



# SEX ÄR POLITIK

-MEN VAR ÄR PENGARNA?

## RFSU:S RAPPORT 2011

En granskning av finansieringen till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom det svenska utvecklingssamarbetet 2006 - 2010



## SAMMANFATTNING

RFSU uppmärksammade 2010 att anslagen till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) minskat i det svenska utvecklingsarbetet under perioden 2006–2008. Årets rapport från RFSU visar att den negativa trenden fortsätter.

Det svenska biståndet till SRHR har minskat med nära 356 miljoner kronor mellan 2006 - 2010. Minskningen återspeglas även procentuellt. Den del av biståndsvolymen som går till SRHR har sjunkit med knappt 2 procent, från drygt 8 procent 2006 till drygt 6 procent 2010. RFSU har analyserat samma typ av data under dessa fem år och trenden är tydlig: finansiellt har det skett en nedprioritering. Nedprioriteringen sker under en period då SRHR varit politiskt prioriterat i svenskt bistånd och Sverige i förhandlingar i FN och EU ofta tagit ställning för individers rätt till att bestämma över sin kropp och sexualitet. Inriktningen i SRHR-policyn (2005) har också befasts i regeringens nya policy för jämställdhet (2010). Det är bra att Sverige vågar vara modig i politiska förhandlingar och tydlig i nya styrdokument men minskade anslag underminerar trovärdigheten för den politiska dialogen kring dessa viktiga frågor.

Under den granskade tiden har regeringen lanserat ett särskilt initiativ för att minska mödradödligheten. De 100 miljoner extra som skulle gå till minskad mödradödlighet går dock inte att spåra. Systemet är inte uppbyggt för att följa tematiska prioriteringar. Det saknas därmed transparens och möjlighet till att utkräva ansvar för politiska löften. Detta bör ses i ljuset av den diskussion som regeringen fört kring behovet av ett transparent bistånd och lanseringen av [www.openaid.se](http://www.openaid.se) som kommit till för att underlätta tillgången till information om vad Sverige finansierar genom sitt utvecklingsarbete.

Globalt sett fattas det redan idag 6 miljarder US dollar i biståndsmedel till området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter. Dessutom måste nivån på det globala biståndet till SRHR mer än fördubblas fram till 2015 för att de mål som sattes upp på FN:s konferens om befolkning och utveckling 1994 ska nås. Bara biståndet till preventivmedel och kunskap om hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter behöver fyrdubblas till 2015.<sup>1</sup>

En positiv utveckling är att Sveriges stöd till hbt-personers rättigheter ökat markant under perioden. 2006 uppgick stödet endast till 4 miljoner, 2010 hade det ökat till 40,6 miljoner. Detta är ett område där Sverige kan göra skillnad genom att tydligt stå upp mot diskriminering av hbt-personers mänskliga rättigheter. Det behövs fortsatta krafttag och en tydlig prioritering. Det vore välkommet om den försenade uppdateringen av Sidas handlingsplan för arbetet kring hbt-rättigheter tydligt indikerar en sådan prioritering även finansiellt.

### RFSU VILL ATT:

- Minst 10 procent av utvecklingsarbetet går till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
- Finansiella prioriteringar och ökningen till minst 10 procent fokuserar på de områden där Sverige kan göra mest skillnad, som att öka tillgång till preventivmedel (särskilt för unga människor), säkra och lagliga aborter, sexualundervisning, hiv-prevention och arbetet med att stärka hbt-personers rättigheter. Det är särskilt viktigt nu i slutspurten inför 2015.
- Utrikesdepartementet och Sida förbättrar sina system för att kunna följa hur mycket och till vad SRHR-biståndet går.

<sup>1</sup> PAI Issue & Brief, *More funding needed for International Reproductive Health*. April 2011

### NÅGRA UTGÅNGSPUNKTER I SRHR-ARBETET

- Alla människor har rätt att bestämma om, när och med vem de vill ha sex.
- Alla människor har rätt att bestämma om och när de vill ha barn och med vem.
- Alla människor har rätt att göra dessa val utan hot om våld och utan att riskera sitt eget liv.
- Alla som vill ska kunna ha ett lustfyllt sexliv.

## DET INNEBÄR BLAND ANNAT ATT:

### ► Kvinnor inte ska dö av en graviditet.

Komplikationer till följd av en graviditet är en den främsta dödsorsaken för flickor mellan 15 och 19 år i utvecklingsländer. Orsakerna kan vara komplikationer under en graviditet, under eller efter en förlossning eller ett resultat av en osäker abort<sup>2</sup>.

### ► Alla människor ska kunna leva öppet utan att diskrimineras.

Detta oavsett om de är homo-, bi-, heterosexuella eller transpersoner. Fler än 85 länder i världen kriminaliserar sex mellan personer av samma kön.<sup>3</sup> Straffen varierar och kan i värsta fall innebära fängelse, tortyr eller död. I många länder accepteras inte unga människors sexualitet innan de gifter sig. Det innebär att unga nekas information om sina rättigheter och hur de kan ha säkrare sex. Kvinnor som uttrycker sin sexualitet riskerar att förskjutas, bestraffas och i värsta fall dödas.

### ► Alla ska ha tillgång till preventivmedel och kondomer.

Varje år blir 75 miljoner kvinnor oönskat gravida och varje år får 2,7 miljoner personer hiv. Cirka 200 miljoner kvinnor saknar tillgång till preventivmedel trots att de inte vill bli gravida.<sup>4</sup>

### ► Aborter ska vara lagliga, tillgängliga och säkra.

Varje år väljer 20 miljoner kvinnor att göra en abort trots att de tvingas göra den i hemlighet och under ohygieniska och osäkra förhållanden. Fler än 70 000 kvinnor, de flesta i fattiga delar av världen, dör efter att ha gjort en osäker abort och hundratusentals skadas allvarligt i samband med osäkra aborter.<sup>5</sup> Osäkra aborter utförs framför allt i länder där tillgängligheten till säkra aborter är begränsad, antingen för att det är olagligt eller för att det strider mot sociala normer.

