Ivana Dobrotić 0000-0001-7616-3234

Maja Gergorić 0000-0002-6030-8715

Razvoj reproduktivnih prava u Hrvatskoj: između formalne stabilnosti i rastućih nejednakosti u pristupu pobačaju i kontracepciji

- **Reproduktivna prava slabe i bez promjene temeljnog zakona.**
- **Mjesto stanovanja i prihodi sve više određuju pristup pobačaju i kontracepciji.**
- **Priziv savjesti i participacija za zdravstvene usluge ograničavaju pristup pobačaju i kontracepciji.**
- **Prava „na papiru" ne znače nužno i prava dostupna u praksi.**

I. Dobrotić
Sveučilište u Zagrebu Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada
ivana.dobrotic@pravo.unizg.hr

M. Gergorić
Sveučilište u Zagrebu Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada
maja.gergoric@pravo.unizg.hr

© 2026. I. Dobrotić i M. Gergorić. Licencirano pod CC BY-NC-ND 4.0.
https://doi.org/10.17234/9789533793436.04

Uvod

Reproduktivna se prava nalaze na sjecištu doktrinarnih i klasnih, odnosno redistributivnih politika (Htun i Weldon, 2018). S jedne se strane mogu promatrati kao moralno pitanje gdje je u središtu interesa tko ima legitimno pravo odlučivati o procesima vezanima uz reprodukciju. Rasprave se vode oko statusa žena u društvu, odnosno njihove autonomije, te religijskih načela i društvenih normi vezanih uz seksualnost i obitelji, pri čemu se često ističe sukob između individualnih prava žena i kolektivno definiranih normi. Primjerice, u katoličkim društvima – osobito ondje gdje su se religijski i nacionalni identiteti povijesno ispreplitali – reproduktivne politike često odražavaju katolički nauk i moralno učenje, što se može očitovati u restriktivnijem pristupu pobačaju i kontracepciji (npr. Grzymała-Busse, 2015). S druge se strane reproduktivna prava mogu promatrati iz perspektive redistributivnih politika koje naglasak stavljaju na organizaciju, financiranje i pružanje reproduktivnih usluga i povezanih prava, uključivši mehanizme kojima se (ne)izravno oblikuju obrasci pristupa i nejednakosti (Htun i Weldon, 2018).

Stoga reproduktivna prava nisu samo pitanje formalne „dopuštenosti" određenih postupaka i usluga, nego i pitanje raspodjele odgovornosti između države, tržišta i pojedinca (usp. Zagel i Tamakoshi, 2026). Ograničena intervencija države pritom ne znači neutralnost te sam dizajn reproduktivnih politika odražava normativne predodžbe u pojedinom društvu, primjerice, u pogledu rodnih odnosa i obitelji, što može rezultirati otežanim pristupom reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi (Madden i sur., 2024; Zagel i Tamakoshi, 2026). Pritom treba istaknuti kako ograničeni pristup reproduktivnim pravima može imati nepovoljne zdravstvene ishode, odnosno, istraživanja jasno pokazuju kako je otežan pristup reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi povezan s nepovoljnim učincima na mentalno zdravlje te s općenito povećanim zdravstvenim rizicima žena, uključujući više stope maternalne smrtnosti (npr. Addante i sur., 2021; WHO, 2022; Zori i sur., 2025).

Sam razvoj reproduktivnih prava nije nužno linearan i jednoznačan proces i dok se, primjerice, iz perspektive doktrinarnih politika određene promjene mogu tumačiti kao unapređenje (npr. dekriminalizacija pobačaja), iz perspektive redistributivnih politika one i dalje mogu imati restriktivna obilježja (npr. ako pobačaj nije javno financiran). Reproduktivne politike stoga treba promatrati kao dinamično područje u kojem se istodobno redefiniraju i transformiraju kako odnosi između države i crkve, tako i obrasci redistribucije te raspodjele odgovornosti između države, tržišta i drugih društvenih aktera u pružanju socijalnih prava i usluga, ali i sam položaj žena u društvu (Htun i Weldon, 2018; vidi također Davorija, Androić i Miloš, u ovoj knjizi, te Tranfić i Dergić, u ovoj knjizi). Osim toga, budući da je posrijedi visoko normativno područje javnih politika, promjene se rijetko odvijaju kroz nagle reforme i uobičajenije su postupne i ponekad suptilne prilagodbe, koje se mogu razumjeti i kao dio šire politike tereta (engl. *politics of burden*), odnosno, strategije u okviru kojih politički akteri koriste različita administrativna i proceduralna „opterećenja" (npr. složene procedure, čekanje, troškovi) kao javnopolitički alat za otežavanje pristupa pravima i uslugama, a bez njihova formalnog ukidanja (Herd i Moynihan, 2018). Pristup se reproduktivnim pravima stoga može transformirati kroz niz naizgled manjih organizacijskih, administrativnih ili financijskih promjena unutar neizmijenjenoga temeljnog zakonskog okvira. Takve promjene mogu imati i ambivalentan karakter, odnosno, istodobno uključivati elemente liberalizacije i restrikcije (usp. Nash i sur.; 2020; Forouzan i sur.; 2024, Ferguson i sur., 2024; Forouzan, 2025).

Kad je riječ o reproduktivnim pravima i reproduktivnim politikama, u ovom se poglavlju primarno misli na pristup pobačaju i kontracepciji. Radi se o međusobno povezanim i komplementarnim pravima koja oblikuju opseg reproduktivne autonomije u pojedinom društvu, odnosno, mogućnost žena da reproduktivne odluke donose slobodno, bez prisile i nasilja – uključujući odluke o tome hoće li, kada i koliko djece imati – te uz osigurane uvjete za njihovo ostvarivanje u praksi (usp. Petchesky, 1990; ten Have i Patrão Neves, 2021; WHO, 2022; Thakar i Gandhi, 2025). Možemo vidjeti kako reproduktivna autonomija ne podrazumijeva samo formalno postojanje prava izbora (npr. kroz regulirano pravo na pobačaj ili pristup kontracepciji), nego i nužnost postojanja institucionalnog okruženja koje će omogućiti i stvarno korištenje tih prava svim društvenim skupinama. Stoga je i u analizama reproduktivnih politika ključno razlikovati formalno zajamčena prava i njihovu stvarnu dostupnost.

Naime, iako zakonodavni okvir može jamčiti pravo na pobačaj i kontracepciju, različiti organizacijski, administrativni i financijski mehanizmi mogu ograničiti dostupnost tih prava te proizvesti jaz između formalnih prava i stvarnog pristupa istima (Jerman i sur., 2017; Herd i Moynihan, 2018).

Upravo razlika između formalno zajamčenih reproduktivnih prava i šireg, sveobuhvatnog javnopolitičkog i institucionalnog okvira koji omogućuje njihovo ostvarivanje čini središnji analitički okvir ovog poglavlja koje analizira razvoj pristupa reproduktivnim pravima u Hrvatskoj u razdoblju od 1990. do 2025. godine. Hrvatska pritom predstavlja kritičan slučaj koji omogućuje propitivanje postavke prema kojoj je zakonodavna stabilnost dovoljan jamac očuvanja reproduktivnih prava. Relevantnost hrvatskog slučaja ne proizlazi samo iz postojanja jaza između formalno zajamčenih reproduktivnih prava i njihove stvarne dostupnosti, nego i iz njegova sustavnog produbljivanja kroz niz „tihih reformi" (engl. *silent reforms*), odnosno postupnih, naizgled manjih promjena koje se uvode bez šire javne rasprave te kumulativno transformiraju uvjete ostvarivanja i samu dostupnost formalno zajamčenih prava (Dobrotić, 2022, 2024). Naime, dok se ključni politički sukobi vode oko temeljnog propisa koji regulira pravo na pobačaj i kontracepciju – Zakona o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece iz 1978. godine (vidi npr. Shiffman i sur., 2002; Rittossa, 2005) – istodobno se odvija proces postupnog sužavanja pristupa reproduktivnim pravima kroz niz promjena unutar zdravstvenog sustava, a koje ostaju izvan središta širih javnih rasprava.

Tako unatoč nepromijenjenom temeljnom zakonskom okviru koji formalno jamči pravo na pobačaj i pristup kontracepciji, u posljednja tri desetljeća dolazi do postupne restrikcije reproduktivnih prava. Promjene se odvijaju postupnom transformacijom zdravstvenog sustava unutar kojeg se, bez promjene temeljnoga zakonskog okvira, kumulativno mijenjaju uvjeti ostvarivanja reproduktivnih prava te stvarni učinci postojećeg uređenja (Streeck i Thelen, 2005), posebice u pogledu socioekonomskih i teritorijalnih nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima. Kako bi se zahvatile te promjene, ovo poglavlje stavlja fokus na konkretne mehanizme kojima se unutar zdravstvenog sustava regulira ostvarivanje prava na pristup pobačaju i kontracepciji te se kritički sagledavaju njihovi redistribucijski učinci i pokazuje kako i u kojoj mjeri reproduktivna prava u Hrvatskoj, unatoč formalnoj stabilnosti i univerzalnosti prava, dijelu žena postaju sve teže dostupna. Time

poglavlje pridonosi razumijevanju reproduktivnih prava kao kompleksnog područja koje nadilazi pitanje formalne autonomije te zahtijeva analizu dizajna reproduktivnih politika kao ključnog izvora nejednakosti u pristupu reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi. Identificirani mehanizam postupnog ograničavanja dostupnosti formalno zajamčenih prava kroz „tihe reforme" može biti relevantan i za druge zemlje u kojima se sužavanje reproduktivnih prava odvija kroz manje vidljiva administrativna, organizacijska i financijska ograničenja (npr. za Italiju vidi Autorino i sur., 2020; za Tursku Telli i sur., 2019; za postkomunističke zemlje Guasti i Bustikova, 2023).

Poglavlje započinje pregledom istraživanja u području reproduktivnih politika, s naglaskom na prepreke u pristupu reproduktivnim pravima, posebice unutar samoga javnopolitičkog i institucionalnog okvira, čime se postavlja konceptualni okvir za analizu razvoja reproduktivnih politika u Hrvatskoj tijekom protekla tri desetljeća (1990–2025).

U nastavku se identificiraju i analiziraju ključna obilježja promjena te reformski procesi unutar zdravstvenog sustava, kao i njihove implikacije za dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi i nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima.

Pristup reproduktivnim pravima: prepreke pristupa i (re)produkcija nejednakosti

Pristup reproduktivnim pravima oblikuje se kroz složen međuodnos javnopolitičkog okvira, same prakse njegove provedbe, individualnih obilježja korisnica (npr. njihov socioekonomski status ili mjesto stanovanja) te šireg društvenog okruženja u kojem se prava ostvaruju (vidi npr. Baum i sur., 2016; Jerman i sur., 2017). U kontekstu uloge socijalne države, Zagel i Tamakoshi (2026) posebice naglašavaju važnost samog dizajna reproduktivnih politika te uvode koncept podrške reproduktivnoj jednakosti. Ističu kako, za razliku od pristupa poput reproduktivne autonomije, koji primarni fokus stavlja na individualne odluke unutar zadanoga institucionalnog konteksta (vidi Petchesky, 1990; Jackson, 2001; ten Have i Patrão Neves, 2021; WHO, 2022; Thakar i Gandhi, 2025) ili reproduk-

tivne pravde, koji traži širi i višerazinski pogled na intersekcijske nejednakosti u ostvarivanju reproduktivnih prava (vidi Ross, 2017; Ross i Solinger, 2017), njihov okvir otvara prostor za razumijevanje konkretnih institucionalnih mehanizama kroz koje države oblikuju (ne)jednakosti u pristupu reproduktivnim pravima.

