

Lilijana Burcar

## **ZDA IN OMEJEVANJE REPRODUKTIVNE AVTONOMIJE ŽENSK: RAZREDNO RAZSLOJEVANJE DOSTOPNOSTI KONTRACENCIJE (PRED DOBBSOM)**

### IZVLEČEK

*Liberalna zahodna feministična gibanja pozornost posvečajo pravici žensk do t. i. izbire, to je pravici do umetne prekinitve nosečnosti, zanemarjajo pa pravico žensk do kontracepcije. Na podlagi sistemske analize in historičnega materializma prispevek osvetli in sintezno poveže različne etape sistematičnega omejevanja dostopnosti kontracepcije za revne zaposlene in osiromašene skupine žensk v sodobni zgodovini ZDA. Omejevanje dostopnosti do polno subvencionirane kontracepcije je za revne zaposlene in osiromašene ženske temeljna oblika razredne diferenciacije pri uveljavljanju reproduktivne avtonomije in možnosti načrtovanja družine. To je v kontekstu ponovne kriminalizacije abortusa v ZDA še toliko bolj izrazito in omejujoče za uresničevanje njihove reproduktivne svobode.*

*KLJUČNE BESEDE: ZDA, kontracepcija, reproduktivna avtonomija, razredna diferenciacija*

### **The USA and limits on women's reproductive autonomy: Creating class differentiation by restricting contraception access (before Dobbs)**

#### ABSTRACT

*Liberal feminist movements primarily focus on women's right to abortion, while neglecting restrictions and structural barriers that prevent women from accessing contraception in systems that do not offer (full) health insurance coverage. Based on systemic analysis and a historical-materialist approach, the article sheds light*

*on different stages of limiting access to contraception for working poor and impoverished women in the USA as embedded in ACA and Title X programmes. Denying or restricting working poor and impoverished women's access to full or at least subsidised contraception coverage leads to class differentiation among women in their ability to exercise their right to family planning and reproductive autonomy. In the wake of Dobbs, this holds new sinister implications and consequences for low-income and poor women's right to reproductive freedom.*

**KEY WORDS:** USA, contraception, reproductive autonomy, class differentiation

## 1 Uvod<sup>1</sup>

Kontracepcijska sredstva, ki služijo kot oblika uravnavanja in nadzora nad reproduktivnim ciklom in kot oblika varovanja zdravja žensk, so bila v ZDA na zvezni ravni dekriminalizirana šele leta 1965 za poročene in leta 1972 za neporočene polnoletne osebe (Feldt 2004: 122). Vendar to ne pomeni, da so postala dejansko dostopna za večino žensk, še zlasti ne za ženske z nizkimi dohodki ter za najbolj izkoriščane in podplačane skupine žensk, vključno z imigrantkami (Arons in Agénor 2010: 23).<sup>2</sup> Vse do začetka 21. stoletja so bila kontracepcijska sredstva v ZDA namreč večinoma izvzeta tudi iz vseh oblik zasebnih zdravstvenih zavarovanj, na katerih temelji ameriški zdravstveni sistem, ki ne pozna javne zdravstvene blagajne in osnovnega zdravstvenega zavarovanja (Feldt 2004: 230). To še vedno do določene mere velja v primeru tistih oblik zdravstvenih zavarovanj, ki naj bi jih preko zasebnih zdravstvenih zavarovalnic z različnimi oblikami kritij za svoje zaposlene neobvezno nudili delodajalci ali pa jih neposredno z zasebno zavarovalnico sklene fizična oseba. Večina žensk ima kljub formalnopravno zagotovljeni pravici dostop do kontracepcijskih sredstev le, če vsak mesec iz lastnega žepa samo za nakup najcenejše oblike kontracepcije, tj. hormonskih tabletk, plača vsaj 30 dolarjev oziroma najmanj 600 dolarjev letno, k čemur je treba prišteti še račun za vsakokratni (mesečni) obisk zdravnika in izdajo recepta (Sobel in dr. 2019: 5). Če pa bi želele zanesljivejšo in dolgotrajnejšo vrsto zaščite, npr. maternični vložek, bi morale ženske – to pa še prav posebej

1. Prispevek je nastal v sklopu raziskovalnega programa »Medkulturne literarnovedne študije«, št. P6-0265, ki ga sofinancira Javna agencija za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije.
2. V ZDA je v starosti od 18 do 64 let revnih zaposlenih 53 milijonov ljudi ali 44 odstotkov vse delovne sile, ki v povprečju na uro prejema deset dolarjev ali manj (Ross in Bateman 2019: 9). Od tega jih vsaj ena tretjina živi pod 150-odstotnim pragom zvezno določene revščine, kar pomeni, da skupni družinski dohodki za štiričlansko družino ne presegajo skromnih 36.000 dolarjev letno (ibid.).

velja za nekaj več kot sedem milijonov zdravstveno nezavarovanih žensk v rodni dobi<sup>3</sup> – za to obliko kontracepcije odšteti od 800 do 1300 dolarjev oziroma na Aljaski tudi do 1500 dolarjev (Sifferlin in Rebal 2017). Za mnoge z nizkimi dohodki tako velik izdatek predstavlja vsaj enomesečno plačo (Feldt 2004: 230; KFF 2023). To je poglobitni strukturni dejavnik v t. i. liberalnih kapitalističnih demokracijah, zaradi česar ženske z nizkimi dohodki ostajajo povsem odrezane od kontracepcije kljub njeni legalizaciji ali pa je zaradi prevelikih stroškov oziroma dragih zdravstvenih zavarovalnih polic, ki nudijo le delne subvencije in temeljijo na doplačilih, ne morejo koristiti dosledno in dolgoročno (ACOG 2015: 2). Tako zastavljen sistem kljub dekriminizaciji kontracepcijskih sredstev ženske sili, da se ob nizkih dohodkih in v korist zagotavljanja osnovnih življenjskih potreb drugih članov družine odrečejo kontracepciji<sup>4</sup> ali pa se zatekajo k manj zanesljivim ali zanje neustreznim oblikam kontracepcije, kar vse zvišuje možnost nezaželenih nosečnosti (NWLC 2016: 2).

Ta sistemska prepreka, ki za revne zaposlene ženske in finančno šibke skupine žensk v ZDA predstavlja obliko omejevanja in izničevanja njihove reproduktivne avtonomije, je še toliko bolj izrazita in usodna v luči dejstva, da je ameriško vrhovno sodišče 24. junija 2022 ponovno kriminaliziralo splav. Liberalna feministična gibanja pozornost posvečajo pravici žensk do t. i. izbire, to je pravici do umetne prekinitve nosečnosti, zanemarjajo pa pravico žensk do kontracepcije (Gimenez 2019). Treba je prepoznati, da gre pri omejevanju dostopnosti do subvencionirane ali polno krite kontracepcije za implicitni način omejevanja pravice do načrtovanja družine med skupinami žensk z nizkimi dohodki, čemur

3. Po najnovejših uradno razpoložljivih podatkih, ki se nanašajo na leto 2022, je bilo tega leta v ZDA od skupaj 97.131.000 žensk v starostni dobi med 19. in 64. letom kar 10 odstotkov ali nekaj več kot 9,7 milijona brez zdravstvenega zavarovanja (KFF 2023: 9). V skupini revnih zaposlenih žensk v starostni dobi med 19. in 64. letom je bil ta odstotek skorajda dvakrat višji. Leta 2022 je bilo v ZDA nekaj več kot 27 milijonov revnih zaposlenih žensk. Kar 18 odstotkov ali skorajda 4,9 milijona jih ni imelo zdravstvenega zavarovanja, ker jim ga ni zagotovil delodajalec oziroma ga zaradi prenizkih dohodkov niso mogle skleniti individualno na zasebnem zavarovalniškem trgu v okviru programa ACA (KFF 2023: 10). Delež žensk brez zdravstvenega zavarovanja v rodni dobi, tj. od 15. do 49. leta, je leta 2022 znašal deset odstotkov ali 7,34 milijona, k čemur je prispevala razširjena shema Medicaida, prenovljena leta 2014 (KFF 2023: 11). Pred tem je bilo število žensk v rodni dobi brez zdravstvenega zavarovanja vsaj deset milijonov (Feldt 2004: 230). Število vseh žensk brez zdravstvenega zavarovanja se po Obamovi zdravstveni reformi giblje med desetimi in enajstimi milijoni letno, odvisno od stopnje zaposlenosti, ki niha iz leta v leto (Gunja in dr. 2017: 2).
4. Po podatkih ameriškega sklada Commonwealth se je kontracepciji zaradi visokih stroškov prisiljena odreči vsaka tretja ženska v ZDA (Servai in dr. 2019).

so bile v ZDA vse od sedemdesetih let dalje podvržene v različnih etapah. Ta vidik zgodovine omejevanja reproduktivne avtonomije in njegova razredna diferenciacija v našem prostoru ostaja nejasna, a je ključna tudi za razumevanje posledic ponovne kriminalizacije abortusa v ZDA. Kajti omejevanje dostopa do kontracepcije in hkratna kriminalizacija splava predstavljata dve strani istega kovanca, tj. izničevanja reproduktivne avtonomije predvsem ekonomsko in politično razopolnomočenih skupin žensk. Prispevek pozornost usmerja k razumevanju omejevanja dostopnosti kontracepcije kot enega od poglobitnih dejavnikov razredne neenakosti med ameriškimi ženskami pri uveljavljanju njihove reproduktivne avtonomije, ki se začne pri pravici do kontracepcije. Hkrati s sintezni razčlembami, ki jih prinaša in torej umešča v historičnomaterialistični okvir, medvrstično služi kot opomin pred škodljivimi poskusi poseganja v zdravstveno blagajno in predlogi uvajanja plačljive kontracepcije, ki so se leta 2013 in 2016 pojavili tudi v našem prostoru.