### ► Ingen ska utsättas för sexuellt våld.

Enligt WHO har 1 av 5 kvinnor rapporterat att de blivit sexuellt utnyttjade före 15 års ålder. I många länder utsätts kvinnor för omvändelsevåldtäkt. Det innebär att lesbiska tvingas ha sex med en man i tron om att det kommer göra dem heterosexuella.

### ► Ungdomar har rätt till sexualundervisning.

Över 1,5 miljarder människor i världen är mellan 10 och 25 år. De är eller kommer snart att vara sexuellt aktiva. De har rätt att få information om och diskutera säkrare sex och relationer.

## FAMILJEPLANERING

Internationellt används ofta terminologin familjeplanering. Begreppet syftar på att människor ska ha tillgång till preventivmedel, rådgivning och information i syfte att planera om och när de vill ha barn. RFSU brukar inte använda terminologin eftersom vårt arbete ofta är riktat till alla individer. Individer som visserligen vill bestämma över sin reproduktion men som inte nödvändigtvis vill planera en familj, som t ex ungdomar och unga och ogifta kvinnor. I denna rapport används dock ordet familjeplanering eftersom FN mäter fördelningen av biståndet enligt denna term.

<sup>2</sup> UNFPA, *No woman should die giving life*, 2008.

<sup>3</sup> RFSU, *HBT i utveckling* s. 33, 2008.

<sup>4</sup> Guttmacher and UNFPA, *Adding It Up The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009.

<sup>5</sup> Guttmacher, *Abortion worldwide: A decade of Uneven Progress*, 2009.

## RAPPORTENS SYFTE

I denna rapport redogör RFSU för sin granskning av storleken på stödet till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) genom svenskt bistånd. Frågor som berör SRHR uppmärksammas ofta av Sveriges biståndsmåster och ses som prioriterade i svenskt utvecklingssamarbete. Men efterlever Utrikesdepartementet och Sida de policyer och de prioriteringar som tagits fram på området? Genom att undersöka hur stor del av biståndsbudgeten som går till SRHR vill RFSU föra en diskussion om gapet mellan politiska uttalanden och den faktiska praktiken.

RFSU vill att minst 10 procent av det svenska biståndet ska gå till SRHR. Men hur mycket går egentligen till SRHR utav Sveriges bistånd? Varken Sida eller Utrikesdepartementet kan ge en samlad bild. Det råder brister i transparensen och tillgången till information om hur den totala finansieringen av SRHR genom biståndet ser ut. RFSU har i årets rapport sammanställt data mellan 2006-2010 i syfte att ta reda på hur mycket SRHR prioriteras i redovisade pengar.

Detta är den andra rapporten på temat som RFSU publicerar. Den första gav ut 2010 och innehöll statistik för perioden 2006-2008.

## METOD

Sida och Utrikesdepartementet skickar årligen in statistik till OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) över hur mycket bistånd som går till olika områden. Dessa rapporteras in efter ett kodsystém. En stor del av underlaget till RFSU:s uträkningar utgår från den statistik som skickats in till OECD.<sup>6</sup> Vissa insatser är uteslutande arbete som kan inkluderas inom begreppet SRHR, som till exempel koderna för reproduktiv hälsa och STI-prevention. Dessutom finns koder för mer generella insatser som stöd till utbildning och hälsa. Insatser inom dessa områden kan innehålla SRHR-komponenter.

Våren 2011 fick RFSU uppdaterad statistik från Sida för hälsostödet enligt OCED DAC:s kodsystém. Jämfört med tidigare år hade statistiken ändrats. Tabellen i denna rapport utgår från den uppdaterade statistiken.<sup>7</sup>

Utöver Sidas bilaterala stöd ger Utrikesdepartementet så kallat basbidrag till multilaterala organ. Stödet till de organisationer som uteslutande arbetar med SRHR som UNFPA, eller hiv och aids som UNAIDS, räknas som SRHR-bistånd i sin helhet. För andra organisationer som bara delvis arbetar med SRHR, som till exempel UNICEF och Världsbanken, använder sig RFSU av viktningar framtagna även de av NIDI.<sup>8</sup>

Utav bidraget till Globala Fonden mot hiv/aids, tuberkulos och malaria räknas 56 procent som SRHR, enligt fondens egna uppgifter. Bidraget är baserat på flera år och RFSU har därför utgått från de budgeterade utbetalningarna varje år. År 2008 övertog Sida ansvaret från Utrikesdepartementet för det som är registrerat som "technical assistance to UNAIDS, Globala Fonden och WHO".

Insatser riktade till att stärka homo- bi och transpersoners rättigheter finns inte med i rapporteringen inom dessa koder utan redovisas separat.

## NIDI

The Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute. NIDI, har gjort viktningar som beskriver hur stor andel av till exempel stödet till hälsopersonal som kan räknas som SRHR.

NIDI använder denna metod för data om finansiella flöden till befolkningsfrågor som rapporteras in till FN:s befolkningsfond, UNFPA. RFSU har därför använt sig av NIDIs procentsatser. Av det totala stödet till exempelvis hälsopersonal räknas alltså 25 procent som bistånd till SRHR. Stödet till nutrition är till stor del stöd till amning och är därför är 75 procent inkluderat i SRHR-statistiken. Vilka procentsatser som använts anges i tabell 4.

<sup>6</sup> 2006 rapporterade inte Utrikesdepartementet till OECD enligt den kodmall som senare använts. I stället har RFSU inkluderat de enskilda bidrag som senare inrapporterats enligt koderna. Skillnaden bör därför inte vara särskilt stor. Det är dock möjligt att något bidrag som betalats ut 2006 inte är inkluderat i den statistik som RFSU fått tillgång till.

<sup>7</sup> Statistiken stämmer alltså inte överens med statistik som redovisats i RFSU:s motsvarande rapport från 2010.