Slijedom toga, Zagel i Tamakoshi (2026) izdvajaju dvije međusobno povezane, ali analitički odvojene dimenzije dizajna reproduktivnih politika kroz koje se može analizirati u kojoj mjeri država podupire reproduktivnu jednakost, odnosno, kreira institucionalno okruženje koje ublažava ili dokida stratifikacijske učinke reproduktivnih politika. S jedne strane, to se odnosi na dopustivost prava (engl. *permissiveness*), koja daje uvid u stupanj do kojeg država omogućuje pristup reproduktivnim pravima i ne ograničava ih strogim proceduralnim, profesionalnim i drugim mehanizmima (npr. vrijeme čekanja, obavezno savjetovanje, pravo na priziv savjesti). S druge strane riječ je o izdašnosti prava (engl. *generosity*), koja daje uvid u stupanj do kojeg država financira različite reproduktivne usluge te time ublažava ili suzbija nejednakosti u pristupu. Analiza kroz te dvije dimenzije omogućuje razlikovanje sveobuhvatnijih reproduktivnih politika (visoka dopustivost i izdašnost) od rezidualnijih (tj. konzervativnijih; niska dopustivost i izdašnost), ali i razumijevanje sustava koji mogu biti vrednovani relativno visoko na jednoj, a nisko na drugoj dimenziji, primjerice, kad je pristup formalno dopušten, ali financijski slabo podržan (libertarijanske politike) ili obratno (paternalističke politike).

Na važnost međuodnosa dopustivosti i izdašnosti, kao i njihovih implikacija za stvarnu dostupnost reproduktivnih prava, ukazuju brojne analize reproduktivnih politika. Primjerice, Romanis (2023), analizirajući pristup pobačaju u Velikoj Britaniji, upućuje na razliku između podržavajućih i dopustivih zakonodavnih okvira. Dok ne razrađuje konkretna obilježja podržavajućih okvira, koje načelno određuje kao sustave u kojima je pobačaj neotuđivo pravo i osnovna zdravstvena usluga, jasno ukazuje na to da dopustivi sustavi daju svojevrstan „privid" dopustivosti: iako formalno omogućuju pristup pobačaju, kroz niz proceduralnih, administrativnih i financijskih mehanizama otežavaju njegovo ostvarivanje u praksi. Takvi se mehanizmi mogu razmatrati kroz konceptualni okvir administrativnog opterećenja (Herd i Moynihan, 2018, str. 2-3), koji zahvaća troškove učenja (npr. napor potreban za pronalaženje informacija i razumijevanje pravila), troškove usklađenosti (npr. prikupljanje potrebne dokumentacije, financijski izdaci) te psihološke troškove (npr. stres,

osjećaj stigme) koje pojedinci snose u interakciji s javnim službama prilikom ostvarivanja prava. Riječ je o „troškovima" koji su svjestan proizvod dizajna reproduktivnih politika te imaju i redistribucijske učinke.

Slijedom toga, jasno je kako formalno priznavanje prava može koegzistirati s njegovim ograničavanjem u praksi, pri čemu niz često suptilnih i na prvi pogled slabije vidljivih administrativnih, organizacijskih i financijskih mehanizama može otežavati pristup pravima čak i ondje gdje su ona formalno zajamčena. Dosadašnja istraživanja upućuju na veliku raznolikost takvih mehanizama, koji ne samo da oblikuju dopustivost i izdašnost reproduktivnih prava, nego kreiraju različite prepreke pristupa koje u konačnici određuju stvarni opseg te dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi. Te prepreke za potrebe ovog poglavlja ugrubo kategoriziramo u nekoliko međusobno povezanih skupina – pravne i proceduralno-administrativne, financijske, organizacijske, informacijske i sociokulturne – te ih promatramo kao različite manifestacije administrativnog opterećenja kroz koje se institucionalno strukturira pristup reproduktivnim pravima i to s izravnim implikacijama kako za dopustivost tako i izdašnost reproduktivnih politika te u konačnici za nejednakosti u pristupu istima.

Pravne i proceduralno-administrativne prepreke najizravnije zahvaćaju dopustivost reproduktivnih politika. Kad govorimo o *pravnim preprekama*, jedan od najizravnijih mehanizama ograničavanja pristupa jest zabrana ili strogo ograničavanje prava na pobačaj i kontracepciju. U tom pogledu može doći i do kriminalizacije pobačaja, koji može biti dopušten samo u specifičnim okolnostima poput ugroženog zdravlja, silovanja ili incesta. Riječ je o praksi koja ne smanjuje pojavnost pobačaja, nego ga odgađa te premješta u nesigurne ili neformalne uvjete, a čime se generiraju dodatni zdravstveni rizici. Iako manje izravne, stroge gestacijske granice također mogu funkcionirati kao mehanizam ograničavanja pristupa, osobito kad se kombiniraju s drugim mehanizmima te one isto tako mogu dovesti do otežanog pristupa pobačaju i nastavka neželjene trudnoće (WHO, 2022). Osim izravnih pravnih ograničenja, pristup reproduktivnim pravima može biti otežan kroz različite *proceduralne i administrativne zahtjeve* poput obaveznog savjetovanja, razdoblja čekanja ili složenih administrativnih procedura. Iako takvi mehanizmi formalno ne uskraćuju pravo, riječ je o administrativnom opterećenju koje može dovesti do povećanih troškova, odgađanja ili odustajanja od ostvarivanja prava (Mercier i sur., 2015; de Londras i sur., 2022), a učinci su osobito izraženi kod žênâ nižega socioeko-

nomskog statusa koje se teže nose s dodatnim izdacima ostvarivanja reproduktivne skrbi (Baum i sur., 2016; WHO, 2022; Madden i sur., 2024).

Financijske prepreke izravno zahvaćaju izdašnost reproduktivnih politika te imaju implikacije za priuštivost reproduktivnih zdravstvenih usluga. Izostanak javnog financiranja prava na pobačaj i kontracepciju (tj. njihovo izuzimanje iz sustava osnovnog zdravstvenog osiguranja), visoki troškovi zahvata te općenito uvođenje obavezne participacije pri ostvarivanju reproduktivnih prava unutar zdravstvenog sustava, kao i sami troškovi putovanja na zahvat ili izostanka s posla (npr. zbog odlaska u udaljenije klinike), mogu znatno otežati pristup reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi. Takve prepreke dovode do odgoda u pružanju skrbi, negativnih učinaka na mentalno zdravlje te do nesigurnih pobačaja ili nastavka neželjene trudnoće (Jones i sur., 2013; Baum i sur., 2016; Jerman i sur., 2017; Johnson i sur., 2021; Moore i sur., 2021; de Londras i sur., 2022). Pristup reproduktivnim pravima tako postaje uvjetovan financijskim resursima, što produbljuje socioekonomske nejednakosti u ostvarivanju formalno zajamčenih prava, a dodatno pogađa žene koje se već nalaze u nepovoljnijem položaju, primjerice, žene koje su u riziku od siromaštva ili žive u ruralnim predjelima i izoliranijim područjima.

Organizacijske prepreke proizlaze iz same organizacije zdravstvenog sustava te izravno oblikuju okruženje u kojem se implementiraju reproduktivna prava. Time imaju jednu od ključnih uloga u stvarnoj dostupnosti usluga te i šire implikacije kako za dopustivost tako i priuštivost reproduktivne zdravstvene skrbi. One ponajprije uključuju (ne)dostupnost samih pružatelja usluga, posebice kad je riječ o pravu na pobačaj, gdje se kao jedan od ključnih izazova ističe neravnomjerna teritorijalna dostupnost zdravstvenih ustanova i usluga.

U kontekstima s izraženim teritorijalnim nejednakostima u pristupu uslugama posebice su pogođene žene iz ruralnih i izoliranijih zajednica zbog velike udaljenosti od zdravstvenih ustanova, kao i općenito slabije dostupnosti usluga te ograničenog izbora pružatelja (npr. Baum i sur., 2016; Gerdts i sur., 2016; Bearak i sur., 2017).

Ponovno, te prepreke jače pogađaju žene nižega socioekonomskog statusa, koje se teže nose s troškovima putovanja i drugim izdacima povezanima uz ostvarivanje usluge u udaljenijim ustanovama (Jerman i sur., 2017). Kad go-

vorimo o organizacijskim preprekama, jedan od mehanizama ograničavanja pristupa jest i primjena priziva savjesti od strane zdravstvenih djelatnika, koja može ograničiti kako dostupnost prava na pobačaj, tako i pristup kontracepciji. Priziv savjesti može djelovati na različite načine – od smanjene dostupnosti pružatelja i odgode pružanja usluge, preko neformalnih i nedosljednih upućivanja, do fragmentacije sustava te povećanih administrativnih troškova i stigme. U kontekstima njegove šire primjene može doći i do institucionalne nedostupnosti usluge što znači da pristup uslugama uvelike ovisi o mjestu stanovanja i financijskim resursima, čime se produbljuju teritorijalne i socioekonomske nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima (WHO, 2022; de Londras i sur., 2023; Self i sur., 2023).

Informacijske i sociokulturne prepreke također presijecaju obje dimenzije, dopustivost i izdašnost, odnosno priuštivost prava, značajno oblikujući implementacijsko okruženje. Pristup reproduktivnim pravima može biti uvelike ograničen zbog *informacijskih prepreka*, odnosno, nedostatka točnih, pravovremenih i dostupnih informacija koje čine ključni preduvjet reproduktivne autonomije. Informacijske prepreke mogu uključivati neinformiranost o dostupnim uslugama, ali i pogrešne ili nepotpune informacije o metodama kontracepcije (Dehlendorf i sur., 2010; Frost i sur., 2012; Baum i sur., 2016), kao i način na koji digitalne platforme i tražilice posreduju pristup informacijama i uslugama (Mejova i sur., 2022), a što može dovesti do odgađanja donošenja odluka o korištenju pojedine usluge ili pak potpunog odustajanja od korištenja dostupnih usluga. Konačno, pristup je reproduktivnim pravima oblikovan i širim društvenim kontekstom pri čemu *sociokulturne prepreke* mogu djelovati kao strukturni mehanizmi ograničavanja pristupa reproduktivnim pravima oblikujući ponašanje korisnica, organizaciju reproduktivne skrbi te društvenu prihvatljivost reproduktivnih odluka. Posebnu ulogu ima stigmatizacija pobačaja i kontracepcije koja utječe kako na ponašanje korisnica tako i na kvalitetu pružene skrbi, kao i društvene norme i rodni odnosi koji mogu ograničiti autonomiju žênâ u donošenju reproduktivnih odluka (usp. Kumar i sur., 2009; Purcell i sur., 2014; Sorhaindo i Lavelanet, 2022; Footman, 2025).

Dok svi ti mehanizmi nužno ne djeluju kroz formalne zabrane, oni mogu imati snažne učinke na stvarni opseg i korištenja i pružanja reproduktivnih prava (npr. kroz priziv savjesti). Treba istaknuti i kako navedene prepreke rijetko djeluju izolirano, nego se međusobno preklapaju i kumulativno oblikuju stvarni

opseg pristupa reproduktivnim pravima (vidi npr. Jerman i sur., 2017), pri čemu su njihovi nepovoljniji učinci osobito izraženi među ženama nižega socioekonomskog statusa i onima koje žive u izoliranijim i u pogledu usluga slabije razvijenim područjima. Formalna "univerzalnost" prava stoga često prikriva duboko diferencirane prakse njihova ostvarivanja te obrasce isključenosti i nejednakog pristupa reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi. Stoga pristup reproduktivnim pravima treba razumjeti ne samo kao pitanje formalne dopustivosti, nego i priuštivosti (tj. financijske dostupnosti) te kumulativnog djelovanja različitih institucionalnih i sociokulturnih mehanizama koji strukturiraju pristup pravima te dovode do nejednakosti u ostvarivanju reproduktivne zdravstvene skrbi.