Prispevek izhaja iz historičnega materializma, na podlagi česar osvetljuje in sintezno poveže različne etape sistematičnega omejevanja dostopnosti do kontracepcije za revne zaposlene in osiromašene skupine žensk v sodobni zgodovini ZDA. S tovrstno razredno analizo in družbeno-ekonomsko umestitvijo problematike postavlja ogledalo liberalnemu feminizmu, ki se ne ukvarja s sistemskimi preprekami in strukturnimi neenakostmi, ki izhajajo iz materialne baze, saj poudarek namenja zgolj pravici do izbire in pravnoformalnemu priznanju oziroma zaščiti pravnoformalnih pravic, ki se nanašajo na reproduktivno avtonomijo žensk, ne pa tudi materialnim možnostim njihove realizacije. Prispevek metodološko temelji na sistemski analizi problematike in sintezni obdelavi do sedaj s sociološkega vidika še neobdelanega in razpršenega podatkovnega materiala, ki se nanaša na različne najnovejše etape krčenja in omejevanja dostopnosti do kontracepcije za politično-ekonomsko razopolnomočene skupine žensk s poudarkom na intervencijah Obamove demokratske administracije in republikanske Trumpove administracije. Kot primarna literatura in izhodišče za sintezno analizo služijo podatkovno in tematsko razdrobljena poročila organizacije National Family Planning and Reproductive Health Association (NFPRHA 2023a; NFPRHA 2023b; NFPRHA 2021a; NFPRHA 2021b; NFPRHA 2019; NFPRHA 2018) ter dveh osrednjih ameriških fundacij za promocijo in monitoring reproduktivnih pravic žensk v ZDA, in sicer Guttmacher Instituta (Frost in dr. 2017) in Kaiser Family Foundation (Gomez in dr. 2022; Sobel in dr. 2018; Sobel in dr. 2019; Frederiksen in dr. 2020; Frederiksen in dr. 2022).

## 2 Zasebna zdravstvena zavarovanja in dostopnost kontracepcije

V ZDA še v začetku devetdesetih let prejšnjega stoletja, ko so se začeli vrstiti konservativni in sodni napadi na pravico žensk do splava, niti ena sama ameriška zvezna država od zasebnih zavarovalnic ni zahtevala, da oblikujejo, od delodajalcev pa, da svojim zaposlenim nudijo na zasebnem trgu posebej sklenjena zdravstvena zavarovanja, ki bi vključevala vsaj delno kritje stroškov kontracepcije (Feldt 2004: 230). To je bil eden od vzrokov, kot še izpostavlja Feldt, da so ženske v rodni dobi za svoje zdravstveno varstvo iz lastnega žepa plačevale kar 68 odstotkov več kot moški iste starostne skupine (ibid.). Do delnega preobrata je prišlo šele sredi devetdesetih prejšnjega stoletja, ko je do konca istega desetletja 21 od skupaj 50 ameriških držav za zaposlene v državni administraciji sprejelo pravilo, da morajo »zdravstvene zavarovalne police, ki jih določa ali regulira zvezna država za svoje *uslužbenke* in ki se nanašajo na kritje stroškov zdravil in pripomočkov na recept, na ta seznam uvrstiti tudi kontracepcijska sredstva« (Guttmacher Institute 2023, naš poševni tisk).<sup>5</sup> Zvezna Komisija za enake možnosti pri zaposlovanju pa je šele leta 2000 razglasila, da izločitev kontracepcijskih sredstev za ženske iz zdravstvenih zavarovalnih polic, ki jih zaposlenim nudi delodajalec, pomeni obliko spolne diskriminacije (ACOG 2015: 3). Do leta 2004 je skladno s tem razglasom 28 od skupno 50 ameriških držav usvojilo pravilo, po katerem naj bi zasebne zavarovalnice, ki pokrivajo tudi stroške zdravil, izdanih na recept, med te vključile kontracepcijska sredstva, vendar bi morale zanje zavarovanke še vedno doplačati. V primeru koriščenja zanesljivejših in dolgotrajnejših oblik kontracepcijske zaščite (npr. IUD, kontracepcijski obliž in vaginalni obroček) pa bi morale redno vplačevati še posebno dodatno zavarovalno premijo (Feldt 2004: 232; Guttmacher Institute 2023). Šlo je torej le za olajšave, namenjene finančno nekoliko bolj stoječim skupinam žensk, ki si kontracepcijo lahko privoščijo, saj morajo tudi v primeru, da zasebne zavarovalne police vključujejo kontracepcijska sredstva, še vedno v povprečju 60 odstotkov kontracepcijskih stroškov pokriti iz lastnega žepa. To je, kot še izpostavlja Ameriški kolegij porodničarjev in ginekologov, tudi več v

5. Vendar je to zavarovalniško kritje veljalo le za določena kontracepcijska sredstva in le v določeni višini stroškov za komajda 40 odstotkov zaposlenih oseb, saj je veljalo, da so morale biti vključene v programe polnega zdravstvenega zavarovanja in torej polno zaposlene za nedoločen čas. Medtem npr. pravice do kritja kakršnihkoli stroškov kontracepcije še vedno sploh ni imelo kar 60 odstotkov tistih zaposlenih oseb, ki so bile individualno zavarovane v okviru t. i. programa EISA. Ta je pred Obamovo reformo združeval vse zdravstvene police vseh zasebnih zavarovalnic na trgu (Sobel in dr. 2018).

primerjavi z drugimi (nekontraceptivnimi) zdravili znotraj istih zavarovalnih polic, za katere ženske iz lastnega žepa v povprečju doplačajo »le« do 33 odstotkov njihove cene (ACOG 2015: 3).

Leto 2010 je v ameriški zgodovini zdravstvenega zavarovanja prineslo prvo večjo prelomnico. Pod demokratskim predsednikom Barackom Obama je bila sprejeta velika zdravstvena reforma, imenovana *Affordable Care Act (ACA)*. Ta je s pomočjo subvencij iz zveznega proračuna skušala razširiti pristop k zasebnim zavarovalnim shemam za določene skupine revnih zaposlenih ljudi, ki so bili brez zdravstvenega zavarovanja. V ta namen je med drugim ponudila dohodninske olajšave za nakup individualnih zdravstvenih zavarovanj na zasebnem zavarovalniškem trgu za tiste, katerih nizki dohodki se začnejo pri 138 odstotkih zvezno določenega praga revščine in ga ne presegajo za štirikratnik (Johnston in dr. 2021: 571).<sup>6</sup> Zaradi tega kriterija je Obamova administracija s svojo zdravstveno reformo število odraslih oseb v starosti med 18. in 64. leti, ki si ne morejo privoščiti zdravstvenega zavarovanja, okvirno le prepolovila, nika- kor pa ne odpravila (Uberoi in dr. 2016: 2). Obamova reforma torej ni prinesla uvedbe univerzalnega in solidarnostno zastavljenega sistema zdravstvenega zavarovanja, ampak je to področje še vedno v celoti pustila v razdrobljeni domeni zasebnih, profitno naravnanih zavarovalnic. Subvencije posameznikom, ki jih država nudi v obliki dohodninskih olajšav za individualni nakup tovrstnih zdravstvenih zavarovanj pri zasebnih zavarovalnicah, pomenijo kvečjemu omilitev zatečenega stanja, saj prvenstveno predstavljajo posredno finančno injekcijo zasebnemu, profitno naravnanemu zavarovalniškemu trgu, ki na račun subvencij in dragih zavarovalnih polic z okleščnim naborom zavarovalniških kritik ohranja visoko profitno maržo. Zato ne preseneča, da se je delež nezavarovanih oseb v starosti od 18 do 64 let po tej reformi zmanjšal le za 43 odstotkov. V okviru Obamove zdravstvene reforme ACA je pravico do zdravstvenega zavarovanja pri zasebnih zavarovalnicah uveljavilo 17,7 milijona odraslih v starosti med 18 in

6. Reforma je bila sprejeta leta 2010, v praksi pa se jo je kot celoto po različnih predhodnih etapnih vpeljavah začelo izvajati 1. januarja 2014. Sestavljena je iz treh delov. Državam od leta 2012 podeljuje diskrecijsko pravico, da pristop k Medicaidu razširijo na vse tiste prebivalke/prebivalce, katerih dohodki ne presegajo 138 odstotkov zvezno določenega praga revščine (Czajka 2013: 1). Za vse preostale, katerih dohodki se gibljejo nad to mejo in zvezno določenega praga revščine ne presegajo za štirikratnik, omogoča nakup individualnih zdravstvenih zavarovanj pri zasebnih zavarovalnicah in jim nudi dohodninske olajšave. Hkrati za skupino revnih zaposlenih, katerih dohodki se gibljejo med 138- in 250-odstotnim pragom revščine, omogoča še delno kritje stroškov za nakup zdravil, do česar pa niso upravičene tiste skupine revnih zaposlenih, katerih dohodki se gibljejo med 250- in 400-odstotnim pragom revščine (Czajka 2013: 1, 2–3).

64 let, od tega 9,5 milijona žensk in 8,3 milijona moških (Uberoi in dr. 2016: 2). Brez zdravstvenega zavarovanja ostaja od 28 do 30 milijonov sistemsko obubožanih ljudi ali skorajda devet odstotkov vsega prebivalstva ZDA (Heilman in Gittins 2022). Od tega jih je bilo leta 2016 (tj. dve leti po sistemski uveljavitvi Obamove reforme) še vedno vsaj 11 milijonov žensk<sup>7</sup> v starosti med 19. in 64. letom in 9,7 milijona leta 2022, torej večinoma v rodni dobi (Gunja in dr. 2017: 2; KFF 2021).

