzegovina, Sarajevo, https://www.undp.org/content/dam/bosnia_and_herzegovina/docs/Publications/Socio-ekonomske%20perceprije%20mladih%20u%20BiH_ENG_priprema.pdf

UNDP (2002) *Human Development Report Bosnia and Herzegovina 2002*, Sarajevo.

UNHCR (2017) *Podrška najugroženijim osobama na osnovu identifikovanih potreba,* https://www.unhcr.org/see/wp-content/uploads/sites/57/2018/11/Brosura-BOS.pdf

UNICEF (2015) *Gender Aspects of Life Course in Serbia Seen through MICS Data*. The analysis of Multiple Indicator Cluster Survey data. https://www.unicef.org/serbia/en/reports/mics-analysis-gender-aspects-life-course-serbia

UNICEF (2013a) *Bosnia and Herzegovina Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012,* Sarajevo.

UNICEF (2013b) *Bosnia and Herzegovina: Roma Sruvey. Multiple Indicator Cluster Survey 2011-2012,* Sarajevo.

Van Naerssen, T, Spaan, E, Zoomers, A. (2008) *Global Migration and Development,* Routledge.

UNICEF. (2009). Izvještaj o bihevioralnom i biološkom istraživanju među injekcionim korisnicima droga u Bosni i Hercegovini, 2009: Studija uzorkovanja upravljanog ispitanicima. Sarajevo: UNICEF - Bosna i Hercegovina.

Veljović, R. (2015). Demografski aspekti feomena odlaganja rađanja u Srbiji. Master rad. Beograd: Univerzitet u Beogradu Geografski fakultet.

Vojković, G., Magdalenić, I., Živanovič, Z. (2014). Population Ageing and its Impact on Labour Force in the Southeast Europe Countries. *Зборник матице српске за друштвене науке*, Тематска свеска Људски ресурси и регионални развој. Godina LXIII. Broj 148 (3/2014). Нови Сад: Матица српска Одељење за друштвене науке. str. 701-713

Wertheimer-Baletić, A. (2016). Demografski tranzicijski procesi – kontinuitet ili diskontinuitet. Rad Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Razred za društvene znanosti. 51. Zagreb. 7-63.

World Bank (2018a) *Western Balkans Regular Economic Report,* No. 14/Fall 2018, http://pubdocs.worldbank.org/en/194301538650996304/rev2-WBRER14-WQ-web-ENG.pdf

World Bank (2018b) *Doing Business 2018,* Washington DC.

World Bank (2017). Open Data https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=BA

World Bank (2016) *Migration and Remittances Factbook 2016*, https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23743/9781464803192.pdf

World Bank (2012). Bosnia and Herzegovina Challenges and Direction for Reform. A Public Spending and Institutional Reform. Washington DC: The World Bank, http://documents.worldbank.org/curated/en/143251468005404225/pdf/662530ESW0BA0P0C0disclosed080200120.pdf

World Bank (2009). Social Assistance Transfers In Bosnia And Herzegovina: Moving Towards A More Sustainable And Better Targeted Safety Net. Washington, D.C.: The World Bank

World Economic Forum (2018), The Global Competitiveness Report 2018, Geneva.

World Economic Forum (2017) *Global Competitiveness Index 2017-2018*, WEF, Geneva.

World Health Organisation (2018). International Agency for Research on Cancer. Bosnia and Herzegovina. Globocan.

World Health Organisation (2015). *World Report on Ageing and Health,* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf

World Health Organisation (2001). Sexual and reproductive health in Europe: current situation. WHO. Copenhagen.

World Justice Project (2012), Rule of Law Index 2012, Washington DC, The World Justice Project

World Justice Project (2019), Rule of Law Index 2019, Washington DC, The World Justice Project

Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine [ZZJZFBiH]. (2011). *Epidemiološka situacija na području Federacije Bosne i Hercegovine u 2010. godini*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine. Zdravstveno statistički godišnjak Federacije Bosne i Hercegovine u periodu 2007-2017. https://www.zzjzfbih.ba/statisticki-godisnjaci/

Zdravo da ste (2010). Godišnji izvještaj za 2009. godinu. Banja Luka. file:///C:/Users/Sladjana/Downloads/Godi%C5%A1nji+izvje%C5%A1taj+za+2009.+godinu.pdf