Više od tri desetljeća razvoja reproduktivnih prava u Hrvatskoj

Polazeći od prethodno iznesenog okvira, u nastavku se iznosi analiza razvoja reproduktivnih prava u Hrvatskoj kroz prizmu odnosa između formalno zajamčenih prava koja upućuju na određenu razinu reproduktivne autonomije te njihove stvarne dostupnosti za različite društvene skupine. Temeljna je teza da, iako pravo na pobačaj i pristup kontracepciji u formalno-pravnom smislu od donošenja temeljnog zakonskog okvira krajem 1970-ih nije ukinuto niti ograničeno, unazad više od tri desetljeća dolazi do postupne restrikcije pristupa reproduktivnim pravima kroz uvođenje niza organizacijskih, proceduralno-administrativnih i financijskih mehanizama koji otežavaju pristup reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi. Promjene se primarno odvijaju kroz postupne institucionalne prilagodbe (engl. *layering*, vidi Streeck i Thelen, 2005), pri čemu se postojeći zakonodavni okvir ne mijenja izravno, nego se na njega postupno nadograđuju nova pravila, procedure i/ili prakse koje kumulativno mijenjaju temeljnu svrhu te učinke temeljnog zakonodavstva u području reproduktivnih prava, produbljujući teritorijalne i socioekonomske nejednakosti u pristupu reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi. Osim toga, u novijem su razdoblju vidljivi i elementi javnopolitičkog proklizavanja (engl. *policy drift,* vidi Streeck i Thelen, 2005), pri čemu izostanak reforme temeljnoga zakonodavnog okvira unutar bitno promijenjenoga društvenog i institucionalnog konteksta vodi sve težem pristupu reproduktivnoj skrbi i produbljivanju nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima.

Kako bi se zahvatila ta dinamika razvoja reproduktivnih prava, analiza zahvaća razdoblje od 1990. do 2025. godine, stavljajući poseban naglasak na reformske procese unutar zdravstvenog sustava koji detaljnije regulira pristup pobačaju i kontracepciji. Temelji se na analizi svih zakonskih i podzakonskih akata te javnopolitičkih dokumenata (npr. planova i programa) u području zdravstvene zaštite i osiguranja kojima se od 1990. do 2025. uređivalo područje reproduktivne zdravstvene skrbi, pri čemu su obuhvaćeni svi propisi doneseni tijekom promatranog razdoblja (vidjeti Dodatak A). Sukladno ranije iznesenom konceptualnom okviru, analitički je fokus na promjenama u dopustivosti i izdašnosti reproduktivnih prava, odnosno dimenzijama dizajna reproduktivnih politika koje oblikuju implementacijsko okruženje, provedbenu praksu te stvarni doseg reproduktivnih prava za različite društvene skupine. Dopustivost se pritom procjenjuje kroz elemente dizajna reproduktivnih politika poput zakonskog priznanja prava, proceduralnih ograničenja, priziva savjesti i dostupnosti metoda, a izdašnost kroz opseg javnog financiranja reproduktivnih usluga (vidi Zagel i Tamakoshi, 2026), pri čemu se ocjena pojedinog razdoblja reformi donosi polazeći od dominantnog obrasca promjena u navedenim obilježjima reproduktivnih politika i njihovih implikacija za dostupnost reproduktivnih prava. Time se daje uvid ne samo u konkretne mehanizme unutar zdravstvenog sustava kroz koje se olakšava ili otežava pristup pobačaju i kontracepciji, nego i u redistribucijske učinke reproduktivnih politika u Hrvatskoj. Važno je istaknuti da, dok je ovim pristupom moguće ukazati na nejednakosti ugrađene u sam dizajn reproduktivnih politika, stvarni učinci pojedinih promjena na iskustva korisnica ili praksu unutar zdravstvenog sustava zahtijevaju dodatna empirijska istraživanja.

Analiza se iznosi kroz četiri razdoblja, čije su granice određene dominantnim obilježjima reformskih procesa unutra zdravstvenog sustava te interpretirane polazeći od idealnotipske podjele reproduktivnih politika koju razvijaju Zagel i Tamakoshi (2026). Prvo je razdoblje odmicanja od sveobuhvatnih prema libertarijanskim reproduktivnim politikama (1990. – 1993.) obilježeno normativnim zaokretom i početkom restrukturiranja naslijeđenog modela, pri čemu formalna dopustivost reproduktivnih prava ostaje očuvana dok je značajno sužena njihova izdašnost. Drugo je razdoblje uspostavljanja temelja libertarijansko-konzervativnih reproduktivnih politika (1994. – 2010.) i koje karakterizira učvršćivanje obrasca niske izdašnosti te povlačenja javne odgovornosti u području reproduktivnih prava, ali i ograničavanje dopustivosti prava kroz razli-

čite organizacijske i procesno-administrativne mehanizme. Treće je razdoblje (2011. – 2017.) obilježeno ambivalentnim promjenama u dopustivosti, koje donose i restriktivne i liberalizacijske elemente, čime se konsolidira libertarijansko-konzervativni model te produbljuju teritorijalne i socioekonomske nejednakosti u dostupnosti reproduktivne zdravstvene skrbi. Četvrto je razdoblje javnopolitičkog proklizavanja (2018. – 2025.) koje obilježava izostanak reforme temeljnoga zakonodavnog okvira koju je naložio Ustavni sud, uz nastavak parcijalnih promjena i produbljivanje nejednakosti, ali i sve izraženije oblikovanje pristupa reproduktivnim pravima kroz širi društveno-politički kontekst.

Od sveobuhvatnih prema libertarijanskim reproduktivnim politikama (1990. – 1993.)

Reproduktivna prava u Hrvatskoj svoje temelje vuku iz socijalističkog razdoblja u kojem je uspostavljen model koji je, u kontekstu tadašnjih sustava, po svojim obilježjima najbliži onome što Zagel i Tamakoshi (2026) opisuju kao sveobuhvatne reproduktivne politike, obilježene relativno visokom dopustivošću i izdašnošću. Nakon dugog i kompleksnog procesa dekriminalizacije i legalizacije prava na pobačaj od 1950-ih (više o tom procesu u Lovreković, u ovoj knjizi), u Ustav Socijalističke Republike Hrvatske iz 1974. godine uvodi se odredba sukladno kojoj je „pravo [...] čovjeka da slobodno odlučuje o rađanju djece" (čl. 272.). Također, Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece iz 1978. godine eksplicitno je regulirao kako pravo na prekid trudnoće tako i pravo na kontracepciju. Preciznije, zajamčio je pravo na korištenje kontracepcije, kao i izbor kontracepcijskih sredstava (čl. 6.), te pravo na prekid trudnoće na zahtjev do 12. tjedna trudnoće i to u zdravstvenoj ustanovi prema vlastitom izboru (čl. 15.). Temeljni je propis financiranje regulirao vrlo labavo čime priuštivost reproduktivnih prava nije bila zajamčena (osim prava na besplatan prekid trudnoće ženâ u „stanju socijalno-zaštitne potrebe", čl. 41.), nego prepuštena organizaciji i resursima zdravstvenog sustava i time podložna proračunskim i političkim promjenama (vidi Lovreković, u ovoj knjizi). Unatoč ovakvoj labavijoj formi, potrebe su „žena u vezi s trudnoćom, porođajem, materinstvom i planiranjem porodice" u socijalističkom razdoblju uvelike bile pokrivene unutar sustava zdravstvenog osiguranja, uključujući pravo na lijekove te naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite (čl. 39.2.) i izuzeće od participacije (čl. 115., Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju, 1980). U tom se smislu može govoriti o reproduktivnim politikama koje

su, na razini samog dizajna, osiguravale relativno visoku razinu reproduktivne autonomije i podrazumijevale široku javnu odgovornost za ostvarivanje reproduktivnih prava.

Zakon iz 1978. godine ostao je temeljni propis kojim se regulira pravo na pobačaj i u postsocijalističkom razdoblju te je, unatoč kontinuiranim političkim i društvenim osporavanjima, zadržao svoj izvorni oblik u dijelu reguliranja prava na prekid trudnoće i kontracepciju (Shiffman i sur., 2002; Rittossa, 2005). Slijedom toga, moglo bi se govoriti o visokoj razini pravne stabilnosti u pogledu dopustivosti reproduktivnih prava. Međutim, početak 1990-ih obilježen jačanjem redomestifikacijskog diskursa koji traži socijalne politike koje reafirmiraju tradicionalne rodne uloge i povratak žena u privatnu sferu (vidi Dobrotić i sur., 2013) donosi važan zaokret u području reproduktivnih prava (Tablica 1). Najprije, promjenom Ustava RH (1990) uvodi se odredba prema kojoj „svako ljudsko biće ima pravo ” (čl. 21.), dok se istodobno izostavlja ranija ustavna odredba o pravu na slobodno odlučivanje o rađanju djece, kao i odredba o „ravnopravnosti spolova” kao temeljnoj ustavnoj vrednoti. Iako ta promjena ne dovodi do izravnog ograničavanja dopustivosti prava na pobačaj i temeljni zakon ostaje na snazi, ona otvara prostor za njegovu reinterpretaciju, osobito u smjeru jačanja moralnih i vrijednosnih okvira vezanih uz zaštitu života. Istodobno, uvođenjem ustavne odredbe kojom se jamči „sloboda savjesti i vjeroispovijesti i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja” (čl. 40.) postavljaju se temelji za kasniji razvoj priziva savjesti kao temeljnog mehanizma koji će uvelike utjecati na stvarnu dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi (vidi sljedeće sekcije).

Potom, dolazi do prve opsežnije reforme zdravstvenog sustava kojom započinje njegova postupna privatizacija, a time i proces rastućeg prebacivanja odgovornosti za osiguravanje zdravstvene skrbi na pojedinca (vidi Dobrotić, 2016), odnosno, smanjivanja opsega usluga koje su pokrivene unutar osnovnoga zdravstvenog osiguranja. U tom kontekstu i planiranje obitelji gubi status jasno definiranog i univerzalno dostupnog dijela zdravstvene zaštite žena (vidi Tablica 1). Isto tako, dolazi i do slabljenja javnozdravstvenih aktivnosti usmjerenih na edukaciju i savjetovanje mladih o seksualnom i reproduktivnom zdravlju (npr. kroz studentske poliklinike ili školsku medicinu; Ivanović, 2025). Stoga, u odnosu na raniji sustav, u kojem su usluge vezane uz planiranje obitelji bile eksplicitno uključene i financirane kroz javni sustav, dolazi do vidljivog sužavanja u dimenziji izdašnosti reproduktivnih prava.

Te promjene ne znače formalno ukidanje reproduktivnih prava, ali označavaju odmak od sveobuhvatnih prema libertarijanskim reproduktivnim politikama, obilježenima visokom formalnom dopustivošću, ali slabom javnom financijskom podrškom (vidi Zagel i Tamakoshi, 2026), čime pristup reproduktivnim pravima postaje sve više stratificiran, odnosno, sve više uvjetovan individualnim – financijskim i drugim – resursima korisnica. Tako se već u ranim 1990-ima uspostavlja obrazac koji će obilježiti i kasniji razvoj reproduktivnih prava sukladno kojem se uz smanjenje izdašnosti sustava, postupno, različitim organizacijskim i procesno-administrativnih mehanizmima, ograničava i njegova dopustivost. Posljedica je takvog restrukturiranja postupno otvaranje prostora za rast socioekonomskih i teritorijalnih nejednakosti u pristupu reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi te ograničena reproduktivna autonomija (vidi sljedeće sekcije).