Po sprejetju Obamove reforme je še vedno vsaka deseta ženska v ZDA ostala brez zdravstvenega zavarovanja (KFF 2021).<sup>8</sup> Hkrati je znotraj te reforme Obamova administracija obdržala in na drugačen način ponovno utrdila razredno diferenciacijo v dostopnosti do zdravstvenih zavarovanj ter s tem različno stopnjo dostopnosti kontracepcijskih sredstev in možnosti uveljavljanja reproduktivne avtonomije žensk. Znižala ali preoblikovala je le višino in vrsto doplačil za kontracepcijska sredstva. Prvega avgusta 2012 jih je namesto v skupino osnovnih zdravil uvrstila med t. i. preventivna zdravila (CRR 2020a; ACOG 2015: 3). To pomeni, da so zasebne zavarovalnice in delodajalci v okviru Obamove reforme od leta 2015 dolžni, da v svojo shemo zdravstvenega zavarovanja, namenjenega razširjenim skupinam revnih zaposlenih, vključijo zgolj eno samo polno refundirano kontracepcijsko sredstvo znotraj vsake skupine od priznanih 18 kontracepcijskih metod.<sup>9</sup> Težava nastopi, če zavarovanki to edino polno

7. Kot še navaja Gunja s sodelavkami, je bilo leta 2010 pred začetkom Obamove zdravstvene reforme in vzpostavitvijo zavarovalnega programa ACA brez zdravstvenega zavarovanja kar 16 milijonov žensk, starih med 19 in 65 let (Gunja in dr. 2017: 2).

8. Povedno je, da je bilo npr. leta 2020 pri svojih delodajalcih zdravstveno zavarovanih le 60 milijonov ameriških žensk ali le 38 odstotkov vseh žensk za razliko od 46 odstotkov vseh moških (KFF 2021). Pri tem je treba upoštevati, da ne gre za tip polnih zavarovanj, saj je delavka dolžna iz lastnega žepa na leto poravnati najmanj do 1000 dolarjev začetnih zdravstvenih stroškov, šele potem se vključi zasebna zavarovalnica, ki preostale stroške poravnava v celoti ali le delno. Tak tip zavarovanja ima 57 odstotkov žensk; lahko so zavarovane individualno ali preko svojih delodajalcev, zato ne preseneča, da jih je leta 2020 kar 37 odstotkov poročalo, da težko poravnajo vhodni prag stroškov iz lastnega žepa (ibid.). Prav tako je v kontekstu institucionalnega patriarhata in prenovljenega hraniteljskega modela povedno, da je bilo v ZDA leta 2020 kar 23 odstotkov vseh odraslih žensk zavarovanih kot vzdrževane osebe preko drugega družinskega člana (ibid.).

9. Leta 2013, ko je začelo veljati pravilo, da morajo zasebne zavarovalnice, ki so vključene v program ACA, v celoti kriti stroške generičnih zdravil (ne pa izvornih zdravil) oziroma enega generičnega kontracepcijskega sredstva znotraj vsake od 18 kontracepcijskih metod, je 55 milijonov revnih zaposlenih žensk prvikrat v življenju pridobilo pravico do zdravstvenega zavarovanja in do vsaj delnega kritja stroškov kontracepcije (NWLC

subvencionirano kontracepcijsko sredstvo med številnimi drugimi znotraj iste kontracepcijske metode ne ustreza. Vsa druga kontracepcijska sredstva znotraj iste skupine kontracepcijskih metod namreč ostajajo (do)plačljiva (Andrews 2021; Frederiksen in dr. 2020). Razliko v ceni mora še vedno pokriti ženska, kar ponovno deluje kot oblika omejevanja dostopnosti. Zato, kot še izpostavlja Cunnigham, ženske kljub vključitvi v zdravstvena zavarovanja znotraj zasebnih zavarovalniških shem, ki jih subvencionira ACA, v povprečju še vedno doplačujejo okrog 20 dolarjev za kontracepcijske tablete na mesec, za maternični vložek, ki spada v kategorijo najzanesljivejših in dolgoročno najbolj učinkovitih sredstev, pa več kot 140 dolarjev (Cunnigham 2017). Še posebej kruta je postavka, da ima zavarovanka pravico do zamenjave kontracepcijskega sredstva brez doplačila znotraj odobrene metode šele v primeru, če se ta »dokazljivo ne obnese« (ACOG 2015: 3).

In še več: v okviru Obamove zdravstvene reforme ACA, ki je bila sprejeta leta 2010, v celoti implementirana pa leta 2014, velja posebna izjema ali t. i. akomodacija. Od leta 2013 verske ustanove in z njimi povezane neprofitne organizacije, dobrodельne organizacije in univerze svojim zaposlenim (in študirajočim), katerim kot delodajalke zagotavljajo t. i. skupinska zavarovanja, niso dolžne nuditi zavarovalnih polic, ki vključujejo kontracepcijo, še manj kriti stroške kontracepcije. Leta 2014 je bila ta izjema v okviru programa ACA razširjena še na male delodajalce oziroma podjetja s pet ali manj lastniki, povezana z verskimi institucijami (CMS 2015; CRR 2020b). Na podlagi verskih prepričanj lahko institucionalni delodajalci, povezani z izvajanjem religioznih

---

2016). Njihovi povprečni mesečni izdatki za hormonske tabletko so padli s 33,6 dolarja na pribl. 20 dolarjev, za IUD pa so namesto 293 v povprečju odštele 145 dolarjev (ibid.). Samo za hormonsko tabletko so leta 2013 vse zavarovanke skupaj odštele za 483 milijonov dolarjev manj kot pred Obamovo reformo leta 2012, ko so stroški za kontracepcijska sredstva še vedno predstavljali 44 odstotkov vseh letnih osebnih zdravstvenih izdatkov, ki so jih ženske morale pokriti neposredno iz lastnega žepa (Becker 2015: 1207-1208). Leta 2022 slika ni bila bistveno drugačna: 16 odstotkov zavarovank še vedno v celoti krije vse stroške kontracepcije, ker njihovo zaželeno kontracepcijsko sredstvo ni na seznamu tistih, ki naj bi jih zavarovalnice refundirale, medtem ko mora 30 odstotkov zavarovank še vedno vsaj delno kriti stroške kontracepcije, od katerih jih ena tretjina plačuje manj kot 15 dolarjev mesečno, kar 37 odstotkov pa ji plačuje več kot 25 dolarjev mesečno (Frederiksen in dr. 2022). Kar 25 odstotkov zavarovank ne more uporabljati zelene metode, od tega 12 odstotkov, ker si ne morejo privoščiti (do)plačil, in 11 odstotkov, ker zanje edine ustrezne ali zelene metode ni na seznamu subvencioniranih kontracepcijskih sredstev (ibid.). Program ACA je praviloma prispeval le k zmanjšanju stroškov kontracepcije, ki jih morajo zavarovanke še vedno plačati neposredno iz svojega žepa, in sicer za 20 odstotkov (Becker in dr. 2015: 1204).



dejavnosti, posegajo v zdravstvena zavarovanja svojih zaposlenih (in njihovih vzdrževanih družinskih članov), pa čeprav ti lahko pripadajo drugi veri ali imajo svoja povsem drugačna prepričanja. Zaposlenim lahko odtegnejo pravico do (kritja) kontracepcijskih sredstev v okviru zavarovalnega paketa, ki ga podjetje v dogovoru z zasebno zavarovalnico znotraj programa ACA uveljavlja za svoje zaposlene (ibid.). To je čez štiri leta na stežaj odprlo vrata Trumpovi republikanski administraciji, ki je razširila možnost ugovora in s tem izvzela lastnikov kapitala oziroma delodajalcev iz kontracepcijske zavarovalniške sheme za njihove zaposlene. Na osnovi novega razglasa je Trumpova administracija 6. oktobra 2017 razširila nabor delodajalcev oporečnikov na vse zasebne delodajalce velikih in malih podjetij, profitnih in neprofitnih organizacij na čelu z zasebnimi univerzami in bolnišnicami, ki *niso neposredno povezane z izvajanjem religiozne dejavnosti*. Njihova pravica je, da lahko študentkam in svojim zaposlenim kot tudi njihovim vzdrževanim družinskim članom v skladu s svojimi zasebnimi religioznimi prepričanji odtegnejo pravico do kontracepcijskega zavarovanja in jih tako prikrašajo za to temeljno zdravstveno oskrbo (Keith in Jost 2017; CRR 2020a).<sup>10</sup> Temu je Trumpova administracija dodala še drugo, povsem novo in za kontracepcijsko dostopnost enako škodljivo postavko. Delodajalec ima pravico, da zaposlenim odtegne kritje kontracepcijskega zavarovanja ne le na podlagi registrirane institucionalne religiozne dejavnosti ali na podlagi zasebnih verskih prepričanij, ampak tudi, in še bolj preprosto, na podlagi splošnih moralnih zadržkov. Trumpova administracija je torej že tako širokemu naboru izjem dodala skrajno ohlapno moralno postavko, kar pomeni, da lahko delodajalec pravico do kontracepcijskega zavarovanja v okviru zdravstvenih polic svojim zaposlenim odtegne, kadarkoli se mu zdi, ne glede na njegovo dejansko versko izpričanost (Christopherson 2017). Med te izjeme je vključila tudi lastnike zasebnih zdravstvenih zavarovalnic, ki bi morale v okviru javno-zasebne zavarovalne reforme ACA kriti kontracepcijska zavarovanja (Jost 2020). S tem je bil krog sklenjen in zategnjena zanka okrog vratu predvsem revnih zaposlenih žensk z nižjimi, a še vedno dovolj visokimi dohodki, da so se lahko v okviru Obamove reforme uspele vsem omejitvam navkljub prebiti med zasebno zdravstveno zavarovane osebe. Ukrepi Trumpove administracije so popolnoma izpodjedli že tako šibko Obamovo reformo. Delavke in njihove reproduktivne pravice so bile na milost in