<sup>8</sup> Mellan år 2006 och 2007 räknade NIDI ner andelen som går till SRHR från Världsbanken och UNICEF från 15 och 16 procent respektive till 2 och 9 procent. För att kunna jämföra mellan dessa två år har dock RFSU valt att räkna med 2007 års andel.

En del av finansieringen av forskning kring SRHR och hiv fördes mellan 2007 och 2008 över till Sida från Utrikesdepartementet. Mottagarna av detta bistånd på 60 miljoner var Population Council, IAVI (International Aids Vaccine Initiative) och IPM (International Partnership for Microbicides) som alla fick 20 miljoner kronor var 2006 och 2007. När biståndet flyttades över till Sida minskade dock Population Councils bidrag med hälften.

Sida har inte kunnat redovisa hur stort forskningsstödet för SRHR är 2009 och 2010. För att göra en uppskattning har RFSU utgått från den andel av hälsoforskningsstödet som gick till SRHR 2008 (då ovan nämnda stöd till hiv-forskning fördes över till Sida), det vill säga 38 procent. Data som anges för åren 2009 och 2010 är alltså 38 procent av det totala hälsoforskningsstödet.

RFSU har inte heller kunnat granska hur stor andel utav stödet inom sektorerna mänskliga rättigheter och demokrati som kan härledas till SRHR. Inom dessa två områden finns mycket att göra för att stärka fattiga människors yttrandefrihet, rätt till privatliv och föreningsfrihet kopplat till sexualitet. RFSU:s förhoppning är att det i framtiden finns bättre system för att följa upp hur utvecklingssamarbetet inom fler områden än framför allt hälsa riktar sig mot sexuella rättigheter.

## SVERIGES SRHR-POLITIK

2005 antog den svenska regeringen policyn Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.<sup>9</sup> I den listas strategiska områden för Sveriges internationella arbete med SRHR. Politiken innefattar flera exempel på internationellt sett mer kontroversiella områden, såsom insatser för att öka tillgången på säkra aborter och ökat fokus på hbt-personers rättigheter. Stor vikt läggs vid sambanden dels mellan SRHR-frågor och fattigdom, dels inbördes mellan de olika aspekterna av SRHR-frågorna. Policyn befäster att alla aspekter är viktiga byggstenar i det globala arbetet med SRHR-frågor. I policyn pekas regeringar, multilaterala institutioner, EU samt det civila samhället ut som viktiga samarbetspartner i det svenska SRHR-arbetet.

I budgetpropositioner sedan 2004 har SRHR lyfts fram som en särskild satsning, antingen i sig själv eller under jämställdhetsarbetet. Det betyder att två olika regeringar, såväl socialdemokratisk som alliansregering, har valt att prioritera SRHR i sitt arbete. I PGU-skrivelsen (2008 och 2010) lyfts SRHR fram som ett särskilt område under fokusområdet förtryck.

År 2008 skickade bistandsministern ut en instruktion till alla ambassader där de uppmanades stärka att det politiska arbetet med SRHR. År 2010 antog Utrikesdepartementet publikationen ”Dialog för förändring” som syftar till att ge svenska ambassader ett verktyg för att förbättra den bilaterala politiska dialogen om SRHR.

2010 antogs ”På lika villkor”, regeringens policy för jämställdhet och kvinnors rättigheter och roll inom svenskt utvecklingssamarbete 2010–2015. Policyn befäster den politiska prioriteringen av SRHR genom att sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter är ett av policyns fyra tematiskt prioriterade områden.

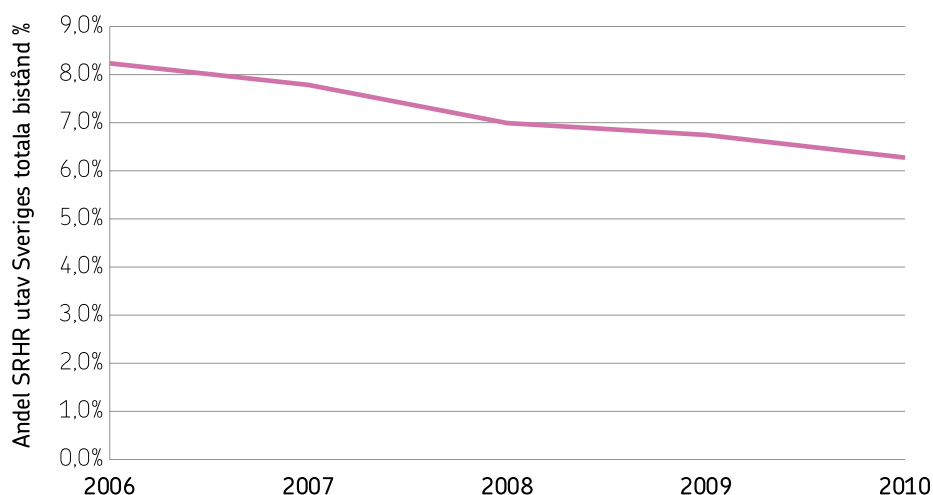
Biståndet till SRHR kanaliseras via Utrikesdepartementet och Sida. Utrikesdepartementets stöd är nästan uteslutande multilateralt utvecklingssamarbete, som går till olika FN-organ eller till den Globala Fonden för att bekämpa hiv/aids, tuberkulos och malaria. Sida finansierar framför allt bilateralt stöd och stöd till civila samhället.

---

<sup>9</sup> Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*, 2006

## DEN SVENSKA FINANSIERINGEN TILL SRHR

Andelen utav biståndsvolymer som går till SRHR har minskat med knappt två procent sedan 2006; från drygt åtta till drygt sex procent. RFSU har analyserat data under perioden 2006-2010 och trenden är tydlig. Finansiellt sker en nedprioritering. Även hälsobiståndet i stort har sjunkit sedan 2008.<sup>10</sup>



## STÖDET SJUNKER FRÅN

8,2%



6,3%

Under 2009, ökar stödet till SRHR för första gången sedan 2006, men ökningen står inte i proportion till den totala ökningen av biståndsvolymer. Även detta år sjunker därför procentandelen som går till SRHR utav det totala biståndet.