Temelji libertarijansko-konzervativnih reproduktivnih politika (1994. – 2010.)

Razdoblje od 1994. do 2010. godine započinje dvama zakonskim prijedlozima koja su trebala smanjiti dopustivost i priuštivost pobačaja, jednim koji predlaže tadašnje Ministarstvo zdravstva te drugim koji predlaže Hrvatska stranka prava. Nacrt ministarstva iz 1995. godine predviđa uvođenje niza proceduralno-administrativnih, organizacijskih i financijskih ograničenja poput obaveznog savjetovanja, priziva savjesti zdravstvenih radnika te obaveze plaćanja prekida trudnoće u svim osim u slučajevima medicinskih, genetičkih ili pravno-etičkih indikacija. Prijedlog Hrvatske stranke prava iz 1996. godine teži još drastičnijem sužavanju reproduktivnih prava, predlažući ukidanje prava na prekid trudnoće na zahtjev i njegovo ograničavanje samo na slučajeve životne opasnosti žene te eugeničkih i pravno-etičkih indikacija, uz vremensko ograničenje mogućnosti ostvarivanja prava do 10. tjedna trudnoće. Također predviđa obavezno savjetovanje za trudnice, kao i dodatne proceduralne zahtjeve za maloljetnice i njihove roditelje (uz pristanak roditelja; maloljetnica i roditelji trebaju proći savjetovanje), dok bi se oslobođenje od plaćanja zahvata zadržalo samo u slučajevima u kojima je prekid trudnoće potreban radi zaštite života žene, a u slučaju eugeničkih i pravno-etičkih razloga žena bi plaćala zahvat. Prijedlog dodatno ograničava dostupnost predlažući da se prekid trudnoće može obavljati isključivo u bolnicama s posebnom dozvolom ministarstva. Iako ni o jednom prijedlogu nije raspravljano u Hrvatskom saboru (Shiffman i

sur., 2002; Rittossa, 2005), oni jasno upućuju na tendenciju snažnog ograničavanja reproduktivnih prava.

Dok se namjera ograničavanja reproduktivnih prava nije ostvarila kroz ranije opisane pokušaje izmjena temeljnog zakona, postupnim se institucionalnim promjenama unutar zdravstvenog sustava sve više oblikuje implementacijsko okruženje koje i danas uvelike ograničava stvarnu dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi. Pomaci početkom 2000-ih poput ponovnog uvođenja „ravnopravnosti spolova" među najviše vrednote ustavnog poretka (čl. 3., Ustav RH, 2000) te uključivanja planiranja obitelji u sustav zdravstvenog osiguranja (uz praćenje trudnoće i poroda; čl.17., Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2001) ostaju tek deklaratorne naravi i ne dovode do značajnijeg poboljšanja u dostupnosti i izdašnosti reproduktivnih prava. Naprotiv, već sljedeće opsežnije izmjene u području zdravstvenog osiguranja ponovno isključuju element planiranja obitelji (Tablica 1), dok implementacijski dokumenti u razdoblju od 2001. do 2008., kad je planiranje obitelji bilo dio temeljnog zakona, reproduktivnim pravima daju vrlo ograničen prostor. Primjerice, planovi i programi mjera zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja među mjerama ističu tek „prosvjećivanje u svrhu upoznavanja stanovništva s metodama planiranja obitelji i uporabom kontracepcije" (usp. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, 2002. i 2006.).

Središte promjena u ovom razdoblju stoga čini uvođenje organizacijskih i proceduralno-administrativnih te jačanje već ranije uspostavljenih financijskih mehanizama koji ograničavaju pristup reproduktivnim pravima (Tablica 1). Uvođenjem priziva savjesti Zakonom o liječništvu (2003, članak 20.) ograničava se dopustivost reproduktivnih prava budući da se otvara prostor za odbijanje pružanja određenih zdravstvenih usluga na temelju osobnih uvjerenja. Iako je riječ o individualnom profesionalnom pravu, njegova primjena ima šire posljedice za dostupnost i priuštivost reproduktivne zdravstvene skrbi (vidi Paska, u ovoj knjizi), osobito prava na pobačaj u područjima s ograničenim brojem pružatelja gdje dolazi i do djelomične ili potpune institucionalne nedostupnosti usluge (usp. razdoblje 2018–2025). Istodobno, pristup se kontracepciji kontinuirano ograničavana i medikalizira. Iako pojedina sredstva postupno ulaze na listu lijekova (Diane-35 i Mirena), unutar zdravstvenog osiguranja moguće im je pristupiti samo uz medicinske indikacije. Štoviše, pristup se pilulama Diane-35, nakon inicijalnog uvođenja na listu lijekova, postupno

ograničava uvođenjem proceduralnih (ginekolozi pilulu više ne mogu propisati sami, nego samo uz preporuku specijalista endokrinologa ili dermatologa) i financijskih prepreka (između 2003. i 2006. plaćala se obavezna participacija; Tablica 1). Dakle, kontracepcijska sredstva, postupno (ali sporo) ulaze u sustav zdravstvenog osiguranja i to kao medicinski uvjetovana usluga, čime se sužava prostor reproduktivne autonomije ženâ.

Možemo vidjeti da unatoč nepromijenjenom temeljnom zakonskom okviru i u ovom razdoblju, kroz postupne institucionalne prilagodbe unutar zdravstvenog sustava kojima se postojećem uređenju dodaju nova pravila, procedure i/ili prakse (vidi Streeck i Thelen, 2005) ipak dolazi do postupne restrikcije u području reproduktivnih prava te pomaka prema libertarijansko-konzervativnim reproduktivnim politikama (vidi Zagel i Tamakoshi, 2026). Riječ je o hibridnom modelu u kojem reproduktivna prava ostaju formalno priznata i zakonski dopuštena, ali se njihov stvarni doseg sužava kroz akumulaciju financijskih, organizacijskih i proceduralno-administrativnih ograničenja koja vode njihovoj niskoj izdašnosti (npr. uvođenje participacije ili potpunog plaćanja usluga i kontracepcije, vrlo selektivna obavezna lista lijekova) te ograničenoj dopustivosti (npr. kroz uvođenje različitih implementacijskih prepreka poput priziva savjesti, medikalizacije kontracepcije). Pristup reproduktivnim pravima time sve više poprima stratifikacijske učinke.

Konsolidacija libertarijansko-konzervativnih reproduktivnih politika (2011. – 2017.)

Ovo je razdoblje obilježeno ambivalentnim kretanjima na dimenziji dopustivosti te stabilno niskom izdašnosti reproduktivnih prava. Dopustivost se reproduktivnih prava, s jedne strane, sve više ograničava kroz organizacijske uvjete pružanja zdravstvene zaštite, ponajprije kroz širenje priziva savjesti i na medicinske sestre 2011. godine (Tablica 1). Time taj organizacijski mehanizam prestaje biti ograničen na liječničku profesiju i postaje šire rasprostranjen unutar zdravstvenog sustava, poprimajući obilježja sistemskog faktora koji može značajno utjecati na dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi, osobito u sredinama ograničenih kadrovskih kapaciteta ili u ustanovama u kojima veliki broj zdravstvenih djelatnika koristi to pravo (usp. Grujić, 2024; Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, 2026). S druge se strane dopustivost reproduktivnih prava u ovom razdoblju širi kroz postupni ulazak novih kontracep-

cijskih metoda na listu lijekova, liberalizaciju hitne kontracepcije te početak provođenja medikamentoznog pobačaja u pojedinim bolnicama (Tablica 1). Dok se na taj način povećava raspon dostupnih metoda i oblika reproduktivne skrbi, te se promjene ne uvode sustavno niti teritorijalno ujednačeno, a niti s jasnom namjerom jačanja reproduktivne autonomije žena̋. Naime, dok nova kontracepcijska sredstva postupno ulaze u sustav zdravstvenog osiguranja, ona se smještaju na dopunsku listu lijekova HZZO-a uz vrlo visoku participaciju korisnica – od oko 75% pa do 97% cijene lijeka kod suvremenijih pilula. Osim toga, Trinovum, kontracepcija koja je jedina bila na osnovnoj listi, 2017. godine također prelazi na dopunsku listu te podliježe participaciji (Tablica 1). Slično tome, hitna kontracepcija, odnosno „pilula za dan poslije" (EllaOne i Escapelle), može se kupiti u ljekarni bez recepta (2015. uz ispunjavanje upitnika u ljekarni, od 2016. bez ispunjavanja upitnika) te nije dio paketa usluga unutar obveznoga zdravstvenog osiguranja, dok se medikamentozni pobačaj počinje provoditi kroz interventni uvoz lijekova (najprije 2015. u KBC Rijeka, a zatim u OB Pula; Jureško, 2019; Vuletić i sur., 2020).

Možemo vidjeti kako potonje postupno širenje dopustivosti reproduktivnih prava ne prati odgovarajuće povećanje njihove izdašnosti. Drugim riječima, dok se metode šire, one nisu priuštive te stvarni pristup tim pravima ovisi o financijskim mogućnostima korisnica, ali i o teritorijalnoj dostupnosti usluga. Pritom treba naglasiti i kako se liberalizacijski pomaci u pogledu dopustivosti metoda ne odvijaju kroz sustavnu državnu politiku. Štoviše, dostupnost hitne kontracepcije bez recepta dolazi „odozgo" budući da proizlazi iz odluke Europske komisije sukladno kojoj je lijek stavljen u promet u svim državama članicama Europske unije (Europska komisija, 2015), dok se medikamentozni pobačaj razvija „odozdo", kroz praksu pojedinih bolnica (Vuletić i sur., 2020). Riječ je stoga o procesu u kojem se parcijalni liberalizacijski pomaci odvijaju unutar nepromijenjenog šireg javnopolitičkog okvira. Štoviše, kroz širenje priziva savjesti i trajno nisku izdašnost konsolidira se libertarijansko-konzervativni model reproduktivnih politika, posljedica čega je da se povećana formalna dopustivost pojedinih usluga odvija uz istodobno produbljivanje teritorijalnih i socioekonomskih nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima (za implikacije takvog uređenja vidi Paska, u ovoj knjizi).

U ovom se razdoblju donosi i dugo iščekivana odluka Ustavnog suda iz 2017. godine o ustavnosti postojećeg zakonodavnog okvira kojim se regulira

pravo na prekid trudnoće. Iako je prvi zahtjev za ocjenom ustavnosti podnesen 1991., zatim 1995., 2008. i u konačnici 2016., Ustavni sud je po ovim zahtjevima odlučio objedinjeno s vremenskim odmakom od više od dva desetljeća nakon prvog zahtjeva te potvrdio ustavnost postojećeg zakonodavnog okvira, čime se formalna dopustivost prava na pobačaj zadržava. Ipak, Ustavni sud zakonodavcu ostavlja i širok prostor za dodatno normiranje postupka prekida trudnoće, uključujući mogućnost uvođenja savjetovanja, razdoblja čekanja ili drugih mjera (Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, 2017; vidi Milić i Petričušić, u ovoj knjizi). Time se, i bez neposredne zakonodavne promjene, dodatno učvršćuje okvir u kojem se stvarni opseg prava može oblikovati kroz različite implementacijske mehanizme te izazvati nesigurnosti u pristupu reproduktivnim pravima. Posljedično, organizacijski (ograničena dostupnost pružatelja usluga i primjena priziva savjesti), proceduralni (pravo na kontracepciju s osnove zdravstvenog osiguranja samo uz medicinske indikacije) te financijski mehanizmi (naplata pobačaja i kontracepcije) imaju ključnu ulogu u određivanju stvarnog dosega prava, otvarajući prostor fragmentiranom sustavu u kojem su reproduktivna prava sve selektivnija, a ponajprije teritorijalno neujednačenija i snažno ovisna o individualnim resursima korisnica.