---

10. V ZDA deluje 200 katoliških kolidžev in univerz, 600 katoliških bolnišnic in 1400 ustanov za dolgotrajno oskrbo v domeni katoliške cerkve. Ta ukrep je vsaj 120.000 žensk, zaposlenih na teh ustanovah, prikrašal za kontracepcijsko zavarovanje. Posledično bi morale za kritje stroškov kontracepcije iz lastnega žepa, neupoštevaje t. i. premijske ugodnosti, skupaj letno odšteti 70,1 milijona dolarjev (Keith in Jost 2017).

nemilost prepuščene osebnim pogledom in subjektivnim prepričanjem kot seveda tudi kapitalskim interesom posameznih lastnikov zasebnih podjetij in zavarovalnic ter njihovih menedžerjev. Ali kot je izpostavila ena od redkih sodnic vrhovnega sodišča ZDA, ki je nasprotovala sprejetju Trumpovega paketa: »Gre za pravilo, ki peščici menedžerjev dopušča, da v imenu svojih osebnih prepričanj ženskam omejujejo dostop do [...] kontracepcije« (v Hurley 2020).

Temu je 8. julija 2020 prikimalo tudi ameriško zvezno vrhovno sodišče. Z večino glasov je odločilo v prid Trumpovi administraciji in njenemu paketu ukrepov, s katerim bi se zaposlene pri zasebnih delodajalcih, ki so vključene v program ACA, prikrajšalo za dostop do subvencionirane kontracepcije (CRR 2020a). Takoj po sprejetju odločitve zveznega vrhovnega sodišča, ki je potrdilo veljavnost Trumpovega paketa, je pravico do kritja stroškov kontracepcije izgubilo med 75.000 in 125.000 zaposlenih in zdravstveno zavarovanih žensk, na dolgi rok pa vsaj 2,9 milijona žensk (Jost 2020). Kot pravilno izpostavlja ameriški Center za reproduktivne pravice, so ti ukrepi uperjeni in bodo prizadeli predvsem ženske na nizko plačanih in podplačanih delovnih mestih ter študentke in rasializirane manjšine na splošno, ki so segregirane v nizko plačanih in prekarnih oblikah zaposlitve, kjer delodajalci dejansko sploh niso zavezani, da svojim zaposlenim nudijo kakršnekoli oblike zdravstvenih zavarovanj. To so ženske, ki se že soočajo z okrnjeno zdravstveno oskrbo, in to prav zaradi tega, ker si ne morejo privoščiti doplačila ali polnega plačila za zasebne zavarovalne premije, še toliko manj pa sprotna doplačila za zdravila (CRR 2020a). Posledica tega je, da je zaradi plačljivosti kontracepcijskih sredstev in izključenosti velikega dela žensk iz zasebnih zavarovalnih shem (ki si jih delavke, ukleščene v kolesje prekarnega in nizko plačanega dela, ne morejo privoščiti ali pa so vanje le obrobno pripuščene) stopnja nezaželenih nosečnosti med revnimi ameriškiimi ženskami kar petkrat višja od stopnje nezaželenih nosečnosti med ženskami z višjimi osebnimi dohodki, ki si lahko privoščijo doplačila ali polna plačila kontracepcijskih sredstev (ACOG 2015: 3). Pri tem, kot še izpostavlja Ameriški kolegij porodničarjev in ginekologov, druge zdravstvene sheme, namenjene le najrevnejšim med najrevnejšimi, tj. Title X in Medicaid, zaradi lastne finančne podhranjenosti in selektivnega izbora svojih uporabnic ne morejo nadomestiti in v celoti pokriti izpada dostopnosti do kontracepcijskih sredstev med sistemsko osiromašenim prebivalstvom (ACOG 2015: 3). Reprodukтивna avtonomija revnih zaposlenih in osiromašenih žensk, ki se za vsako žensko začne s pravico do kontracepcije, je v ZDA po petih desetletjih od legalizacije kontracepcije (kot tudi UPN na zahtevo) še vedno izrazito okrnjena in večinoma zvedena na sistemski preivid (Burcar 2022). To dejstvo potrjuje tudi poseben dobrodelni zvezni program za oskrbo s kontracepcijo najrevnejših med najrevnejšimi, t. i. Title X.

### 3 Dobrodelna kontracepcijska oskrba: Title X

Nixonova administracija je v skladu z načeli liberalne kapitalistične socialne države, ki blaži posledice sistemske revščine le med selektivno izbranimi skupinami najrevnejših, leta 1970 vzpostavila t. i. program Title X in z njim tudi Urad za načrtovanje družine (Crum 1990: 524). V okviru tega edinega zvezno financiranega državnega programa za načrtovanje družine lahko javne bolnišnice in zdravstveni centri ter neprofitne zasebne organizacije, kot so *Planned Parenthood*, izvajajo preventivne preglede in dejavnosti na področju načrtovanja družine. Te poleg cepljenja proti papiloma virusu, pap testom, testom za odkrivanje spolnih bolezni, presejalnih pregledov za raka na prsni in materničnega vratu vključujejo še diagnosticiranje nosečnosti in svetovanje ter predvsem dejavnosti s področja svetovanja in distribucije kontracepcijskih sredstev (Fischer in dr. 2017: 9). Po zakonu so do vključitve v ta program in vseh oblik tovrstne oskrbe prioriteto upravičene le najrevnejše ženske, tj. tiste brez dohodkov, z nizkimi dohodki, zdravstveno nezavarovane in podzavarovane osebe, ki zaradi visokih doplačil kljub sklenjenim zasebnim zdravstvenim policam ostajajo brez kontracepcijske oskrbe. Vendar njihovi letni dohodki ne smejo presegati 2,5-kratnika zvezno določenega praga revščine, ki je npr. leta 2023 znašal pičlih 14.580 dolarjev za posameznika/posameznico (NFPRHA 2023a). V okviru programa Title X je število dejansko oskrbljenih revnih žensk izredno nizko, saj je program zastavljen izrazito selektivno. Nanj pa se vežejo tudi številne omejitve in logistične prepreke, ki še bolj zmanjšujejo dostopnost oskrbe s kontracepcijo za najrevnejše. Ker ta dobrodelni program za ameriške države ni obvezen, saj se vanj s svojimi javnimi ustanovami in neprofitnimi zasebnimi organizacijami vključujejo po diskrecijski presoji na prostovoljni bazi, individualni programi pa trajajo le pet let, gre za različno geografsko pokritost in veliko regijsko razpršenost ustanov ter s tem za različno dostopnost oskrbe. Npr. leta 2017, preden je Trumpova administracija dve leti pozneje uvedla nove omejitve, je v tem programu sodelovalo okrog 4000 javnih zdravstvenih centrov in bolnišnic ter posebnih klinik in ordinacij v domeni neprofitnih organizacij, razpršenih po vseh ZDA, program pa je zajemal več kot štiri milijone žensk (Sobel in dr. 2019: 2). Ob izstopu četrte klinike iz programa Title X leta 2020 je kar šest držav ostalo brez ene same ustanove, nadaljnjih deset pa jih je doživelo dramatičen upad ustanov, ki so še delovale v okviru programa Title X (NFPRHA 2021b). To pomeni, da je bila in ostaja dostopnost do kontracepcijske oskrbe za ženske z nizkimi dohodki ali brez dohodkov odvisna ne le od višine dohodka, ampak tudi od tega, v kateri regiji živijo. Enako pomembno, ker dohodki revnih žensk, ki lahko sodelujejo v programu *Title X*, ne smejo presegati 2,5-kratnika zvezno določenega praga revščine, ta dejavnik vnaprej

omejuje število upravičenk tudi med revnimi zaposlenimi brez zavarovanja ali s pomanjkljivimi zasebnimi zavarovalnimi policami. Hkrati in kljub temu, da je program namenjen finančno šibkim skupinam žensk, imajo v okviru programa Title X od leta 1980 pravico do popolnoma brezplačne oskrbe s kontracepcijo le najrevnejše med najrevnejšimi, tj. tiste ženske, katerih dohodki se gibljejo pod ali na zvezno določenem pragu revščine. Preostale skupine revnih žensk, katerih pičli prihodki se gibljejo med 101 in 250 odstotki zvezno določenega praga revščine in prav tako ne omogočajo preživetja, pa morajo za kontracepcijska sredstva in vse druge oblike preventivne oskrbe, ki jih ponuja program Title X, še vedno doplačevati (OPA 2020).<sup>11</sup> Zato ne preseneča, da je bila leta 2018 tik pred novim konservativnim napadom Trumpove administracije zaradi vseh teh omejitev v ta edini ameriški zvezni program načrtovanja družine vključena le vsaka tretja ženska z nizkimi dohodki ali brez njih (Sobel in dr. 2019: 2).