Tabell 1. Totalt svenskt bistånd inrapporterat till OECD DAC i procent

	2006	2007	2008	2009	2010
SEK	29 161 000 000	29 320 000 000	31 607 000 000	34 696 000 000	32 600 000 000
	%	%	%	%	%
Reproduktiv hälsa och rättigheter	2,8	2,8	2,4	2,4	2,5
Hbt-rättigheter	0,01	0,04	0,06	0,07	0,12
Hiv och aids	4,37	3,94	3,63	3,56	3,05
Hälsa/utbildningsbistånd	0,63	0,63	0,63	0,52	0,4
Forskning	0,39	0,39	0,28	0,23	0,17
<b>Totalt SRHR</b>	<b>8,2</b>	<b>7,8</b>	<b>7,0</b>	<b>6,7</b>	<b>6,3</b>

År 2010 minskar den totala biståndsvolymer för första gången under den granskade perioden på grund av minskad BNI. Dock minskar stödet till SRHR proportionerligt mer än den totala biståndsvolymer och procentandelen fortsätter därför att sjunka.

Totalt uppgick det svenska biståndet till SRHR till 2 miljarder år 2010 (den totala biståndsbudgeten uppgick till 32,6 miljarder SEK). Detta inkluderar allt bistånd till hiv och aids, delar av mer generellt stöd till hälsa och utbildning, forskning, stöd till hbt-personers rättigheter samt stöd till reproduktiv hälsa och rättigheter dvs. till exempel mödrahälsovård, säkra aborter och preventivmedelsrådgivning.

Mellan 2006 och 2010 har det svenska biståndet till SRHR minskat med nära 356 miljoner kronor. Med undantag för 2009 är minskningen av biståndet till SRHR en tydlig trend. Mellan 2008 och 2009 sker en ökning med 130 miljoner, en nivåhöjning som byts mot en minskning året därpå.

<sup>10</sup> <http://www.openaid.se>



Tabell 2. Totalt svenskt bistånd inrapporterat till OECD DAC i SEK

	2006	2007	2008	2009	2010
Reproduktiv hälsa och rättigheter	825 583 250	817 009 974	756 061 320	821 082 996	803 863 234
Hbt-rättigheter	3 900 000	11 500 000	17 900 000	23 600 000	40 637 222
Hiv och aids	1 273 138 471	1 154 199 082	1 147 261 381	1 233 800 014	995 050 502
Hälsa/utbildningsbistånd	183 536 163	184 734 771	199 298 548	181 361 344	149 408 668
Forskning	115 000 000	115 000 000	89 500 000	80 294 000	56 430 000
<b>Totalt SRHR</b>	<b>2 401 157 884</b>	<b>2 282 443 827</b>	<b>2 210 021 249</b>	<b>2 340 138 354</b>	<b>2 045 389 626</b>

## MILLENNIEMÅL 5

I budgetpropositionen för 2009 säger regeringen att ”det är nödvändigt att ytterligare satsningar görs för att minska mödradödligheten och bidra till att fler länder kan uppfylla millenniemål 5 om förbättrad mödr hälsa. Regeringen planerar därför att använda 100 miljoner kronor under 2009 för förbättrad mödr hälsa och SRHR”. I det efterföljande regleringsbrevet står att Sida ska genomföra och följa upp de särskilda satsningarna för 2009.<sup>11</sup>

När satsningen lanseras på Sida säger Gunilla Carlsson:

”Vi kan inte fortsätta utnyttja kvinnors kroppar på det sätt vi gör idag. Det är en helt oacceptabel situation och regeringen har därför bestämt satsa 100 miljoner extra i år.<sup>12</sup>”

Mellan 2008 och 2009 sker en ökning av Sidas bistånd till specifika insatser för reproduktiv hälsa med nästan 16 miljoner. Anledningen till att vi inte kan se en direkt ökning med 100 miljoner är enligt Sida att det inte går att styra additionella medel eftersom biståndet inte budgeteras tematiskt utan geografiskt. En höjning av till exempel en insats i Asien kanske inte syns i totalen om det samtidigt avslutas en större insats i Afrika. En satsning som görs i regeringens budgetproposition och av biståndsministern själv går alltså inte att följa upp.

År 2010 fortsätter Sidas specifika satsningar på reproduktiv hälsa, det vill säga där millenniemål fem inkluderas, med ytterligare 21,7 miljoner. Trots Sidas ökning, minskar Sveriges totala satsningar på reproduktiv hälsa mellan 2009 och 2010, bland annat eftersom Utrikesdepartementet samtidigt minskar stödet till UNFPA med 26,5 miljoner.

## STÖDET TILL HIV OCH AIDS MINSKAR

Sverige minskar även stödet till hiv och aids mellan 2009 och 2010 med nästan 230 miljoner. Detta sker framför allt på grund av minskat stöd till UNAIDS, Globala Fonden och minskat stöd från Sida. Globala Fondens stöd är dock flerårigt så det är missvisande att enbart titta på ett år för just detta stöd. Totalt sett är dock trenden densamma. Sida drar ner på riktade insatser mot hiv och aids med nära 110 miljoner. Detta innebär att stödet till hiv och aids når den lägsta nivån under den period RFSU kunnat mäta.

Den globala finansieringen minskar<sup>13</sup> och det därför viktigt att Sverige fortsätter att säkerställa att människor som diskrimineras och/eller lever i fattigdom och får tillgång till preventionsinsatser och behandling. Sverige har liksom många

<sup>11</sup> PROP. 2008/09:1 Utgiftsområde 7, s. 62.