Tablica 1: Kretanje razvoja reproduktivnih prava unutar zdravstvenog sustava

RAZDOBLJE	POČETNO STANJE I GLAVNI ELEMENTI REFORMI	DOPUSTIVOST	IZDAŠNOST
Stanje 1990. [sveobuhvatne reproduktivne politike]	**Ustav SR Hrvatske** (NN 8/1974): „pravo je čovjeka da slobodno odlučuje o rađanju djeteta" (čl. 272.) **Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece** (NN 18/1978): pravo na pristup kontracepciji i izbor kontracepcijskih sredstava (čl. 6.); pravo na prekid trudnoće na zahtjev do 12. tjedna trudnoće, u zdravstvenoj ustanovi prema vlastitom izboru (čl. 15.-28.); troškove prekida trudnoće snosi trudna žena, ukoliko samoupravnim općim aktom samoupravne interesne zajednice zdravstvenog osiguranja i zdravstva nije drugačije određeno, uz iznimku prekida trudnoće do kojeg dolazi po odobrenju komisije nakon 12. tjedna trudnoće (ugroženo zdravlje žene, rođenje djeteta s teškom teškoćama, do začeća je došlo zbog silovanja...) ili trudnoće do koje je došlo uslijed korištenja intrauterinarnih sredstava za kontracepciju te žena koje su u stanju socijalno-zaštitne potrebe (čl. 41.) **Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju** (NN 10/1980; 5/1986; 33/1986; 3/1989; 8/1989; 33/1989; 57/1989): zdravstveno osiguranje pokriva potrebe „žene u vezi s trudnoćom, porođajem, materinstvom i planiranjem porodice i komplikacije u vezi s trudnoćom, porođajem, materinstvom i planiranjem porodice", uključivši pravo na lijekove i na naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite (čl. 39.2.); potonja su prava izrijekom izuzeta od mogućnosti učešća, tj. participacije (čl. 115. Zakona; čl. 16. Odluke o sudjelovanju osiguranika... NN 32/1991)	visoka	visoka

RAZDOBLJE	POČETNO STANJE I GLAVNI ELEMENTI REFORMI	DOPUSTIVOST	IZDAŠNOST
1990. – 1993. **[prema libertarijanskim politikama]**	**Ustav RH** (NN 56/1990): „svako ljudsko biće ima pravo na život" (čl. 21.); „jamči se sloboda savjesti i vjeroispovijedi i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja" (čl. 40.); ravnopravnost spolova maknuta iz popisa najviših vrednota ustavnog poretka **Zakon o zdravstvenom osiguranju** (NN 75/1993): zdravstveno osiguranje u potpunosti pokriva potrebe u području „materinstva" (čl. 50.); opseg zdravstvene zaštite se određuje na godišnjoj razini (Vlada RH definira opseg prava, a listu lijekova ministar nadležan za zdravstvo); lista lijekova sadrži jedan oralni kontraceptiv (Trinovum; Odluka o usvajanju liste lijekova... NN 51/1993)	visoka, uz konzervativne normativne temelje	visoka uz postupno smanjenje do kraja razdoblja
1994. – 2010. **[prema libertarijansko-konzervativnim politikama]**	**Ustav RH** (NN 113/2000): ravnopravnost spolova uvrštena među najviše vrednote ustavnog poretka (čl. 3.) **Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju:** od 2001. zdravstveno osiguranje pokriva usluge za "preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu žena u svezi s planiranjem obitelji, praćenjem trudnoće i poroda" (čl. 17.; NN 94/2001); od 2008. opseg se sužava na potpunu pokrivenost usluga za „zdravstvenu zaštitu žena u svezi s praćenjem trudnoće i poroda" (čl. 16.; NN 158/2008) **Zakon o liječništvu** (121/2003): pravo liječnika na priziv savjesti (čl. 20.) **Lista lijekova:** 1995. na listi Diane-35 koje se na teret HZZO-a mogu se propisati samo uz medicinske indikacije (npr. policistični jajnici, liječenje akni), što je dodatno ograničeno od 2005. (ginekolozi ih mogu propisati samo uz preporuku specijalista endokrinologa ili dermatologa), 2003. – 2006. obavezna participacija za Diane-35 (25% cijene lijeka), da bi se od 2006. vratile na osnovnu listu, na kojoj je i Mirena (također isključivo uz medicinske indikacije); Trinovum je od 2006. na dopunskoj listi (uz 25% participacije), a 2007. je vraćen na osnovnu listu (usp. Odluka o izmjeni i dopuni Liste lijekova... NN 31/1995; 60/2003; 62/2005; 120/2006; 132/2007)	ograničena	niska i stratificirana

RAZDOBLJE	POČETNO STANJE I GLAVNI ELEMENTI REFORMI	DOPUSTIVOST	IZDAŠNOST
2011. – 2017. **[libertarijansko-konzervativne politike]**	**Zakon o sestrinstvu** (NN 121/03; 57/2011): pravo na priziv savjesti (čl. 3.4.) **Lista lijekova:** 2011. oralni kontraceptivi (Lyndynette) prvi puta uvedeni na dopunsku listu HZZO-a te se mogu propisati na recept uz participaciju od oko 75% cijene lijeka (oko HRK 30 kutija); 2013. lista proširena s još jedinim oralnim kontraceptivom (Logest; oba uz 75% participacije, tj. oko HRK 24 kutija); 2014. s njih dodatnih 2, 2016. njih dodatnih 14 i 2017. njih dodatnih 6, pri čemu one najsuvremenije žene gotovo u potpunosti plaćaju same (npr. za Qlaira ili Zoely je propisana participacija od oko 97% cijene lijeka, tj. HRK 71,32 i 80,94 kutija); Trinovum prebačen na dopunsku listu 2017. (usp. Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova HZZO-a, NN 54/2011; 47/2013; 91/2014; 53/2016; 63/2016; 53/2017; 66/2017; 99/2017) **Medikamentozni prekid trudnoće**: počinje se provoditi u nekoliko bolnica kroz interventni uvoz lijekova (Istra i Primorje) **Liberalizacija hitne kontracepcije**: „pilula za dan poslije" (EllaOne i Escapelle) mogu se kupiti u ljekarni bez recepta (2015. uz ispunjavanje upitnika u ljekarni, od 2016. bez ispunjavanja upitnika) **Odluka Ustavnog suda 2017**: potvrđena je ustavnost postojećeg zakonodavnog okvira, ali je zakonodavcu ostavljen širok prostor za dodatno normiranje postupka (Rješenje Ustavnog suda..., NN 25/2017)	ograničena	niska i stratificirana
2018. – 2025. **[libertarijansko-konzervativne politike]**	**Lista lijekova**: dopunska lista kontinuirano se nadopunjuje novim oralnim kontraceptivima, uz visoku participaciju; NN 63/2018; NN 97/2019; 108/2019; 39/2020; 65/2020; 137/2020; 33/2021; 71/2021; 135/2021; 143/2022; 153/2022); Diane-35 premještene na dopunsku listu (participacija oko 20% cijene lijeka), a na osnovnoj ostaje Axira-35 (NN 14/2018) **Medikamentozni prekid trudnoće**: Angusta na osnovnoj listi lijekova HZZO-a od 2021. (Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova HZZO-a, NN 135/2021), a Mifegyne registriran od 2019., no nije na HZZO listi lijekova (HZZO, n.d.)	ograničena	niska i stratificirana

Izvor: temeljem analize autorica, oznake propisa su direktno u tablici kod svake promjene.

Javnopolitičko proklizavanje i politička polarizacija u području reproduktivnih prava (2018. – 2025.)

Nakon odluke Ustavnog suda 2017. godine kojom je zakonodavcu ostavljen rok od dvije godine za donošenje novog zakona, u području regulacije reproduktivnih prava dolazi do javnopolitičkog proklizavanja (vidi Streeck i Thelen, 2005): temeljni zakon i dalje ostaje neizmijenjen, dok se stvarni učinci reproduktivnih politika nastavljaju mijenjati, posebice uslijed promijenjenih institucionalnih i društvenih okolnosti. Reformske inicijative uglavnom dolaze od strane oporbenih stranaka i one se analitički mogu podijeliti u dvije suprotstavljene skupine, odnosno na prijedloge usmjerene širenju dopustivosti i izdašnosti reproduktivnih prava te na prijedloge usmjerene njihovu sužavanju.

Prvi prijedlog koji ide u smjeru povećanja dopustivosti i izdašnosti reproduktivnih prava, odnosno pomicanja sustava prema sveobuhvatnijem modelu reproduktivnih politika, podnosi Klub zastupnika SDP-a 2019. godine. Iznesen Prijedlog Zakona o medicinskom postupku prekida trudnoće predviđao je produljenje razdoblja u kojem se može izvršiti prekid trudnoće, uklanjanje suglasnosti za maloljetnice i štićenice te reguliranje prava na privremenu i trajnu kontracepciju (kroz edukaciju građana i „pravo da koriste sredstva za privremeno sprečavanje začeća kao i na izbor tih sredstava", čl. 18. i dopustivost trajne kontracepcije, tj. sterilizacije). Prijedlog je predviđao i obvezu javnih ustanova da osiguraju pružanje usluge prekida trudnoće, odnosno, dužnost javnih ustanova da zaposle liječnike i zdravstvene djelatnike koji mogu izvršiti uslugu prekida trudnoće, a što je uključivalo i ljekarničku djelatnost kad je riječ o izdavanju kontracepcije. U pogledu izdašnosti, prijedlog je predviđao da prekid trudnoće i trajnu te privremenu kontracepciju u potpunosti pokriva HZZO (Klub zastupnika SDP-a, 2019).

Dok je taj prijedlog ušao u saborsku proceduru 2020. godine te 2022. godine nije usvojen, kasnije inicijative koje pripadaju istom smjeru uopće ne dolaze do faze šire rasprave ili odlučivanja (Hrvatski sabor, 2022). Najprije, prijedlog Katarine Peović, zastupnice Radničke fronte iz 2022. godine kojim se predlaže dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, kojom bi se iz sredstava HZZO-a u potpunosti pokrivali troškovi prekida trudnoće na zahtjev i medikamentozni prekid trudnoće (Peović, 2022). Potom, prijedlozi Kluba zastupnika Možemo iz 2025. godine, koji se iznose u sklopu rasprave o Konačnom prijed-

logu Zakona o izmjenama i dopuni Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju: najprije se predlaže amandman kojim bi se osiguralo plaćanje prekida trudnoće od strane HZZO-a (Klub zastupnika Možemo!, 2025a), a zatim donošenje zaključka koji obvezuje Vladu RH da u roku od 60 dana predloži izmjene tog istog zakona na način da omogući plaćanje prekida trudnoće u cijelosti iz sredstava obaveznoga zdravstvenog osiguranja (Klub zastupnika Možemo!, 2025b). Osim toga, 2024. godine lijevo-liberalna oporba predlaže proširenje dopustivosti pobačaja kroz promjenu Ustava te u svojim prijedlozima na nacrt ustavnih promjena predlaže uvođenje prava na samostalno i slobodno odlučivanje ženâ o rađanju i dužnosti države da „osigurava pretpostavke za ostvarivanje toga prava" (Opačić, 2024).