Vse od osemdesetih let dalje je ta edini zvezni državni program, namenjen načrtovanju družine, doživel številna proračunska krčenja, da bi se nadalje še bolj zamejilo in otežilo dostop do učinkovitih kontracepcijskih sredstev med skupinami žensk, ki najbolj potrebujejo subvencionirano pomoč (McFarlane 2006: 410). To pa seveda ponovno povečuje verjetnost tudi nezaželenih nosečnosti. Leta 1984 je Reaganova administracija prvokrat posegla v program Title X. Takrat mu je odtegnila pet milijonov dolarjev od skupno 136 milijonov vseh sredstev, ki bi jih morala po že ustaljenem postopku vsako leto nameniti kontracepcijski oskrbi sicer selektivno odbranih skupin najrevnejših žensk v rodni dobi (Crum 1990: 526). Te finance je namesto v kontracepcijska sredstva preusmerila v promocijo spolne vzdržnosti med mladimi kot edine oblike zaželene in celo zanesljive kontracepcijske metode. Do leta 2006 so ameriške konservativne vlade, takrat na čelu z Bushem mlajšim, v ta vzporedni program tradicionalnih in neučinkovitih kontracepcijskih metod prečrpale že za 176 milijonov dolarjev proračunskih

---

11 Za primerjavo: leta 2013 ali leto dni pred sprejetjem Obamove zdravstvene reforme je 92 odstotkov od 4,6 milijona žensk, vključenih v program Title X, imelo družinske dohodke nižje od 250 odstotkov zvezno določenega praga revščine. Od tega jih je bilo kar 63 odstotkov brez zdravstvenega zavarovanja, 25 odstotkov pa jih je bilo zavarovanih v okviru državno sponzoriranih programov (Boudreaux in dr. 2019). Leta 2021 oziroma sedemnajst let po Obamovi reformi je 65 odstotkov uporabnic imelo dohodke nižje od zvezno določenega praga revščine ali izenačene z njimi, medtem ko jih je 21 odstotkov imelo dohodke med 101- in 250-odstotno ravniyo zvezno določenega praga revščine in so morale za kontracepcijska sredstva doplačevati (NFP 2023). Zdravstveno nezavarovanih je bilo 36 odstotkov uporabnic, 44 odstotkov jih je imelo Medicaid ali drugo državno sponzorirano obliko zavarovanja, 18 odstotkov pa jih je bilo neustrezno zavarovanih pri zasebnih profitno naravnanih zavarovalnicah (ibid.).

sredstev (McFarlane 2006: 407). Na ta način so revne ženske, vključene v Title X, še bolj prikrajšale za prepotrebna finančna sredstva ter posledično za dostop do zanesljive in v luči krčenja finančnih sredstev vse manj subvencionirane kontracepcije, izpostavljaajoč jih še večjemu tveganju nezaželenih nosečnosti.

Vzporedno s to politiko so ameriške administracije program Title X načrtno podhranjevale tudi neposredno. Vse do danes gre za kontinuiran vzorec ne glede na to, ali je govor o demokrati ali republikanski administraciji. Od leta 2014, torej za časa vladavine demokratskega predsednika Obame, so letna sredstva, ki jih kongres namenja programu Title X, odmerjena le še pavšalno, in sicer v višini pičlih 286,5 milijona dolarjev. To pomeni, da se jih ne usklajuje z inflacijo, še manj z naraščajočo ceno kontracepcijskih sredstev, naraščajočih stroškov najema ordinacij in plač ter izobraževanja zaposlenih (Dawson 2021: 25). V tej luči je poveden podatek, da so farmacevtske korporacije samo med letoma 1995 in 2001 cene kontracepcijskih sredstev dvignile za kar 58 odstotkov (McFarlane 2006: 410). Vse to nadalje krni dostopnost kontracepcije za finančno šibke skupine žensk, katerim je namenjen Title X. Po zadnjih razpoložljivih podatkih je bila tudi za leto 2023, torej že deveto leto zapored, predvidena pavšalno odmerjena vsota le 286,5 milijona dolarjev, kar je, kot izpostavlja organizacija NFPRHA, 31 milijonov dolarjev manj, kot je kongres namenil temu programu že daljnjega leta 2010. Takrat je višina letno odmerjenih sredstev dosegla svoj vrh in je znašala 317,5 milijona dolarjev (OPA), vendar je to bilo še vedno za nekajkratnik premalo, da bi se lahko zadostilo izkazanim potrebam po kontracepciji med vsemi revnimi zaposlenimi in drugimi skupinami finančno deprivilegiranih žensk (NFPRHA 2023a). Ta vsota bi morala namreč znašati vsaj 737 milijonov dolarjev (ibid.), kar priča o podhranjenosti in okrnjenosti progama, ki že tako selektivno izbrane skupine revnih žensk nadalje prikrajšuje za možnost dostopa do kontracepcijske oskrbe in uveljavljanja reproduktivne avtonomije.

Poleg prečrpavanja sredstev iz programa Title X je Reaganova administracija leta 1988 temu programu in ženskam z nizkimi dohodki ali brez zdravstvenega zavarovanja zadala nov in ključni udarec. Na podlagi predsedniškega regulacijskega pravila, ki ga je izdala 28. junija 1988, je vpeljala vrsto logističnih omejitev, da bi revnim ženskam onemogočila dostop do celostne oskrbe na področju načrtovanja družine, in zdesetkala mrežo klinik, ki sodelujejo v shemi Title X (Chevrin 1989: 401). Iz te oskrbe je izključila kakršnekoli reference na možnost prekinitve nosečnosti in uveljavljanja pravice revnih žensk do prostovoljnega vstopa v materinstvo. Reaganovo predsedniško pravilo je namreč zapovedovalo, da ustanove, ki koristijo sredstva iz programa Title X, od tega leta dalje niso več upravičene do zvezne finančne pomoči, ženske pa ne do oskrbe s kontracepcijo, če v okviru sicer povsem drugih programov drugih financiranj v

isti zgradbi in z istim osebjem izvajajo tudi UPN, če v svetovanje o načrtovanju družine uvrščajo tudi svetovanje glede same možnosti umetne prekinitve nosečnosti ali če noseče ženske, ki ploda ne želijo donositi, na njihovo izrecno željo ali sicer svetovalno napotijo v druge ustanove oziroma k pogodbenim zdravnikom, ki izvajajo UPN (Sobel in dr. 2019: 10). To pravilo pa ni le prepovedovalo napotitve žensk, ki ploda ne želijo donositi, na ustanove, kjer se izvajajo UPN, ampak je hkrati zahtevalo, da morajo vse ženske, vključno s tistimi, ki so želele prekiniti nosečnost, sprejeti obvezno svetovanje o predporodni oskrbi ženske kot bodoče matere in socialnih servisu, ki ji pri tem pomagajo. Šlo je za namerno vzpodbujanje občutka krivde in sramu ter stigmatizacije tistih žensk, ki bi po lastni presoji želele pristopiti k umetni prekinitvi nosečnosti (NFPRHA 2018). Da bi se revnim ženskam otežilo oziroma onemogočilo uveljavljanje pravice do svobodnega vstopa v materinstvo, je predsedniško pravilo od zdravstvenih centrov, vključenih v program Title X, zahtevalo hkrati vzpostavitev fizično ločenih ordinacij na drugih lokacijah kot tudi finančno ločeno vodenje izvajanja programa Title X od drugih programov, podprtih s strani lokalnih državnih proračunov ali neprofitnih fundacij, ki so omogočali pristop k umetni prekinitvi nosečnosti. Vse to bi administrativne in druge stroške, vključno z dodatnimi najemninami in izgradnjo dodatne infrastrukture vsaj podvojilo, vključno z zaposlitvijo ločenega zdravstvenega kadra. Ustanove, odvisne od financiranja iz programa Title X, ki bi še naprej vztrajale pri celostni reproduktivni oskrbi revnih žensk na čelu z uveljavljanjem pravice do informiranosti o UPN kot ene od metod načrtovanja družine, bi izgubile vsa finančna sredstva. Svoja vrata bi bile preprosto prisiljene zapreti ali pa skrajšati delovni čas, zdesetkati osebje, zmanjšati obseg usposabljanja in eksponentno podražiti vse svoje dejavnosti, vključno z uvedbo polnih cen za izdana kontracepcijska sredstva (Sobel in dr. 2019: 9). Vse to bi še bolj okrnilo dostopnost oskrbe za revne ženske. Zato so bile nekatere ustanove na čelu z neprofitno organizacijo Planned Parenthood prisiljene zapreti svoja vrata, druge pa se podrediti Reaganovemu predsedniškemu ukazu – vse na škodo revnih žensk pri uveljavljanju njihove pravice do reproduktivne avtonomije.

Omejitve, ki jih je uvedlo Reaganovo predsedniško pravilo, leta 1981 pa potrdilo tudi konservativno vrhovno sodišče ZDA, dejansko izničujejo možnost pristopa finančno ogroženih skupin žensk k celostni reproduktivni oskrbi in k subvencionirani oskrbi s kontracepcijskimi sredstvi. Zato ga je Clintonova administracija leta 1993 v razdelku, ki se je nanašal na obvezno pristransko svetovanje, z memorandumom razveljavila in s posebnim odlokom, ki je zaradi sodnih zapletov stopil v veljavo šele leta 2000, delno preoblikovala (Sobel in dr. 2019: 4, 10; NFPRHA 2018). Šlo je za tihi kompromis med demokrasko in republikansko frakcijo vladajoče elite, saj je Clintonova administracija obdržala