<sup>12</sup> [http://www.sida.se/Svenska/Nyhetsarkiv/2009/Oktober/MDG5/-/](http://www.sida.se/Svenska/Nyhetsarkiv/2009/Oktober/MDG5/)

<sup>13</sup> Financing the Response to AIDS in Low- and Middle- Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2010, Jennifer Kates (Kaiser Family Foundation), Adam Wexler (Kaiser Family Foundation), Eric Lief (Stimson), Carlos Avila (UNAIDS), Benjamin Gobet (UNAIDS), August 2011.



andra stater åtagit sig att intensifiera insatserna för att minska spridningen av hiv med 50 procent till 2015<sup>14</sup>. Sveriges röst och bistånd behövs i kraven på att integrera SRHR-frågor inom hiv-arbetet för att lyfta till exempel ungdomars rätt till kondomer och sexualundervisning, hbt-personers rättigheter samt kvinnors särskilda utsatthet. Minskningen av Sveriges hiv-bistånd är därför särskilt allvarligt utifrån ett rättighetsperspektiv då just Sveriges stöd gör skillnad för diskriminerade grupper.

## SVERIGE KAN GÖRA MER FÖR ATT SÄKERSTÄLLA SÄKRA ABORTER

Analyserar vi andelen som går till reproduktiv hälsa och rättigheter ytterligare kan vi se att ytterst lite av finansieringen går till att säkerställa tillhandahållandet av säkra aborter, ett område som är tydligt prioriterat i svensk SRHR-politik. En orsak är att den största delen av detta stöd kanaliseras via FN. Av alla multilaterala organisationer är det endast WHO och Världsbanken som uttalat arbetar med säkra aborter. **Endast 0,9 procent av det totala svenska utvecklingssamarbetet kan alltså användas som stöd till säkra aborter.**<sup>15</sup> Detta är dock en ökning med 0,1 procentenheter jämfört med 2008. För att se exakt hur mycket som Sverige verkligen ger till säkra aborter krävs fortsatta studier.

## ÖKNING TILL HOMO- BISEXUELLA OCH TRANSPERSONER

En mycket positiv trend är att Sidas stöd till homo- bisexuella och transpersoners rättigheter har ökat markant sedan 2006. Från nästan 4 till 40,6 miljoner är ett bra steg i rätt riktning. Hbt-personers rättigheter är ett område som knappt finansieras av andra givare och Sverige skulle kunna göra stor skillnad genom att satsa betydligt mer. Den senaste tiden har vi nåtts av oroväckande rapporter om hur stater i bland annat Afrika förföljer människor på grund av deras sexuella läggning. Detta utgör uppenbara brott mot mänskliga rättigheter och behovet av stöd till organisationer som arbetar med att försvara dessa rättigheter är enormt. Inom ramen för Sveriges särskilda satsning på människorättsförsvarare och demokratikämpar borde det här finnas ett relativt stort utrymme för att stötta hbt-personers och hbt-organisationers arbete.

Det behövs fortsatta krafttag och en tydlig prioritering. Det vore välkommet om den försenade uppdateringen av Sidas handlingsplan för arbetet kring hbt-rättigheter tydligt indikerar en sådan prioritering även finansiellt.

## BÄTTRE UPPFÖLJNINGSSYSTEM

Under arbetet med att ta fram data för RFSU:s rapport har det varit tydligt att det, trots stor vilja och hjälpsamhet, är tidskrävande och svårt för handläggare på myndighet och departement att få fram statistik och härleda finansiering. Det beror delvis på att det saknas uppföljningssystem som kan hantera sektorstöd eller frågor som finns med i flera olika sektorer. Till exempel faller de insatser som syftar till att förebygga och hantera konsekvenserna av sexuellt våld in under flera sektorer. Siffrorna för stöd till hbt-insatser får tas fram manuellt och det är oklart hur stor del av andra demokrati- och/eller jämställdhetsinsatser som berör SRHR. Idag finns tyvärr inget system för att kunna göra finansiell sammanställning av hur mycket som betalas ut till området. Insatserna inom området sexuellt våld finns alltså inte med i RFSU:s statistik.

<sup>14</sup> Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate HIV/AIDS. Resolution adopted by the UN General Assembly, 10.06.2011.

<sup>15</sup> Uträkningen bygger på att allt stöd på 804 miljoner som går till reproduktiv hälsa, minus stödet till FN-organ på 514 miljoner (förutom Världsbanken och WHO). Kvar blir 290 miljoner. Biståndsbudgeten 2010 var drygt 32 miljarder.

RFSU har använt sig av ett holländskt forskningsinstitut som tagit fram procentandelar av sektorstöd som används för SRHR. Procentandelarna är genomsnittliga för alla OECD-länder och hur mycket av just det svenska stödet till exempelvis hälso- eller utbildningssektorn som stärker SRHR kan skilja sig från till exempel Portugals. Utrikesdepartementet och Sida behöver ett system som inte bara mer lätthanterligt än i dag kan sammanställa direkt stöd till exempelvis sexualundervisning utan också som kan vikta och värdera sektorstöd.

## UTVECKLINGSLÄNDERS BEHOV OCH GLOBAL FINANSIERING

“Biståndsgivare har åtagit sig att stå för 16 miljarder 2009 samt 23 miljarder dollar 2015.”

FN:s nya beräkningar för 2009 – 2015 visar att det globala behovet av SRHR-insatser kommer öka från ca 49 miljarder dollar 2009 till ca 70 miljarder 2015. Ungefär hälften av detta är insatser som är riktade till preventivmedel och information, så kallad familjeplanering, samt mödrahälsovård. Andra hälften är insatser riktade till hiv- och aidsarbete (se tabell 3 för exakta siffror).<sup>16</sup>

Enligt de åtaganden som gjordes under FN:s internationella konferens om befolkning och utveckling 1994 ska en tredjedel av det totala behovet finansieras av biståndsgivare. Två tredjedelar ska finansieras av länderna själva. Då var dock de beräknade kostnaderna för SRHR-insatser betydligt lägre. Översatt till dagens siffror har biståndsgivare åtagit sig att stå för 16 miljarder 2009 samt 23 miljarder dollar 2015.