ZJZFBiH. (2012). *Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u Federaciji BiH, 2011. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2013). *Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u Federaciji BiH, 2012. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2014). *Zarazne bolesti u Federaciji BiH 2013. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2014a). STUDIJA o stanju zdravlja odrasloga stanovništva u Federaciji Bosne i Hercegovine 2012. Sarajevo: Federalno ministarstvo zdravstva; Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2015). *Zarazne bolesti u Federaciji BiH 2014. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2016). *Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2015. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2017). *Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2016. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

ZJZFBiH. (2018). *Epidemiološki nadzor nad zaraznim bolestima u Federaciji Bosne i Hercegovine, 2016. godina*. Sarajevo – Mostar: Zavod za javno zdravstvo Federacije Bosne i Hercegovine.

Zwierzchowski, J., Tabeau, E. (2010). Census-based multiple system estimation as an unbiased method of estimation of casualties' undercount. Conference Paper for the European Population Conference. Vienna. 1-4 September 2010.

Živković, M. (2009) Adolescenti, fertilitet i reproduktivno zdravlje mladih u Republici Srpskoj. Savjet za demografsku politiku Republike Srpske, Banja Luka. http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0038-982X/2009/0038-982X0902067Z.pdf.

Žiga, J. et al (2015) Youth Study Bosnia and Herzegovina, Friedrich-Ebert-Stiftung (FES)

Izvještaj o stanju u oblasti trgovine ljudima u Bosni i Hercegovini za 2017. godinu. (2018) Državni koordinator za borbu protiv trgovine ljudima, Ministarstvo sigurnosti BiH.

Zakoni

Službeni glasnik Republike Srpske, 90/17. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti.

Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine, 29/2005. Zakon o zaštiti stanovništva od zaraznih bolesti.

Službeni glasnik Republike Srpske, 11/15. Zakon o javnom redu i miru.

Službene novine Tuzlanskog kantona, 9/01. Zakon o javnom redu i miru.

Službene novine Kantona Sarajevo, 18/07 i 7/08. Zakon o prekršajima protiv javnog reda i mira.

Službeni glasnik Republike Srpske, 102/11. Sadržina i obim preventivnih mjera.

Službeni glasnik Republike Srpske, jul/08. Pravilnik o prethodnim i periodičnim ljekarskim pregledima radnika na radnim mjestima sa povećanim rizikom.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Srpske (2009). Službeni Glasnik Republike Srpske broj 106/09, 44/15

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2010). Službene novine Federacije BiH broj 46/10 i 75/13

Zakon o zdravstvenoj zaštiti u Brčko Distriktu Bosne i Hercegovine (2011). Službeni Glasnik Brčko Distrikta BiH 38/11, 9/13, 27/14 i 3/15

Zakon o zdravstvenom osiguranju Republike Srpske (1999). Službeni Glasnik RS broj 18/99

Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH Službene novine FBiH 30/97.

Zakon o zdravstvenom osiguranju Brčko Distrikta BiH (Službeni glasnik Brčko Distrikta BiH 27/18) Fond zdravstvenog osiguranja Republike Srpske. Sadržaj i obim prava. Vantjelesna oplodnja. https://www.zdravstvo-srpske.org/osiguranje/sadrzaj-i-obim-prava.html

Zakon o liječenju neplodnosti biomedicinskim pomognutom oplodnjom (2018). Službene novine Federacije BiH 59/18

Strategije

Bosnia and Herzegovina the Council of Ministers (2003). *Bosnia and Herzegovina Strategy to Prevent and Combat HIV/AIDS: 2004-2009*. Accessed on 18 February 2019 http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Bosnia%20and%20Herzegovina/hiv_plan_bh.pdf

Direkcija za ekonomsko planiranje. (2017). *Bosna I Hercegovina - Izveštaj o razvoju BiH, Godišnji izveštaj 2017*.

Vijeće Ministara Bosne i Hercegovine. (2011). *Strategija za odgovor na HIV i AIDS u Bosni i Hercegovini, 2011-2016*. Preuzeto 12 mart, 2019, sa http://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/Strategija%20za%20odgovor%20na%20HIV%20i%20AIDS%20u%20BiH%202011-2016.pdf.