vsaj polovico ključnih omejitev, ki jih je prinesel Reaganov predpis leta 1988. S seznama je leta 1993 odstranila obvezno pristransko svetovanje, ki je temeljilo na vsiljevanju materinjenja med ženskami tudi v primeru nezaželenih nosečnosti, in namesto tega ponovno vpeljala pravico do celostnega svetovanja, ki vključuje tudi možnost umetne prekinitve nosečnosti. Ustanove, vključene v izvajanje Title X, so ženske na njihovo izrecno zahtevo lahko usmerile na druge ustanove, ki izvajajo UPN. Vendar, kot je določal Clintonov memorandum iz leta 2000, niso smele promovirati ali zagovarjati splava, pacientkam niso smele nuditi pomoči pri naročanju na poseg kot tudi ne pri organizaciji prevoza in pri dogovarjanju za ceno na ustanovah, ki so ga izvajale, kar je sicer za ekonomsko šibke skupine žensk prav tako ključnega pomena (Sobel in dr. 2019: 10). Usmeritev na UPN je Clintonov odlok dopuščal le na izrecno povpraševanje pacientke, kar pomeni, da je morala biti pred pristopom k svetovanju že dobro poučena in visoko ozaveščena. Šlo je za diskriminacijo večine žensk, ki dostopa do takih informacij pred pristopom k svetovanju seveda nimajo. Clintonov odlok je odpravil fizično delitev infrastrukture in osebja, vendar je še naprej določal, da sredstva iz programa Title X ne smejo uporabljati ustanove, ki sočasno v okviru drugih programov na isti lokaciji izvajajo umetne prekinitve nosečnosti, za katere ne vodijo ločenih finančnih evidenc (NFPRHA 2018). Povedano drugače: v okviru Clintonove reforme, ki se nanaša na program Title X, so morale ustanove vse dejavnosti, povezane z izvajanjem UPN in za katere so sicer dobivale sredstva iz drugih virov, voditi finančno strogo ločeno od dejavnosti programa Title X, torej z drugimi e-maili, faksi, internetnimi stranmi, računalniki, finančnimi evidencami in poročili itn., čeprav je šlo za isto ustanovo izvajalko. Vse to seveda vodi v umetno podvojevanje administrativnih stroškov in kadra, kar pomeni toliko manj sredstev za dejansko oskrbo pacientk z ustrežno kontracepcijo (Sobel in dr. 2019: 3). Pomeni pa tudi medvrstično stigmatizacijo posegov, ki se nanašajo na UPN.

Ta zakonodajni »kompromis« med liberalnodemokratskim in konservativnim republikanskim taborom, pri čemer obe frakciji na svoj način izničujeta ali omejujeta pravico revnih žensk do uveljavljanja reproduktivne avtonomije, je veljal do leta 2019. Trumpova administracija je 4. marca 2019 sprejela t. i. Pravilo Title X in ponovno uvedla celoten spekter omejitev, ki jih je vpeljala že Reaganova administracija. In še več, te omejitve je še nadgradila in še bolj zaostрила. Ponovno je uvedla obvezno posvetovanje s poudarkom na dolžnosti materinjenja za ženske, ki bi v okviru programa Title X, namenjenega najrevnejšim med revnimi, želele pristopiti k UPN. Hkrati je prepovedala celostno reproduktivno svetovanje, ki bi zajemalo tudi seznanitev z UPN kot ene od metod načrtovanja družine. In še več: če ženska zahteva, da se jo seznanijo z izvajalci UPN, ji zdravniško osebje lahko dostavi zgolj seznam zdravstvenih ustanov, ki izvajajo primarno

zdravstveno oskrbo v regiji, kar pomeni, da jih večina sploh ne izvaja UPN, na kar osebje ženske ni dolžno opozoriti (NFPRHA 2021a: 3, NFPRHA 2019). To pomeni, da gre za namerno zavajanje in odtegotvanje osnovne oskrbe. Velja izpostaviti, da taki obravnavi niso podvržene premožnejše ženske v zasebnih ginekoloških ambulantah ter da gre za vpeljevanje razredne diferenciacije v načinih in možnostih dostopanja do informacij, do ustrezne oskrbe in uveljavljanja reproduktivne avtonomije in svobode odločanja o rojstvu otrok (NFPRHA 2018). Trumpovo Pravilo Title X je po novem socialnim delavkam in medicinskim sestram prepovedalo sodelovanje pri izvajanju svetovanja v zvezi z metodami načrtovanja družine in ga omejilo le na številčno zdesetkano zdravniško osebje (NFPRHA 2019). To pomeni, da nadalje krči razpoložljivost informacij za revne ženske ne le v zvezi z dostopnostjo splava, ampak tudi v zvezi s kontracepcijo. In še več, vstop v zvezno financiran program Title X in s tem v mrežo svetovanja glede kontracepcije in njeno distribucijo omogoča verskim organizacijam in tistim, ki imajo do načrtovanja družine moralne pomisleke (NFPRHA 2021a: 3, NFPRHA 2019). V tem kontekstu Trumpovo pravilo dovoljuje organizacijam, ki pristopijo k izvajanju Programa Title X, da lahko promovirajo kontracepcijska sredstva, za katera ni več potrebno, da so medicinsko odobrena s strani ameriškega zveznega regulatorja FDA. Hkrati centrom, ki so doslej morali skrbeti za široko ponudbo kontracepcijskih sredstev, pa čeprav delno doplačljivih, dovoljuje promocijo zgolj ene kontracepcijske metode (NFPRHA 2021a: 3). V primeru religioznih organizacij to pomeni spolno abstinenco ali t. i. naravno metodo, v primeru drugih pa metode, povezane z najcenejšimi in najmanj učinkovitimi kontracepcijskimi sredstvi, kar vse pomeni odtegotvanje temeljne oskrbe, do katerih bi morale biti upravičene najrevnejše med revnimi (NFPRHA 2021b). In še: klinike, ki izvajajo UPN na podlagi donacij iz drugih virov, hkrati pa prejemajo tudi sredstva v okviru programa Title X za najrevnejše, morajo umetne prekinitve nosečnosti ponovno izvajati povsem ločeno ne le v finančnem, ampak tudi v logističnem pogledu, tj. v povsem drugih prostorih z ločenimi vhodi in izhodi ter z drugim zdravstvenim osebjem od tistega, ki v isti instituciji iz sredstev programa Title X sicer izvaja svetovanje in distribucijo kontracepcije (Sobel in dr. 2019: 3). To je seveda tako v večjih in še bolj v manjših ustanovah z vidika logistike in financ nemogoč podvig. Da bi ustanove, vključene v Program Title X, lahko realizirale to zahtevo in leta 2020 ponovno povsem fizično ločile dejavnosti, najele in opremile nove prostore ter plačale in usposobile novo osebje, bi potrebovale 66 milijonov dolarjev ali četrtno skupne pavšalne vsote, ki jo kongres letno odmerja temu programu (Sobel in dr. 2019: 9). V luči vseh teh omejitev je leta 2020 iz programa Title X izstopila vsaka četrta ustanova, kar šest držav pa je ostalo brez ene same ustanove, ki bi izvajala program Title X. Posledično je



dostop do kontracepcijske oskrbe izgubilo 60 odstotkov vseh žensk, ki so bile leta 2018 restriktivno pripuščene v program, ali 2,4 milijona od skupaj 4 milijonov (Frederiksen in dr. 2023).<sup>12</sup> Gre za nepovraten proces.

Demokratski predsednik Biden je 28. januarja 2021 s posebnim memorandumom razveljavil Trumpovo pravilo, a le, da bi za revne ženske ponovno vzpostavil enake omejitve, kot jih je prinesla Clintonova reforma. Hkrati je bilo leta 2021 ustanovam, vključenim v program Title X, odobrenih le 265 milijonov dolarjev in leta 2022 komajda 256 ali 23 oziroma 30 milijonov dolarjev manj od pavšalne vsote, ki jo je kongres programu namenjal od leta 2014 (Frederiksen in dr. 2023). Kljub ali pa prav v luči dejstva, da se število ustanov izvajalk programa povišuje,<sup>13</sup> to med drugim ob nižji odmerjeni vsoti sredstev pomeni povišanje končne cene kontracepcijskih sredstev in manjšo številčno pripustitev revnih žensk v program Title X, namenjen kontracepcijski oskrbi (ibid.). Po povrnitvi števila ustanov izvajalk na staro raven 4000, so te v luči omejenih sredstev lahko leta 2022 v program znova pripustile le 2,6 milijona žensk (NFPRHA 2023b). Oktobra 2023 v času zaključka tega osnutka je Odbor za proračunska sredstva predstavniškega doma prvokrat v zgodovini programa Title X in 53 let po njegovi ustanovitvi predlagal njegovo ukinitve (ibid.), sočasno pa je dvignil proračunska sredstva za potrebe oboroževanja in priprave ZDA na nov svetovni imperialistični spopad. V razmislek ponujamo tezo, da to med seboj ni izključujoče. Je zlovešči napovednik za pravice revnih žensk do kontracepcijske oskrbe in pravice do načrtovanja družine v obdobju, ko imperij ponovno potrebuje presežek vojaške in delovne sile. Dejstvo, da je do tega predloga prišlo le leto dni in pol po odločitvi vrhovnega sodišča v zadevi Dobbs, ki je kriminaliziralo abortus, prav tako ni naključje. Gibanja, osrediščena le na pravice žensk do splava, ne pa

12. Za kako drastične posledice gre, priča podatek, ki se nanaša na leto 2015, preden je sledil množični izstop ustanov iz programa Title X. Tega leta je državno sponzorirano kontracepcijsko pomoč prejelo 3,6 milijona revnih žensk. Po izračunih instituta Guttmacher je bilo iz tega naslova preprečenih 822.300 neželenih nosečnosti in posledično vsaj 387.200 nenačrtovanih rojstev in 277.800 splavov (Frost in dr. 2017).