Tabell 3. Finansiella uppskattningar för implementering av FN:s handlingsplan från Kairo 1994 om befolkning och utveckling (milj dollar).<sup>17</sup>

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Global	48 980	64 724	67 762	68 196	68 629	69 593	69 810
Sexual/reproductive health/family planning	23 454	27 437	30 712	32 006	32 714	33 284	33 030
- Family planning direct costs	2 342	2 615	2 906	3 209	3 529	3 866	4 097
- Maternal health direct costs	6 114	7 868	9 488	11 376	13 462	15 746	18 002
- Programme and system-related costs	14 999	16 954	18 319	17 422	15 723	13 672	10 931
HIV/AIDS	23 975	32 450	33 107	33 951	34 734	35 444	36 189
Basic research/data/policy analysis	1 551	4 837	3 943	2 239	1 181	864	591

Totalt sett uppskattas det sammanlagda globala biståndet till SRHR år 2009 till cirka 10 miljarder dollar.<sup>18</sup> Redan idag fattas alltså 6 miljarder dollar. Dessutom måste nivån på biståndet till SRHR mer än fördubblas fram till 2015. Den största andelen av biståndet kommer från stater, följt av multilaterala institutioner (FN och Utvecklingsbanker) och privata aktörer (Foundations/NGOs). I genomsnitt ger stater drygt 7 procent av det totala biståndet till SRHR men mellan länder skiljer sig andelen från 0,73 – 18 procent.<sup>19</sup>

Det sammanlagda globala biståndet till SRHR har ökat det senaste decenniet. Det beror på en positiv signifikant ökning av insatser riktade till hiv och aids de senaste 15 åren. Nya rapporter visar dock att stödet till hiv och aids riskerar att stanna av och till och med minska.<sup>20</sup> Tyvärr har samtidigt insatser riktade till familjeplanering gått ner från 723 miljoner dollar år 1995 till 404 miljoner dollar år 2008.<sup>21</sup> Biståndsgivares åtagande för familjeplanering, när vi fortsätter räkna på

<sup>16</sup> UN Economic and Social Council, Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the ICPD: Report of the Secretary General, s. 15, New York, UN 2011

<sup>17</sup> Ibid. s 15

<sup>18</sup> Ibid s. 4

<sup>19</sup> Ibid s. 5-6

<sup>20</sup> Läkare Utan Gränser, *No time to quit: HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*, 2010.

<sup>21</sup> UN Economic and Social Council, *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the ICPD: Report of the Secretary General*, s. 9, New York, UN 2010.

en tredjedel av behovet, är ca 780 miljoner år 2009 samt 1,4 miljarder 2015 (se tabell 3). Biståndet till enbart familjeplanering behöver alltså fyrdubblas till 2015.

Det har också visat sig att det är mer kostnadseffektivt att satsa på både preventiva insatser som till exempel preventivmedel/information och mödrahälsovård tillsammans, än att bara satsa på mödrahälsovård. Genom att investera bredare går det att spara 5,1 miljarder varje år i kostnader som annars skulle ha uppkommit för att ge vård i samband med graviditeter och förlossningar.<sup>22</sup>

Statistiken ovan inkluderar inte kostnaden för att tillhandahålla säkra aborter. Eftersom tillgången till säkra aborter är olaglig i många länder är det mycket svårt att göra en uppskattning av vad som behövs finansiellt för att tillgodose behovet. Enligt uppskattningar gjorda av Guttmacher Institute skulle det kosta 360 miljoner dollar för att alla kvinnor i utvecklingsländer som väljer att utföra en abort ska kunna göra det på ett säkert sätt.<sup>23</sup> Uträkningen inkluderar både de säkra och osäkra aborter som utförs idag. Räknar vi bara in de säkra aborterna hamnar den totala kostnaden på 284 miljoner dollar.

Det har även gjorts andra uppskattningar som visar att kostnaderna för vårdbehovet som uppstår efter alla osäkra aborter ligger mellan 375 miljoner dollar och 837 miljoner dollar.<sup>24</sup>

Det är utvecklingsländerna själva som ger mest till SRHR. 2008 uppskattas att utvecklingsländers sammanlagda finansiering till SRHR ligger runt ca 23,2 miljarder dollar.<sup>25</sup> Men inte heller det är tillräckligt för att nå de två tredjedelar som de fattiga länderna åtagit sig att göra.

## RFSU VILL HA ETT GOLV PÅ 10 PROCENT

Nivån på biståndet från givarländer till SRHR behöver fördubblas. Behoven för fattiga människor i utvecklingsländer är skriande. Sverige har valt att politiskt prioritera SRHR, inklusive de svåra frågorna om abort och sexuella rättigheter. Men en trovärdig politik måste följas upp med finansiering.

Diskussioner om SRHR skapar stora politiska meningsskiljaktigheter globalt sett. Sexuella rättigheter och friheter måste ständigt försvaras mot attacker från moral-konservativa aktörer. Denna situation gäller även inom EU, där framför allt länder som Malta, Polen och Irland är aktiva i arbetet mot abort.

Sverige har, till skillnad från de flesta andra länder, ett stort folkligt och parlamentariskt stöd att driva SRHR-frågor. Ur ett biståndseffektivitetsperspektiv är det bättre att varje givarland inriktar sitt utvecklingssamarbete mot de sektorer man är bäst på, i stället för att alla gör allt. Samordningen av biståndet är en viktig del av den globala biståndsarkitekturen och Sverige har goda förutsättningar att ta ledningen för SRHR. Att avsätta minst 10 procent av den totala biståndsbudgeten är ett sätt att visa att SRHR verkligen är ett prioriterat område.

<sup>22</sup> Guttmacher and UNFPA, *Adding It Up The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009.

<sup>23</sup> Beräkningen bygger på Guttmachers statistik i *Abortion World Wide: A decade of uneven process*. Ungefär 35 miljoner aborter utförs i utvecklingsländer varje år (2003), varav 15,8 är säkra och 19,2 är osäkra. Det pris som Guttmacher uppger för en säker abort kommer från Indien och ligger mellan 16-20 USD/abort. Här har vi använt ett genomsnittspris på 18 USD. Inräknat alla utförda aborter i utvecklingsländer blir då den totala kostnaden  $35\ 000 * 18 = 360\ 000\ 000$ . Tar vi bara hänsyn till de säkra aborter som utförs hamnar kostnaden på  $15,8 * 18 = 284,4$  miljoner.