Drugu skupinu čine prijedlozi kojima se želi smanjiti dopustivost reproduktivnih prava. Najizrazitiji je primjer prijedlog Zakona o zaštiti života što ga 2019. godine prvi puta predlaže Hrvoje Zekanović, zastupnik HRAST-a. Prijedlogom bi se izrazito smanjila dostupnost prava na prekid trudnoće, budući da se to pravo htjelo ograničiti isključivo na slučajeve u kojima nastavak trudnoće ugrožava život žene. Također, odluku o prekidu trudnoće, sukladno tom prijedlogu, donosilo bi povjerenstvo te se predlagalo osiguravanje savjetovanja za žene s neplaniranom trudnoćom. Dostupnost i pokrivanje troškova kontracepcije u prijedlogu se izričito ne spominju te se tek u dijelu edukacije djece i mladih spominje obrazovanje o odgovornom spolnom ponašanju i metodi planiranja obitelji (čl. 9.; vidi Zekanović, 2019). Nakon parlamentarnih izbora 2020. godine, 2021. godine isti je zastupnik ponovno predložio taj prijedlog zakona, no niti u jednom od ta dva pokušaja nije uspio osigurati dovoljno potpisa za njegovo uvrštavanje u saborsku proceduru (Vučković Juroš i Gergorić, 2026).

Takvo suprotstavljanje prijedloga jasno pokazuje da javnopolitičko zatišje vladajuće većine ne znači odsutnost političkih rasprava, nego izostanak reforme unatoč različitim pokušajima redefiniranja ciljeva i instrumenata reproduktivnih politika. Unatoč izostanku cjelovite reforme, i u ovom se razdoblju nastavljaju postupne i djelomične institucionalne promjene. Dopustivost se kontracepcije postupno povećava dodavanjem sve većeg broja dostupnih oralnih kontraceptiva na dopunsku listu HZZO-a, no izdašnost i dalje ostaje vrlo niska budući da su oni uglavnom dostupni uz visoku participaciju pa dijelu ženâ ostaju nepriuštivi. Istodobno, na osnovnoj listi lijekova nalazi se samo jedan oralni kontraceptiv, koji se i dalje može propisati tek uz medicinske indikacije

i na preporuku specijalista. Djelomično povećanje dopustivosti i priuštivosti pobačaja vidljivo je kroz uvrštavanje jednog lijeka za medikamentozni pobačaj na osnovnu listu lijekova HZZO-a od 2021. godine, dok drugi i dalje nije niti na dopunskoj listi (Tablica 1).

Ukupno gledajući, okvir reproduktivnih politika u ovom razdoblju ostaje gotovo nepromijenjen, ali se intenziviraju javne rasprave, mobilizacija te pokušaji dugoročnog preoblikovanja društvenih stavova prema pobačaju (usp. Vučković Juroš i Gergorić, 2026; Tranfić i Dergić, u ovoj knjizi). Štoviše, od 2022. godine promjena temeljnog zakona postaje izričiti zahtjev Hoda za život (vidi Gergorić i Vučković Juroš, u ovoj knjizi). Sve to dodatno utječe na percepciju i korištenje reproduktivnih prava, odnosno, stvarni se doseg tih prava sve više oblikuje kroz međudjelovanje institucionalnih praksi i društvenih normi, pri čemu stigmatizacija pobačaja i kontracepcije, mobilizacija te prosvjedi protiv pobačaja ispred bolnica (Gergorić i Degač, 2024), kao i širi pomak reproduktivnih politika prema zaštiti materinstva i demografskim ciljevima sve više oblikuju kontekst u kojem korisnice traže skrb, a pružatelji usluga odlučuju o njezinu pružanju (vidi Paska, u ovoj knjizi). Osim toga, formalna dopustivost prava i dalje koegzistira s ograničenom izdašnošću i nizom implementacijskih prepreka, osobito porastom priziva savjesti koji u pojedinim ustanovama poprima obilježja tzv. institucionalnog priziva savjesti. Time se individualno pravo zdravstvenih djelatnika postupno pretače u obrazac organizacije rada zdravstvenih ustanova, stvarajući institucionalnu nedostupnost usluge koja nije predviđena postojećim zakonskim okvirom. Tome u prilog govore podaci kako se u dijelu bolnica u Hrvatskoj usluga prekida trudnoće na zahtjev uopće ne obavlja (Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, 2019; Hrabre sestre, 2026), dok je u KBC Zagreb 2025. godine 76% ginekologa i 60% medicinskih sestara i primalja iskoristilo pravo na priziv savjesti (Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova, 2026). Time je pristup reproduktivnim pravima sve manje određen formalnim zakonskim okvirom, a sve više organizacijskim praksama pojedinih zdravstvenih ustanova, što produbljuje teritorijalne nejednakosti u dostupnosti usluga (vidi Paska, u ovoj knjizi).

Uz stigmatizaciju, organizacijske i financijske prepreke, važno se osvrnuti i na informacijske prepreke koje dodatno otežavaju ostvarivanje prava, osobito u sredinama u kojima nedostaju jasne, javno dostupne i usporedive informacije o uvjetima i načinima korištenja reproduktivnih usluga. Primjerice, KBC

Rijeka i Opća bolnica Pula jedine na svojim stranicama imaju jasan protokol o medikamentoznom pobačaju (Dnevnik.hr, 2025), dok Ministarstvo zdravstva ne provodi sustavno praćenje niti osigurava javnu dostupnost podataka o dostupnosti, procedurama i troškovima u javnim zdravstvenim ustanovama. Umjesto toga, relevantni podaci uglavnom postaju dostupnima kroz novinarske reportaže ili aktivistička istraživanja (npr. Kovačević, 2020; Dnevnik.hr, 2025; Hrabre sestre, 2026). Takva netransparentnost ne samo da otežava informirano korištenje reproduktivnih prava i povećava administrativne troškove ostvarivanja reproduktivne zdravstvene skrbi, nego pridonosi i održavanju kulture šutnje i stigme koja okružuje pobačaj i reproduktivnu zdravstvenu skrb (vidi Paska, u ovoj knjizi).

To razdoblje tako donosi daljnju konsolidaciju libertarijansko-konzervativnog modela reproduktivnih politika, posljedica čega je daljnje produbljivanje socioekonomskih i teritorijalnih nejednakosti u pristupu reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi čime se stvarni opseg reproduktivnih prava sve više udaljava od njihova izvornog određenja kao formalno zajamčenog prava. To se razdoblje primarno može razumjeti kroz koncept javnopolitičkog proklizavanja unutar kojeg izostanak zakonodavne intervencije unatoč promijenjenom društvenom, političkom i institucionalnom kontekstu (npr. pojačanoj mobilizaciji, rastućoj stigmatizaciji, širenju priziva savjesti) omogućuje daljnju transformaciju i produbljivanje negativnih učinaka postojećeg sustava. Pritom treba istaknuti da javnopolitičko zatišje ne znači neutralnost države, nego održavanje postojećeg okvira u kojem je pristup reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi postao strukturno ograničen i snažno stratificiran (usp. Grujić, 2024; Ivanović, 2025).

Zaključak

Analiza razvoja reproduktivnih politika u Hrvatskoj pokazuje kako se unazad tri desetljeća, čak i nakon presude Ustavnog suda u kojoj se izričito traži donošenje novog zakona, temeljni zakon u području reproduktivnih prava nije mijenjao. Na razini formalne dopustivosti, pravo na pobačaj i kontracepciju stoga ostaje zakonski zajamčeno i u tom pogledu stabilno. Međutim, analiza jasno pokazuje kako formalno-pravna dopustivost prava ne znači nužno i njihovu stvarnu dostupnost. U tom se pogledu hrvatski slučaj može povezati s

uvidom Lovenduski i Outshoorn (1986, prema Htun i Weldon, 2018) koji govori kako pristup pobačaju često više ovisi o organizaciji zdravstvenog sustava nego o samom propisu koji ga legalizira. Slično vrijedi i za kontracepciju: čak i kad je formalno dopuštena, ona mora biti priuštiva kako ne bi ostala tek „mrtvo slovo na papiru".

Iako pobačaj i kontracepcija u Hrvatskoj nisu zabranjeni, reproduktivne politike sve više poprimaju obilježja politike tereta (vidi Herd i Moynihan, 2018), odnosno strategije u okviru koje se postupnim institucionalnim promjenama unutar zdravstvenog sustava uvodi niz administrativnih opterećenja koja ograničavaju pristup temeljnim reproduktivnim pravima. Akumuliraju se procesno-administrativne, organizacijske, financijske, sociokulturne i informacijske prepreke koje zajedno, malo po malo, ograničavaju pristup reproduktivnim pravima i to uz izražene klasne i teritorijalne nejednakosti. Time formalno zajamčena prava za dio korisnica postaju teško ostvariva, pa i nedostupna, osobito za žene nižega socioekonomskog statusa.

Proces promjena reproduktivnih politika unazad tri desetljeća može se razumjeti kao kombinacija postupnih institucionalnih promjena, pri čemu se bez promjene temeljnog zakona uvode nova pravila, prakse i/ili mehanizmi koji kumulativno otežavaju pristup reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi te, u novijem razdoblju, javnopolitičkog proklizavanja (vidi Streeck i Thelen, 2005) kad izostanak zakonodavne intervencije unutar bitno promijenjenog društvenog konteksta obilježenog ojačanom mobilizacijom i prosvjedima protiv pobačaja te porastom priziva savjesti omogućuje daljnje produbljivanje nepovoljnih učinaka postojećeg sustava.

Ključnu ulogu u pogledu administrativnih opterećenja odigrale su financijske i organizacijske prepreke. Financijske prepreke postaju izraženije već ranih 1990-ih, u kontekstu djelomične privatizacije zdravstvenog sustava, kad se smanjuje opseg usluga pokrivenih unutar osnovnoga zdravstvenog osiguranja, uključujući pobačaj i kontracepciju. Dok se opseg participacije za korištenje kontracepcije regulira kroz uključivanje lijekova na dopunsku listu lijekova HZZO-a (posebice nakon 2010.) te je ujednačen na području Hrvatske, troškovi pobačaja ostaju neregulirani i neujednačeni. Tako kirurški pobačaj varira od 250 do 400 eura, ovisno o bolnici, kao i trošak medikamentoznog pobačaja koji korisnica može platiti između 200 i 400 eura (Hrabre sestre, 2026). Među-

tim, iako je kontracepcija velikim dijelom uključena na liste lijekova HZZO-a, kontracepcijski lijekovi (npr. Diane-35, Mirena) koji u većem opsegu dolaze na teret HZZO-a (tj. korisnica plaća nižu participaciju) dostupni su isključivo uz medicinske indikacije. Stoga kontracepcija i dalje ostaje neprištiva, budući da podrazumijeva visoku razinu participacije, od oko 75% pa do 97% pune cijene za suvremenije pilule, čime pristup reproduktivnim pravima ostaje visoko stratificiran i primarno ovisan o socioekonomskom statusu korisnica.