13. Po sprejetju Trumpovega pravila je bilo leta 2020 primoranih iz programa Title X izstopiti vseh 411 podružnic organizacije Planned Parenthood, ki so npr. v kar 18 ameriških državah skrbele za kontracepcijsko oskrbo več kot 40 odstotkov upravičenk programa Title X. S sprejetjem Bidnove reforme se je leta 2023 programu ponovno pridružilo le 286 podružnic te organizacije in 531 državnih institucij od 869, ki so bile leta 2020 prav tako primorane izstopiti iz programa (Frederiksen in dr. 2023; Planned Parenthood 2016: 3). Pridružilo se je sicer še 777 novih institucionalnih izvajalk, ki pa operirajo z znatno manjšim proračunom kot pred letom 2019, zaradi česar so prisiljene odslavljeni ženske, ki trkajo na njihova vrata. Posledično je (še zlasti v Kaliforniji in Nevadi) oskrbljenih manjše število upravičenk kot pred letom 2019 (Frederiksen in dr. 2023).

tudi na pravico žensk do kontracepcije, ta kontekst usodno spregledujejo. Kriminalizacija abortusa v ZDA junija 2022 v zadevi Dobbs in popolna prepoved abortusa v skorajda 32 državah pomeni za revne zaposlene, prikrajšane tudi za kontracepcijsko oskrbo, sklenitev kroga in dokončno zategnitev zanke okoli njihovega vratu.

## 4 Zaključek

ZDA v okviru svojih programov, naj si gre za Title X ali zdravstveno reformo ACA, na različne med seboj podporne načine že desetletja sistematično omejujejo in krčijo dostop do znanja o in možnostih načrtovanja družine za revne ženske. To je oblika nehumane obravnave in kratenja reproduktivne avtonomije, ki je premožnejše v zasebnih ordinacijah niso deležne. Gre za merkantilistično politiko, katere tarča so ekonomsko in politično razopolnomočene skupine žensk, kar poteka v kontekstu krčenja minimalne socialne države ter vse slabših pogojev dela in življenja, ki tako prikrajšane navaja k še večji nujni po načrtovanju družine, števila otrok in razmika med njimi (Gimenez 2019: 52). To politiko omejevanja dostopnosti do kontracepcije, ki ostaja vgrajena v temelje liberalnih ameriških držav, konservativne ameriške države, ki so po letu 2022 prepovedale splav, nadgrajujejo s poskusi kriminalizacije kontracepcijskih sredstev. V obeh primerih gre za dve strani istega, kvečjemu različno obrušenega kovanca. Če zahodna gibanja za pravice žensk ne bodo prepoznala pomena »enakih možnosti« tudi med samimi ženskami pri dostopanju do kontracepcije, bo borba za ponovno legalizacijo splava v ZDA zgolj borba premožnejših žensk le za njihovo reproduktivno avtonomijo. Ta se ne začne pri pravici do splava, ki je sicer za ženske ena od temeljnih emancipacijskih pravic, ampak pri pravici do kontracepcije kot človekove pravice za vse ženske. Nedavna prepoved abortusa v ZDA, navidezno paradoksalno, to razredno diferenciacijo in akutnost problema, ki jo predstavlja kontracepcijska revščina, vidno izpostavlja in pogloblja.

## SUMMARY

Liberal feminist movements primarily focus on women's right to abortion, while neglecting legal restrictions and structural barriers that prevent women from accessing contraception in systems that do not offer (full) health insurance coverage. Relying on a historical-materialist approach, the article considers different stages of the limiting of contraception access and legal barriers for working poor and impoverished women in the USA, which has led to class differentiation among women in their ability to prevent unwanted pregnancies and exercise their right to reproductive autonomy.

As late as 2000, the American Equal Employment Opportunity Commission declared that employers' insurance plans not offering contraception coverage for female employees were an instance of sex discrimination. In 2010, by offering tax credits the Obama health reform enabled the working poor to purchase private health insurance if their income did not exceed 400% of the federal poverty level. It also stipulated that private insurance plans must fully cover one of each of the 18 contraceptive methods approved by the FDA, excluding brand-contraceptives. In many cases, this has entailed only partial reductions in the otherwise prohibitive out-of-pocket contraception costs, with nearly one-quarter of recently surveyed ACA participants saying they cannot use their preferred (or more suitable) contraceptive method. Prohibitive costs also result in the discontinuing or inconsistent and non-effective use of contraceptives, causing a higher incidence of unwanted pregnancies. On top of this, in 2019 the Trump Administration passed regulations that enable employers participating in the ACA group health insurance plans to disregard the requirement for contraception coverage on the grounds of religious or moral objection, in turn further limiting access to contraceptives for working poor women. This left an estimated 2.9 million women without urgently needed access to subsidised contraception coverage.

Title X, the only federal family planning programme initiated in 1970 under the Nixon Administration and catering to women with incomes up to 250% of the federally defined poverty level, has been subjected to similar eligibility restrictions and neoconservative attacks. The programme provides a broad range of basic reproductive care services, from breast and cervical cancer screenings to pregnancy tests and counselling with a primary focus on advice about contraception and dispensing contraception. The institutions and states involved in the programme do so on a voluntary basis, meaning that whether the services are available depends on the region in which a woman lives. Already in 1980, a sliding fee scale was introduced for contraceptive users, requiring impoverished women in the programme with an income between 101% and 250% of the federal poverty level to share the costs of the contraception provided. The programme has been systematically drained of resources and flat-funded in the last decade despite rising inflation and hiked-up prices of contraceptives. As a result, across the whole USA Title X has only been able to provide basic services for 4 million women. In 2019, the Trump Administration passed Title X Rule barring service providers from giving advice to women about pregnancy options, which included advice on abortion as a family planning method and referrals to institutions that provide the procedures. In addition, and just as crucially, the Rule required Title X service providers to conduct their activities physically and financially separated from their abortion services. This was a targeted attack, aimed at dismantling

the Title X programme. It led to the mass withdrawal of 1,000 institutions out of the 4,000 in the program, further depriving 3.6 million women of access to contraception.

Following Dobbs, such regulations and barriers placed in the way of poor working women and impoverished women, systematically hindering their access to much needed and effective contraception, take on a new, sinister meaning. Combined with the latest criminalisation of abortion, these policies stand for all-out war against the reproductive autonomy of working-class women. Middle-class women's movements that only concentrate on the right to abortion fatally miss this, which is bound to backfire.

## Literatura

- ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) (2015): Committee Opinion No 615: Access to Contraception. Dostopno prek: <https://www.acog.org/-/Media/Project/Acog/Acogorg/Clinical/Files/Committee-Opinion/Articles/2015/01/Access-To-Contraception.Pdf> (23. 6. 2023).
- Arons, Jessica, in Agénor, Madina (2010): *Separate and Unequal: The Hyde Amendment and Women of Color*. Washington: Center for American Progress. Dostopno prek: <https://www.americanprogress.org/article/separate-and-unequal/> (12. 10. 2023).
- Burcar, Lilijana (2022): *Kapital in reproduktivne pravice: zahodne kapitalistične države*. Ljubljana: Sophia.
- Czajka, L. John (2013): *Income Eligibility for Assistance under ACA: The Question of Monthly vs. Annual Income*. Washington, DC: Mathematica Policy Research. Dostopno prek: <https://www.shadac.org/sites/default/files/publications/IncomeEligibilityUnderACA.pdf> (12. 10. 2023).
- Andrews, Michelle (2021): *Contraception Is Free To Women, Except When It's Not*. NPR, 21. 7. 2021. Dostopno prek: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2021/07/21/1018483557/contraception-is-free-to-women-except-when-its-not> (6. 9. 2023).
- Becker, V. Nora, in Polsky, Daniel (2015): *Women Saw Large Decrease In Out-Of-Pocket Spending For Contraceptives After ACA Mandate Removed Cost Sharing*. *Health Affairs*, 34 (7): 1204–1211.
- Boudreaux, Michel, Choi, Yoon Sun, Xie, Liyang, in Marthey, Daniel (2019): *Medicaid Expansion at Title X Clinics: Client Volume, Payer Mix, and Contraceptive Method Type*. *Med Care*, 57 (6): 437–443.
- Chevrin, I. Carole (1989): *The Title X Family Planning Gag Rule: Can the Government Buy up Constitutional Rights?* *Stanford Law Review*, 41 (2): 401–434.
- Christopherson, Sara (2017): *Standing up Against Trump's Attack on Birth Control*. *National Women's Health Network (NWHN)*, 13. 10. 2017. Dostopno prek: <https://nwhn.org/standing-trumps-attack-birth-control/> (6. 9. 2023).

- CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) (2015): Women's Preventive Services Coverage and Non-Profit Religious Organizations. Dostopno prek: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/womens-preven-02012013> (12. 10. 2023).
- CRR (Center for Reproductive Rights) (2020a): U.S. Supreme Court Decision Will Cause Denial of Birth Control Coverage for Thousands. Dostopno prek: <https://reproductiverights.org/u-s-supreme-court-decision-will-cause-dnial-of-birth-control-coverage-for-thousands/?swpmtx=7015d5b75ae-a56855d593f1ffd7dc325&swpmtxnonce=a4e47a5dfe> (6. 9. 2023).
- CRR (2020b): Supreme Court Hears Case Challenging Trump-Pence Denial of Birth Control Coverage. Dostopno prek: <https://reproductiverights.org/supreme-court-hears-case-challenging-trump-pence-denial-of-birth-control-coverage/> (12. 10. 2023).
- Crum, Gary (1990): Health Care Policy and the Reagan Administration: The case of Family Planning. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 12 (4): 524–535.
- Dawson, Ruth (2021): What Federal Policymakers Must Do to Restore and Strengthen a Title X Family Planning Program That Serves All. *Guttmacher Policy Review*, 24: 22–28.
- Feldt, Gloria (2004): *The war on choice: the right-wing attack in women's rights and how to fight back*. New York: Bantam Books.
- Fischer, Stefanie, Royer, Hather, in White, Corey (2017): The Impacts of Reduced Access to Abortion and Family Planning Services: Evidence from Texas. Discussion Paper Series, IZA DP No. 10920. Bonn: Institute of Labor Economics. Dostopno prek: [https://www.nber.org/system/files/working\\_papers/w23634/revisions/w23634.rev0.pdf?sy=634](https://www.nber.org/system/files/working_papers/w23634/revisions/w23634.rev0.pdf?sy=634) (12. 10. 2023).
- Frederiksen, Brittni, Ranji, Ushda, Long, Michelle, Diep, Karen, in Salganicoff, Alina (2022): Contraception in the United States: A Closer Look at Experiences, Preferences, and Coverage. *KFF*, 3. 11. 2022. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/report/contraception-in-the-united-states-a-closer-look-at-experiences-preferences-and-coverage/> (12. 9. 2023).
- Frederiksen, Brittni, Rae, Matthew, in Salganicoff, Alina (2020): Out-of-pocket spending for oral contraceptives among women with private insurance coverage after the Affordable Care Act. *Contraception*, X (2): 1–6.
- Frost, J. Jennifer, in dr. (2017): Publicly Funded Contraceptive Services At U.S. Clinics, 2015. Guttmacher Institute, April 2017. Dostopno prek: <https://www.guttmacher.org/report/publicly-funded-contraceptive-services-us-clinics-2015> (12. 9. 2023).
- Gimenez, E. Martha (2019): Reactionary Family Policies in the 21st Century: The Republican War on the Working Class in the United States. *Cultural logic: Marxist Theory and Practice*, 23: 47–54.
- Gomez, Ivette, Ranji, Usha, Salganicoff, Alina, in Frederiksen, Brittni (2022): Medicaid Coverage for Women. *KFF*, 17. 2. 2022. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/medicaid-coverage-for-women/> (12. 9. 2023).

- Gunja, Z. Munira, Collins, Sara R., Doty, Michelle M., in Beutel, Sophie (2017): How the Affordable Care Act Has Helped Women Gain Insurance and Improved Their Ability to Get Health Care. Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2016. Issue Brief (Commonwealth Fund):1–18. [https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_issue\\_brief\\_2017\\_aug\\_gunja\\_women\\_hlt\\_coverage\\_care\\_biennial.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_issue_brief_2017_aug_gunja_women_hlt_coverage_care_biennial.pdf) (12. 9. 2023).
- Guttmacher Institute (2023): Insurance Coverage of Contraceptives. 1. 1. 2023. Dostopno prek: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/insurance-coverage-contraceptives> (12. 9. 2023).
- Heilman, Greg, in Gittins, William (2022): What is the lowest and highest income to qualify for Medicaid? *Diario AS*, 25. 7. 2022. Dostopno prek: [https://en.as.com/latest\\_news/what-is-the-lowest-and-highest-income-to-qualify-for-medicaid-n/](https://en.as.com/latest_news/what-is-the-lowest-and-highest-income-to-qualify-for-medicaid-n/) (12. 9. 2023).
- Hurley, Lawrence (2020): U.S. Supreme Court permits broad religious exemption to birth control coverage. *Reuters*, 8. 7. 2020. Dostopno prek: <https://www.reuters.com/article/us-usa-court-contraception-idUSKBN24929B> (12. 9. 2023).
- Johnston, Emily M., McMorrow, Stacey, Alvarez Caraveo, Clara, in Dubay, Lisa (2021): Post-ACA, More Than One-Third Of Women With Prenatal Medicaid Remained Uninsured Before Or After Pregnancy. *Health Affairs*, 40 (4): 571–578.
- Jost S., Timothy (2020): Supreme Court Excuses Organizations with Religious or Moral Objections from Covering Workers' Birth Control. *To the Point* (blog), Commonwealth Fund, 9. 7. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26099/vkp1-xf55>.
- Keith, Katie, in Jost, Timothy (2017): Trump Administration Regulatory Rebalancing Favors Religious And Moral Freedom Over Contraceptive Access. *Health Affairs*, 7. 10. 2017. Dostopno prek: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20171021.317078/full/> (12. 9. 2023).
- KFF (2023): Women's Health Insurance Coverage. 13. 12. 2023. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage/#> (3. 9. 2024).
- KFF (2021): Women's Health Insurance Coverage. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/fact-sheet/womens-health-insurance-coverage/> (12. 9. 2023).
- McFarlane, R. Deborah (2006): Reproductive Health Policies in President Bush's Second Term: Old Battles and New Fronts in the United States and Internationally. *Journal of Public Health Policy*, 27: 405–426.
- NFPRHA (National Family Planning & Reproductive Health Association) (2023a): Fact Sheet: Title X Family Planning. Dostopno prek: [https://www.nationalfamilyplanning.org/file/Title-X-101-January-2023-final\\_2.pdf](https://www.nationalfamilyplanning.org/file/Title-X-101-January-2023-final_2.pdf) (12. 10. 2023).
- NFPRHA (2023b): Federal Report Shows Nearly 1 Million More People Received Title X Care in 2022. Dostopno prek: <https://www.nationalfamilyplanning.org/fpar-2022-press-release> (12. 10. 2023).

- NFPRHA (2021a): The Last Hour of the Last Day: Our Work to Save Title X during the Trump Administration. Dostopno prek: <https://www.nationalfamilyplanning.org/file/To-the-Last-Hour-of-the-Last-Day.pdf> (12. 10. 2023).
- NFPRHA (2021b): Fact Sheet: 2019 Title X Rule's Impact. Dostopno prek: <https://www.nationalfamilyplanning.org/file/documents---policy--communication-tools/Title-X-Rule-Impact-101.pdf> (12. 10. 2023).
- NFPRHA (2019): Analysis of 2019 Final Rule on Title X Family Planning Program. Dostopno prek: <https://www.nationalfamilyplanning.org/file/2019-Title-X-Final-Rule---Detailed-Analysis---3.4.2019-FINAL.pdf> (12. 10. 2023).
- NFPRHA (2018): Fact Sheet: Domestic Gag Rule. Dostopno prek: <https://www.nationalfamilyplanning.org/file/Domestic-Gag-Rule-Fact-Sheet---May-2018.pdf> (12. 10. 2023).
- NWLC (2016): The Affordable Care Act's Birth Control Benefit is Working for Women. 16. 12. 2016. Dostopno prek: <https://nwlc.org/resource/the-affordable-care-acts-birth-control-benefit-is-working-for-women/> (12. 9. 2023).
- OPA (Office of Population Affairs) (2020). Title X turns 50. Dostopno prek: <https://opa.hhs.gov/grant-programs/title-x-service-grants/title-x-turns-50> (21. 11. 2023).
- OPA (Office of Population Affairs). Title X Program Funding History. Dostopno prek: <https://opa.hhs.gov/grant-programs/archive/title-x-program-archive/title-x-program-funding-history> (23. 7. 2023).
- Planned Parenthood (2016): Defunding Fact Sheet: The Urgent Need for Planned Parenthood Health Centers. 7. 12. 2016. Dostopno prek: [https://www.plannedparenthood.org/files/7814/8106/3998/20161207\\_Defunding\\_fs\\_d01.pdf](https://www.plannedparenthood.org/files/7814/8106/3998/20161207_Defunding_fs_d01.pdf) (12. 9. 2023).
- Ross, Martha, in Bateman, Nicole (2019): Meet the Low-wage Workforce. Metropolitan Policy Program at Brookings. Washington D.C.: Brookings Institute. Dostopno prek: [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/11/201911\\_Brookings-Metro\\_low-wage-workforce\\_Ross-Bateman.pdf#page=9](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2019/11/201911_Brookings-Metro_low-wage-workforce_Ross-Bateman.pdf#page=9) (12. 9. 2023).
- Servai, Shanoor, Tikannen, Roosa, in Collins, Sara R. (2019): Trump Administration Appeals Contraception Case to SCOTUS: What This Means for Women's Health. Commonwealth Fund, 9. 10. 2019. Dostopno prek: <https://www.commonwealthfund.org/blog/2019/what-recent-federal-courts-rulings-contraception-mean-us-womens-health> (12. 9. 2023).
- Sifferlin, Alexandra, in Rebala, Pratheek (2017): Your IUD May Get a Lot More Expensive. Here's How Much It Could Cost in Every State. Time, 18. 10. 2017. <https://time.com/4985605/iud-birth-control-health-insurance/> (3. 9. 2024).
- Sobel, Laurie, Salgonicoff, Alina, in Frederiksen, Brittni (2019): New Title X Regulations: Implications for Women and Family Planning Providers. KFF, marec 2019. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/new-title-x-regulations-implications-for-women-and-family-planning-providers/> (12. 9. 2023).

Sobel, Laurie, Salganicoff, Alina, in Gomez, Ivette (2018): State and Federal Contraceptive Coverage Requirements: Implications for Women and Employers. KFF, marec 2018. Dostopno prek: <https://www.kff.org/womens-health-policy/issue-brief/state-and-federal-contraceptive-coverage-requirements-implications-for-women-and-employers/> (12. 9. 2023).

Uberoi, Namrata, Finegold, Kennet, in Gee, Emily (2016): Health insurance coverage and the Affordable Care Act, 2010–2016. ASPE: Issue Brief, Department of Health and Human Services, USA, 3. 3. 2016. Dostopno prek: [http://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated\\_legacy\\_files//142146/ACA2010-2016.pdf](http://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files//142146/ACA2010-2016.pdf) (12. 9. 2023).

### **Podatki o avtorici**

red. prof. dr. **Lilijana Burcar**

Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta

Aškerčeva 2, 1000 Ljubljana, Slovenija

E-mail: [lilijana.burcar@ff.uni-lj.si](mailto:lilijana.burcar@ff.uni-lj.si)