<sup>24</sup> Vlassoff, Sherer, Walker and Lucas, *IDS Research Reports: Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality: Evidence and Estimation Challenges*, 2008

<sup>25</sup> UN Economic and Social Council, *Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the ICPD: Report of the Secretary General*, s. 12, New York, UN 2010

RFSU har sedan 2001 krävt att minst 10 procent av det svenska biståndet ska gå till SRHR. Det är rimligt att det område som prioriterats av två olika regeringar under minst åtta års tid ska utgöra åtminstone en tiondel av biståndet.

Kravet på minst tio procent av biståndet till SRHR lyftes på det parlamentariska mötet International Parliamentarians Conference on the implementation of ICPD. Församlingen möts vartannat år sedan 2002 och har sedan Strasbourg 2004 bekräftat sitt krav om minst 10 procent av den totala biståndsbudgeten ska gå till befolkningsfrågor. Senast det hände var 2009 i Addis Abeba. Likaså har parlamentariska G8-möten i Edinburgh (2005), Berlin (2007) och Rom (2009) i sina deklARATIONER inkluderat kravet på att minst 10 procent av regeringars biståndsbudgetar ska gå till befolkningsfrågor.

## SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Svenska finansiella prioriteringar inom utvecklingssamarbetet bör tydligt och uthålligt fokusera mer på områden där just Sverige kan göra mest skillnad, som att öka tillgång till preventivmedel, säkra aborter, sexualundervisning och arbetet med att stärka hbt-personers rättigheter.

Sverige har en bra policy som inkluderar de mest kontroversiella frågorna som abort och hbt-personers rättigheter. För att vara politiskt trovärdig måste finansieringen till dessa områden öka.

Det finns mycket som behöver göras för att minska fattigdomen och säkerställa att mänskliga rättigheter inte kränks. Minskad mödradödlighet och minskad diskriminering av hbt-personer är självklart bara två av många nödvändiga insatser. Sveriges komparativa fördelar är dock tydligast i frågor som berör tillgång till sexualundervisning, preventivmedel, säkra aborter och ungas rätt till sexualupplysning och service och det är här som Sverige har en unik möjlighet att göra skillnad.

### RFSU VILL ATT:

- Minst 10 procent av utvecklingssamarbetet går till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.
- Finansiella prioriteringar och ökningen till minst 10 procent fokuserar på de områden där Sverige kan göra mest skillnad, som att öka tillgång till preventivmedel, särskilt för unga människor, säkra och lagliga aborter, sexualundervisning, hiv-prevention och arbetet med att stärka hbt-personers rättigheter. Det är särskilt viktigt nu i slutspurten inför 2015.
- Utrikesdepartementet och Sida förbättrar sina system för att kunna följa hur mycket och till vad SRHR-biståndet går.

Det finns ett brett folkligt stöd i Sverige, även i den svenska riksdagen, för kvinnors rätt att välja abort, för att ungdomar ska ha tillgång till preventivmedel och för att hbt-personer har samma rättigheter som heterosexuella. I de allra flesta givarländer saknas denna politiska konsensus. Sverige bör öka finansieringen till detta område eftersom inget annat land så okontroversiellt kan genomföra en sådan prioritering.

Det finns olika vägar att gå för att på kort sikt öka volymen på stödet som går till SRHR. Det är möjligt att öka volymen relativt snabbt genom att biståndet går till större globala organisationer och mekanismer, så som till exempelvis GAVI<sup>26</sup> som fick 250 miljoner kronor som en del av den nya satsningen på ungdomar och barn. En annan väg är genom det bilaterala utvecklingssamarbetet. Sverige ger

<sup>26</sup> GAVI är en organisation som arbetar med vaccinationsfrågor.

idag bistånd i form av hälsosektorstöd till enbart Zambia, Uganda, Guatemala och Bangladesh. För att öka stödet inom ramen för det bilaterala biståndet måste antingen fler länder få hälsosektorstöd eller så måste biståndet i dessa fyra länder öka. Att bredda stödet till fler länder tar tid eftersom samarbetsstrategierna måste skrivas om och nya samarbeten etableras. I de fyra länder där Sverige har samarbete inom hälsoområdet finns det ett fortsatt stort behov av att satsa på kvinnors hälsa.

Då en stor del av stödet till SRHR går genom hälsosektorn är det oroande att många givare, däribland Sverige, minskar sitt stöd till sektorn. Det är givetvis möjligt att stödja arbetet med sexuella och reproduktiva rättigheter genom andra sektorer, och det är något som Sverige hävdar görs genom bland annat stöd till insatser inom områdena MR, demokrati och jämställdhet. Vad som görs inom dessa områden måste dock bli tydligare. Det har inte gått att få fram en samlad information från de system som använts av Utrikesdepartementet och Sida idag.<sup>27</sup> Det är dock viktigt att det finns fungerande hälsosystem och att SRHR inom dessa har en självklar ställning. Sverige kan i sin dialog med samarbetsländer bli tydligare i vilka prioriteringar Sverige gör inom hälsa och SRHR.

► **Sverige bör fortsätta vara en stor biståndsgivare till insatser riktade till hiv- och aids.**

Sveriges röst och bistånd behövs också för att lyfta viktiga preventionsfrågor som till exempel ungdomars rätt till kondomer och sexualundervisning. Det är därför viktigt att Sverige fortsätter att finansiera hiv- och aidsarbete. Sverige måste fortsätta vara en aktiv aktör inom området. När nu stödet minskar riskerar Sverige även förlora inflytande. I de initiativ där Sverige aktivt deltar och verkar för integrering av hiv-frågor och reproduktiv hälsa är det viktigt att Sverige lyfter frågor om diskriminering och alla gruppers tillgång till service, preventivmedel och upplysning. Sverige bör med andra ord prioritera de områden inom SRHR där det svenska stödet kan göra mest skillnad.