Organizacijske prepreke znatno oblikuju stvarnu dostupnost reproduktivne zdravstvene skrbi, pri čemu ključnu ulogu ima priziv savjesti unutar zdravstvenog sustava, čija široka primjena uz socioekonomske produbljuje i teritorijalne nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima. Štoviše, individualno se profesionalno pravo u pojedinim sredinama postupno pretvara u institucionalni priziv savjesti, što dovodi do smanjene dostupnosti pružatelja usluga, odgoda u pružanju skrbi i neujednačenih praksi među zdravstvenim ustanovama (vidi Paska, u ovoj knjizi). Iako podaci upućuju na blagi pad udjela ginekologa koji koriste priziv savjesti (s oko 60% u 2019. na oko 50% u 2025.), istodobno se smanjuje i broj bolnica bez priziva savjesti (sa sedam u 2019. na pet u 2025.; Dnevnik.hr, 2025), što upućuje na daljnju fragmentaciju sustava.

Kroz opisani postupni, ali nelinearni proces promjena unutar zdravstvenog sustava te u konačnici javnopolitičko proklizavanje, reproduktivne se politike mijenjaju od sveobuhvatnih, preko libertarijanskih, prema libertarijansko-konzervativnima, pri čemu se restriktivni i liberalizacijski elementi često pojavljuju istodobno te proizvode obilježja hibridnog modela. Unutar takvog modela prava ostaju formalno-pravno zajamčena, ali slabo financijski podržana te sve više posredovana implementacijskim preprekama koje na različite načine ograničavaju dopustivost i izdašnost reproduktivnih prava. Iako pravo na pobačaj i kontracepciju nije ukinuto, a u pojedinim je segmentima čak i liberalizirano (npr. uvođenje medikamentoznog pobačaja, pilule za dan poslije i sl.), ostvarivanje je tih prava sve više uvjetovano financijskim mogućnostima te mjestom stanovanja korisnica, ali i društvenim normama koje oblikuju kako pružanje tako i korištenje prava. Upravo se u toj razlici između formalno-pravne „dopuštenosti" i stvarne dostupnosti očituje središnji problem hrvatskog sustava – prava su formalno-pravno zajamčena, ali su za dio žênâ teško dostupna, neprištiva i opterećena administrativnim preprekama.

Sustavno negiranje nejednakosti u pristupu reproduktivnim pravima te izrazito niske reproduktivne autonomije ne znači neutralnost države, nego održavanje javnopolitičkog okvira u kojem se briga za reproduktivnu zdravstvenu skrb prepušta isključivo ženama i njihovim, ponajprije financijskim, mogućnostima. Upravo se u tome očituje specifična kombinacija libertarijanskih i konzervativnih elemenata reproduktivne politike: dok libertarijanska logika ograničava javnu odgovornost za osiguravanje reproduktivne zdravstvene skrbi i u konačnici priuštivost reproduktivnih usluga, konzervativni su elementi ponajprije vidljivi u privilegiranju određenih oblika reprodukcije, obitelji i roditeljstva te izostanku političke volje za uklanjanje prepreka pristupu reproduktivnim pravima. Time se potvrđuje i širi obrazac kompatibilnosti neoliberalnog individualizma i konzervativnog moralnog autoriteta, pri čemu se odgovornost za ostvarivanje reproduktivnih prava prebacuje na pojedince, dok se istodobno reafirmiraju tradicionalne predodžbe o reprodukciji, obitelji i majčinstvu (usp. Kalanj, 1998).

Takvo se razumijevanje reproduktivnih prava dodatno potvrdilo i tijekom rasprave o interpelaciji o radu Vlade RH u području reproduktivnih prava, koju su pokrenule oporbene zastupnice i koja se odvijala nakon razdoblja obuhvaćenog ovom analizom (Ministarstvo zdravstva, 2026). U odgovoru na interpelaciju postojeće je stanje u području reproduktivnih prava ocijenjeno zadovoljavajućim, ponajprije zato što je formalno usklađeno sa zakonom, kao i dostupnost pobačaja, unatoč raširenoj praksi priziva savjesti. Pritom je posebice indikativno da se u samom odgovoru na interpelaciju ističe kako je u studenom 2025. godine priziv savjesti u bolničkim zdravstvenim ustanovama izrazilo 197 od ukupno 364 specijalista ginekologije i opstetricije, pri čemu se takav podatak ne tumači kao dokaz ograničene stvarne dostupnosti prava analizom (Ministarstvo zdravstva, 2026). Time se priziv savjesti normalizira kao sastavni dio institucionalnog okvira pristupa pobačaju, dok se nejednakosti i otežana dostupnost te mogućnost ostvarivanja prava u praksi ne prepoznaju kao pitanje reproduktivne autonomije, nego ponajprije kao organizacijsko pitanje zdravstvenog sustava koje ne dovodi u pitanje ostvarivanje formalno zajamčenih prava.

Literatura

Addante, A. N., Eisenberg, D. L., Valentine, M. C., Leonard, J., Maddox, K. E. J. i Hoofnagle, M. H. (2021). The association between state-level abortion restrictions and maternal mortality in the United States, 1995–2017. *Contraception, 104*(5), 496–501. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.03.018

Autorino, T., Mattioli, F. i Mencarini, L. (2020). The impact of gynecologists' conscientious objection on abortion access. *Social Science Research, 87*, 102403. https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403

Baum, S. E., White, K., Hopkins, K., Potter, J. E. i Grossman, D. (2016). Women's experience obtaining abortion care in Texas after implementation of restrictive abortion laws: A qualitative study. *PLOS One, 11*(10), e0165048. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165048

Bearak, J. M., Burke, K. L. i Jones, R. K. (2017). Disparities and change over time in distance women would need to travel to have an abortion in the USA: A spatial analysis. *The Lancet Public Health, 2*(11), e493–e500. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30158-5

Davorija, I., Androić, J. i Miloš, B. (2026). Anonimni porod i „prozori za bebe": prilog raspravi o reproduktivnoj pravdi i političkom liberalizmu. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 122-150). FF Press.

De Londras, F., Cleeve, A., Rodriguez, M. I., Farrell, A., Furgalska, M. i Lavelanet, A. F. (2022). The impact of provider restrictions on abortion-related outcomes: A synthesis of legal and health evidence. *Reproductive Health, 19*, Članak 95. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01405-x

De Londras, F., Cleeve, A., Rodriguez, M. I., Farrell, A., Furgalska, M. i Lavelanet, A. F. (2023). The impact of conscientious objection on abortion-related outcomes: A synthesis of legal and health evidence. *Health Policy, 129*, 104716. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104716

Dehlendorf, C., Levy, K., Ruskin, R. i Steinauer, J. (2010). Health care providers' knowledge about contraceptive evidence: A barrier to quality family planning care? *Contraception, 81*(4), 292–298. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.11.006

Dnevnik.hr (2025). Imaju li žene u Hrvatskoj pravo na pobačaj samo na papiru? „Vojni priziv savjesti se kažnjava, medicinski nagrađuje". *Dnevnik.hr*. https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/provjereno-imaju-li-zene-u-hrvatskoj-pravo-na-pobacaj-samo-na-papiru-u-tri-bolnice-zahvat-se-uopce-ne-obavlja-vojni-priziv-savjesti-se-kaznjava-medicinski-nagradjuje---943385.html

Dobrotić, I. (2016). Crisis and Croatian welfare state: A new opportunity for welfare state retrenchment? U K. Schubert, P. de Villota, i J. Kuhlmann (ur.), *Challenges to European welfare systems* (str. 301–324). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07680-5_14

Dobrotić, I. (2022). The (in)equality dynamic of childcare-related policy development in post-Yugoslav countries. *Journal of European Social Policy, 32*(3), 270–286. https://doi.org/10.1177/09589287221088167

Dobrotić, I. (2024). Employment precarity and parenting leaves in Croatia. U S. Gatenio Gabel i P. Michoń (ur.), *Navigating family policies in precarious times* (str. 139-155). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-66256-0_8

Dobrotić, I., Matković, T. i Zrinščak, S. (2013). Gender equality policies and practices in Croatia. *Social Policy & Administration, 47*(2), 218–240. https://doi.org/10.1111/spol.12016

Ferguson, L., Anderson, M. E., Liang, M. i Filmer-Wilson, E. (2024). Why a good law is not always good enough: A global review of restrictions to supportive laws for sexual and reproductive health and rights. *BMJ Global Health, 9*, e014100. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014100

Footman, K. (2025). Structural stigmatisation of abortion in the health system: Perspectives of abortion care-seekers, providers, managers, and funders in England and Wales. *Social Science & Medicine, 365*, 117566. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117566

Forouzan, K., Guarnieri, I., Fairbanks, M. i Curhan, T. (2024). *State policy trends 2024: Anti-abortion policymakers redouble attacks on bodily autonomy*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/2024/12/state-policy-trends-2024-anti-abortion-policymakers-redouble-attacks-bodily-autonomy

Forouzan, K. (2025). *State policy trends 2025: Full-year analysis*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/2025/12/state-policy-trends-2025-full-year-analysis

Frost, J. J., Lindberg, L. D. i Finer, L. B. (2012). Young adults' contraceptive knowledge, norms and attitudes: Associations with risk of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 44*(2), 107–116. https://doi.org/10.1363/4410712

Gerdts, C., Fuentes, L., Grossman, D., White, K., Keefe-Oates, B., Baum, S. E., Hopkins, K., Stolp, C. W. i Potter, J. E. (2016). Impact of clinic closures on women obtaining abortion services after implementation of a restrictive law in Texas. *American Journal of Public Health, 106*(5), 857–864. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303134

Gergorić, M. i Degač, Đ. (2024). Praying against abortion: The re-publicisation of religion in Croatia. *Religion, State and Society, 52*(4), 346–366. https://doi.org/10.1080/09637494.2024.2375471

Gergorić, M. i Vučković Juroš, T. (2026). Od mijenjanja srca do promjene zakona. Mobilizacija i poruke Hoda za život. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 182-216). FF Press.

Grujić, J. (2024). Zagreb – Brežice: 50 km, put dug 100 godina samoće (drugi dio). *Libela.org.* https://libela.org/sa-stavom/zagreb-brezice-50-km-put-dug-100-godina-samoce-drugi-dio/

Grzymała-Busse, A. (2015). *Nations under God: How churches use moral authority to influence policy.* Princeton University Press.

Guasti, P. i Bustikova, L. (2023). Varieties of illiberal backlash in Central Europe. *Problems of Post-Communism, 70*(2), 130–142. https://doi.org/10.1080/10758216.2022.2156889

Herd, P. i Moynihan, D. P. (2018). *Administrative burden: Policymaking by other means*. Russell Sage Foundation.

Hrabre sestre (2026). *Pobačaj u Hrvatskoj: popis bolnica*. https://hrabra.com/popis-bolnica/

Htun, M. i Weldon, S. L. (2018). *The logics of gender justice: State action on women's rights around the world*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108277891

Ivanović, R. (2025). Kontracepcija u Hrvatskoj: reproduktivno zdravlje žena pod udarom rodne diskriminacije. *Reci.hr*. https://reci.hr/aktualno/kontracepcija-u-hrvatskoj-reproduktivno-zdravlje-zena-pod-udarom-rodne-diskriminacije/

Jackson, E. (2001). *Regulating reproduction: Law, technology and autonomy*. Bloomsbury Publishing.

Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. L. i Blades, N. (2017). Barriers to abortion care and their consequences for patients traveling for services: Qualitative findings from two states. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 49*(2), 95–102. https://doi.org/10.1363/psrh.12024

Johnson, D. M., Madera, M., Gomperts, R. i Aiken, A. R. A. (2021). The economic context of pursuing online medication abortion in the United States. *SSM – Qualitative Research in Health, 1*, 100003. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2021.100003

Jones, R. K., Upadhyay, U. D. i Weitz, T. A. (2013). At what cost? Payment for abortion care by U.S. women. *Women's Health Issues, 23*(3), e173–e178. https://doi.org/10.1016/j.whi.2013.03.001

Jureško, G. (2019). Cijela Hrvatska bruji o pilulama koje su konačno stigle u naše bolnice. Donosimo pravu istinu o tabletama za pobačaj. *Jutarnji list*. https://www.jutarnji.hr/life/zdravlje/cijela-hrvatska-bruji-o-pilulama-koje-su-konacno-stigle-u-nase-bolnice-donosimo-pravu-istinu-o-tabletama-za-pobacaj-8504882

Kalanj, R. (1998). Mijene i konjunkture konzervativizma. *Revija za sociologiju, 29*(3-4), 195–208.

Kovačević, S. (2020). „Mi to ne radimo" – pobačaj u Hrvatskoj nedostupan i skup, a do informacija se teško dolazi. *Reproduktivna pravda*. https://www.reproduktivna-pravda.hr/2020/04/28/mi-to-ne-radimo-pobacaj-u-hrvatskoj-nedostupan-i-skup-a-do-informacija-se-tesko-dolazi/

Kumar, A., Hessini, L. i Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality, 11*(6), 625–639. https://doi.org/10.1080/13691050902842741

Lovreković, A. (2026). Zapisano u Ustavu i Knjizi za svaku ženu: historijat prava na pobačaj u Jugoslaviji. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 30-59). FF Press.

Madden, N., Trawick, E., Watson, K. i Yee, L. M. (2024). Post-Dobbs abortion restrictions and the families they leave behind. *American Journal of Public Health, 114*(10), 1043–1050. https://doi.org/10.2105/AJPH.2024.307792

Mejova, Y., Gracyk, T. i Robertson, R. E. (2022). Googling for abortion: Search engine mediation of abortion accessibility in the United States. *Journal of Quantitative Description: Digital Media, 2*, 1–41. https://doi.org/10.51685/jqd.2022.007

Mercier, R. J., Buchbinder, M., Bryant, A. i Britton, L. (2015). The experiences and adaptations of abortion providers practicing under a new TRAP law: A qualitative study. *Contraception, 91*(6), 507–512. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.03.003

Milić, P. i Petričušić, A. (2026). Pravna analiza prekida trudnoće u Republici Hrvatskoj. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 60-86). FF Press.

Moore, B., van der Meulen Rodgers, Y., Coast, E., Lattof, S. R. i Poss, C. (2021). History and scientific background on the economics of abortion. *PLOS One, 16*(9), e0257360. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257360

Nash, E., Mohammed, L., Cappello, O. i Naide, S. (2020). *State policy trends 2020: Reproductive health and rights in a year like no other*. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/article/2020/12/state-policy-trends-2020-reproductive-health-and-rights-year-no-other

Opačić, T. (2024). Pobačaj u Ustav!. *Novosti*. https://www.portalnovosti.com/pobacaj-u-ustav-1/

Paska, D. (2026). Zarobljenice vlastite reprodukcije: iskustvo javnozdravstvene usluge prekida trudnoće u Hrvatskoj. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 274-299). FF Press.

Petchesky, R. P. (1990). *Abortion and woman's choice: The state, sexuality, and reproductive freedom*. Northeastern University Press.

Purcell, C., Hilton, S. i McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: A qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Culture, Health & Sexuality, 16*(9), 1141–1155. https://doi.org/10.1080/13691058.2014.937463

Rittossa, D. (2005). Prijepori o pravu na pobačaj u Republici Hrvatskoj. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 26*(2), 971–997.

Romanis, E. C. (2023). Abortion access and the benefits and limitations of abortion-permissive legal frameworks: Lessons from the United Kingdom. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *32*(3), 378–390. https://doi.org/10.1017/S096318012200086X

Ross, L. J. (2017). Conceptualising reproductive justice theory: A manifesto for activism. U L. J. Ross, E. Derkas, W. Peoples, L. Roberts, i P. Bridgewater (ur.), *Radical reproductive justice: Foundation, theory, practice, critique* (str. 170–232). Feminist Press at the City University of New York.

Ross, L. J. i Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction*. University of California Press.

Self, B., Maxwell, C. i Fleming, V. (2023). The missing voices in the conscientious objection debate: British service users' experiences of conscientious objection to abortion. *BMC Medical Ethics, 24*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12910-023-00934-9

Shiffman, J., Škrabalo, M. i Subotić, J. (2002). Reproductive rights and the state in Serbia and Croatia. *Social Science & Medicine, 54*(4), 625–642. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00134-4

Sorhaindo, A. M. i Lavelanet, A. F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social Science & Medicine, 311*, 115271. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115271

Streeck, W. i Thelen, K. (ur.) (2005). *Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780199280452.001.0001

Telli, P., Cesuroğlu, T. i Aksu Tanık, F. (2019). How do pronatalist policies impact women's access to safe abortion services in Turkey? *International Journal of Health Services, 49*(4), 799–816. https://doi.org/10.1177/0020731419855877

Ten Have, H. i Patrão Neves, M. do C. (2021). Responsibility, social. U H. ten Have (ur.), *Dictionary of global bioethics* (str. 925). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3

Thakar, R. i Gandhi, M. (2025). Reproductive autonomy: Women's health and rights. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 132*, 1914–1917. https://doi.org/10.1111/1471-0528.18124

Tranfić, I. i Dergić, V. (2026). Motivacije i strategije hrvatskih antirodnih aktivista protiv pobačaja. U T. Vučković Juroš i M. Gergorić (ur.), *U čije ime? O pobačaju u hrvatskom društvu* (str. 152-181). FF Press.

Vučković Juroš, T. i Gergorić, M. (2026). Mobilizing the womb: anti-abortion activism and the institutionalization of the anti-gender movement in Croatia. U R. Kuhar i A. Zaharijević (ur.), *Anti-gender mobilizations in the post-Yugoslav space. Hidden connection* (str. 27–56). Palgrave Macmillan.

Vuletić, N., Ivandić, J., Smajla, N., Klarić, M. i Haller, H. (2020). Medikamentozni prekid neželjene trudnoće. *Liječnički vjesnik, 142*(7–8), 222–229. https://doi.org/10.26800/LV-142-7-8-37

WHO – World Health Organization (2022). *Abortion care guideline*. World Health Organization. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/59a704cc-4024-412a-97d9-55d86d139602/content

Zagel, H. i Tamakoshi, M. (2026). How do welfare states support reproductive equity? A comparative analysis across countries and over time. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, jxaf071. https://doi.org/10.1093/sp/jxaf071

Zori, G., Case, S., Pyche, C. i Beckman, L. (2025). The relationship between state-level abortion policy and maternal mortality in the United States: A scoping review. *Health Affairs Scholar, 3*(8), qxaf146. https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf146

Dodatak A: Pravni i javnopolitički dokumenti

Europska komisija (2015). *Provedbena odluka Komisije od 7. siječnja 2015. o izmjeni odobrenja za stavljanje u promet za „ellaOne – ulipristal acetat" (C(2015)51 final).* Europska komisija.

Hrvatski sabor (2022). *Prijedlog zakona o medicinskom postupku prekida trudnoće, s Konačnim prijedlogom zakona*. https://www.sabor.hr/hr/sjednice-sabora/prijedlog-zakona-o-medicinskom-postupku-prekida-trudnoce-s-konacnim-prijedlogom-2

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (n.d.). *eLijekovi*. https://elijekovi-hzzo.gov.hr

Klub zastupnika Možemo! (2025a). *Amandmani na Konačni prijedlog Zakona o izmjenama i dopuni Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, drugo čitanje, P.Z. br. 148*. Hrvatski sabor. https://www.sabor.hr/sites/default/files/uploads/sabor/2025-07-02/120102/AMANDMANI_Klub_Možemo%21_PZ_148.pdf

Klub zastupnika Možemo! (2025b). *Zaključak*. Hrvatski sabor.

Klub zastupnika SDP-a (2019). *Prijedlog zakona o medicinskom postupku prekida trudnoće, s Konačnim prijedlogom zakona.* Hrvatski sabor.

Ministarstvo zdravstva (2026). *Interpelacija o radu Vlade Republike Hrvatske na području reproduktivnih prava žena (predlagatelji: 16 zastupnika u Hrvatskome saboru) – Prijedlog izvješća.* https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/2026/Svibanj/171_sjednica_VRH/171%20-%203.docx?vel=106714

Odluka o izmjeni i dopuni Liste lijekova koji se mogu propisivati osiguranim osobama na teret Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (1995). *Narodne novine* 31/95.

Odluka o sudjelovanju osiguranika u troškovima zdravstvene zaštite (1991). *Narodne novine* 32/91.

Odluka o usvajanju liste lijekova koji se mogu propisivati osiguranicima Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske (1993). *Narodne novine* 51/93.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2006). *Narodne novine* 120/06.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2011). *Narodne novine* 54/11.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2013). *Narodne novine* 47/13.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2014). *Narodne novine* 91/14.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2016). *Narodne novine* 53/16.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2016). *Narodne novine* 63/16.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2017). *Narodne novine* 53/17.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2017). *Narodne novine* 66/17.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2017). *Narodne novine* 99/17.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2018). *Narodne novine* 14/18.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2018). *Narodne novine* 63/18.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2019). *Narodne novine* 97/19.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2019). *Narodne novine* 108/19.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2020). *Narodne novine* 39/20.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2020). *Narodne novine* 65/20.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2020). *Narodne novine* 137/20.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2021). *Narodne novine* 33/21.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2021). *Narodne novine* 71/21.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2021). *Narodne novine* 135/21.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2022). *Narodne novine* 143/22.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2022). *Narodne novine* 153/22.

Odluka o utvrđivanju liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2003). *Narodne novine* 60/03.

Odluka o utvrđivanju liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2005). *Narodne novine* 62/05.

Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2014). *Narodne novine* 91/14.

Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2006). *Narodne novine* 120/06.

Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2007). *Narodne novine* 132/07.

Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (2021). *Narodne novine* 135/21.

Peović, K. (2022). *Prijedlog zakona o dopuni Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Hrvatski sabor.

Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (2002). *Narodne novine* 30/02.

Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (2006). *Narodne novine* 126/06.

Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova (2019). *Izvješće o radu Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova za 2018.* Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova.

Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova (2026). *Izvješće o radu Pravobraniteljice za ravnopravnost spolova za 2025.* Pravobraniteljica za ravnopravnost spolova.

Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske broj U-I-60/1991 i dr. od 21. veljače 2017. i Izdvojeno mišljenje (2017). *Narodne novine, 25/17*.

Ustav Socijalističke Republike Hrvatske (1974). *Narodne novine* 8/74.

Ustav Republike Hrvatske (1990). *Narodne novine* 56/90.

Ustav Republike Hrvatske (2000). *Narodne novine* 113/00.

Zakon o liječništvu (2003). *Narodne novine* 121/03.

Zakon o sestrinstvu (2003). *Narodne novine* 121/03.

Zakon o sestrinstvu (2011). *Narodne novine* 57/11.

Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (1978). *Narodne novine* 18/78.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju (1980). *Narodne novine* 10/80, 5/86, 33/86, 3/89, 8/89, 33/89, 57/89.

Zakon o zdravstvenom osiguranju (1993). *Narodne novine* 75/93.

Zakon o zdravstvenom osiguranju (2001). *Narodne novine* 94/01.

Zakon o zdravstvenom osiguranju (2008). *Narodne novine* 150/08.

Zekanović, H. (2019). *Prijedlog Zakona o zaštiti života*. Hrvatski sabor.