Vijeće Ministara Bosne i Hercegovine. (2017). *Izveštaj o sprovođenju revidiranog akcionog plana Bosne i Hercegovine o obrazovnim potrebama roma za školsku 2015/2016. godinu,* http://www.mhrr.gov.ba/PDF/djeca/Narativni%20Izvjestaj_usvojen%20na%20Vijecu%20ministara.pdf

UNFPA. International Conference on Population and Development (1994). Cairo. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

United Nations General Assembly resolution A/RES/70/1 (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations. New York.

The global strategy for women`s, children`s and adolescent `s health (2016-2030): survive, thrive, transform (2015). WHO, Geneva. http://www.who.int/life-corse/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/

Health 2020: a European Policy framework and strategy for the 21 st century (2013). WHO Regional Ofice for Europe. Copenhagen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1

Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske (2008). Strategija primarne zdravstvene zaštite. Vlada Republike Srpske. Banja Luka. http://www.vladars.net/sr-SP-Cyrl/Vlada/Ministarstva/MZSZ/Documents/Primarna%20zastita%20Brosura.pdf

Ministarstvo zdravstva Federacije Bosne i Hercegovine (2008). Strategija za razvoj primarne zdravstvene zaštite. Vlada Federacije Bosne i Hercegovine. Sarajevo. http://www.fmoh.gov.ba/images/federalno_ministarstvo_zdravstva/zakoni_i_strategije/strategije_i_politike/dokumenti/strategija_razvoja_PZZ.pdf

World Health Organisation (2016). Action Plan for Sexual and Reproductive Health Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. WHO. Copenhagen.

World Health Organisation (2016). Multiple definitions of infertility. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/

Politika seksualnog i reproduktivnog zdravlja i prava u Bosni i Hercegovini (2012). Službeni Glasnik Bosne i Hercegovine broj 84/12

UNICEF (2017). Adolescent Health. https://data.unicef.org/topic/maternal-health/adolescent-health/

World Health Organisation (2010). Developing sexual health programmes. A framework for action. Copenhagen.

United Nations Department of Economic and Social Affairs (2018). Population Division. Population facts.

UN World Mortality 2017: Data Booklet, https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/mortality/World-Mortality-2017-Data-Booklet.pdf

Web izvori

Direkcija za ekonomsko planiranje - *Bosna I Hercegovina - Izveštaj o razvoju BiH,* http://www.dep.gov.ba/razvojni_dokumenti/izvjestaji/Archive.aspx?langTag=bs-BA&template_id=140&pageIndex=1

Education Statistics- primary education in the school year 2017/2018, http://www.bhas.ba/saopstenja/2018/EDU_03_2017_Y2_0_BS.pdf

Education Statistics- primary education in the school year 2017/2018, available at: http://www.bhas.ba/saopstenja/2018/edu_03_2017_y2_0_bs.pdf

The United Nations Convention on the Rights of the Child (2010). United Nations. Dublin. https://www.childrensrights.ie/sites/default/files/UNCRCEnglish.pdf

World Health Organisation. European Health Information Gateway. Percent of all live briths to mothers aged under 20 years. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_592-7040-of-all-live-births-to-mothers-aged-under-20-years/

World Health Organisation. European Health Information Gateway. Percent of all live briths to mothers aged 35+ years. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_595-7051-number-of-all-live-births-mothers-aged-35plus-years/

WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK, UNITED NATIONS (2014). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. WHO. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/01/MMR2013.pdf

Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). Bosna and Herzegovina. What health problems cause the most disability? http://www.healthdata.org/bosnia-and-herzegovina

Zagouri F et al. Female breast cancer in Europe: statistics, diagnosis and treatment modalities. J Thorac Dis. 16T2014 Jun; 16T6(6): 589–590. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3472023/pdf/bjo0119-0880.pdf

USAID. (2017). Lepir et al. Analiza sistemskih rješenja i stavova osoba/lica sa invaliditetom u kontekstu razmatranja aktivnih i pasivnih mjera podrške u Federaciji Bosne i Hercegovine i Republici Srpskoj. http://www.sif.ba/dok/1491989715.pdf