► **Utrikesdepartementet och Sida bör ta fram bättre system för att kunna följa hur mycket och till vad SRHR-biståndet går.**

Det behövs ett bättre system som på ett lättförståeligt sätt kan redovisa hur mycket pengar som går till ett område. Sida behöver ta fram egna mätinstrument som kan vikta hur mycket inom respektive sektor som går till SRHR. RFSU har försökt göra en övergripande sammanställning som bygger på svenska politiska prioriteringar. Fortfarande har RFSU dock inte kunna inkludera stöd till området sexuellt våld eller hur mycket som går till sexuella och reproduktiva rättigheter inom sektorerna mänskliga rättigheter och demokrati. En öppenhet kring hur utvecklingssamarbetet är fördelat är viktigt ur demokratisk synvinkel, men också så att Utrikesdepartementet och Sida får kunskap om huruvida finansieringen stämmer överens med politiska prioriteringar.

<sup>27</sup> Den statistik som presenteras kring hbt-rättigheter i rapporten är framtagen manuellt av Sida,

<sup>26</sup> GAVI är en organisation som arbetar med vaccinationsfrågor.

Tabell 4. Sveriges samlade bistånd till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter					
	2006	2007	2008	2009	2010
Sida	SEK	SEK	SEK	SEK	SEK
<b>Reproduktiv hälsa och rättigheter</b>					
13010 Befolkningspolitik och förvaltning	7 842 753	11 545 005	10 014 378	0	0
13020 Reproduktiv hälsa	279 622 740	263 863 949	209 781 552	225 696 705	247 354 731
13081 Personalutbildning befolkningsfrågor	0	0	0	460 349	286 233
<b>Total Reproduktiv hälsa</b>	<b>287 465 493</b>	<b>275 408 954</b>	<b>219 795 930</b>	<b>226 157 054</b>	<b>247 640 964</b>
<b>Hbt</b>					
Hbt och rättigheter	3 900 000	11 500 000	17 900 000	23 600 000	40 637 222
<b>Totalt hbt</b>	<b>3 900 000</b>	<b>11 500 000</b>	<b>17 900 000</b>	<b>23 600 000</b>	<b>40 637 222</b>
<b>Hiv och aids</b>					
13040 Sexuellt överf. sjukd. hiv och aids	465 868 069	365 399 747	372 695 190	357 068 483	305 660 672
16064 Sociala konsekvenser hiv och aids	111 270 402	194 870 335	159 466 191	211 531 531	143 389 830
<b>Total hiv och aids</b>	<b>577 138 471</b>	<b>560 270 082</b>	<b>532 161 381</b>	<b>568 600 014</b>	<b>449 050 502</b>
<b>Sektor hälso- och sjukvård</b>					
12110 Hälso- och sjukvårdspolitik (10%)	20 788 820	24 311 449	22 486 683	15 721 535	8 894 998
12220 Grundl. Hälso- och sjukvård (25%)	106 047 864	117 445 470	106 795 432	102 238 326	70 847 556
12230 Grundl. infra. för sjukvård (25%)	2 010 449	2 134 468	2 527 895	36 619	0
12240 Grundläggande nutrition (75%)	4 078 682	2 434 207	5 959 754	4 890 307	4 935 416
12261 Hälsoupplysning (25%)	2 852 538	1 799 544	534 134	2 503 033	0
12281 Utbildn. sjukvårdspersonal (25%)	10 827 811	7 949 634	7 013 749	2 559 183	0
<b>Total Hälso- och sjukvård</b>	<b>146 606 163</b>	<b>156 074 771</b>	<b>145 317 648</b>	<b>127 949 003</b>	<b>84 677 970</b>
<b>Utbildning</b>					
11220 Primärutbildning (10%)	28 620 000	25 130 000	43 910 000	46 750 000	58 630 000
11230 Grundläggande livkunskap(10%)	5 990 000	2 730 000	8 570 000	5 150 000	4 720 000
11230 Utbildn. av förskolebarn (10%)	60 000	150 000	20 000	0	0
11320 Sekundär utbildning (10%)	2 260 000	650 000	870 000	810 000	750 000
<b>Total Utbildning</b>	<b>36 930 000</b>	<b>28 660 000</b>	<b>53 370 000</b>	<b>52 710 000</b>	<b>64 100 000</b>
<b>Forskning</b>					
Sexuell reproduktiv hälsa och rättigheter undersökning (hiv och aids)	55 000 000	55 000 000	89 500 000	80 294 000	56 430 000
<b>Total forskning</b>	<b>55 000 000</b>	<b>55 000 000</b>	<b>89 500 000</b>	<b>80 294 000</b>	<b>56 430 000</b>
<b>Total SRHR</b>	<b>1 107 040 127</b>	<b>1 086 913 807</b>	<b>1 058 044 959</b>	<b>1 079 310 071</b>	<b>942 536 658</b>
<b>Total biståndsanslag (utfall)</b>	<b>15 263 196 000</b>	<b>15 368 831 000</b>	<b>14 545 730 000</b>	<b>15 631 553 000</b>	<b>14 240 391 000</b>
<b>SRHR % av Sidas biståndsanslag</b>	<b>7.3%</b>	<b>7.1%</b>	<b>7.3%</b>	<b>6.9%</b>	<b>6.6%</b>

	2006	2007	2008	2009	2010
Utrikesdepartementet	SEK	SEK	SEK	SEK	SEK
<b>Reproduktiv hälsa och rättigheter</b>					
13020 Reproductiv hälsa	0	0	1 849 000	1 090 592	0
13010 Befolkningspolitik och förvaltning	0	40 000	0	724 000	3 950 000
UNFPA	400 000 000	405 000 000	400 000 000	450 000 000	423 500 000
UNICEF ( 9% 2006, 2007, 8% 2008, 2009, 2010)	39 600 000	40 050 000	36 800 000	44 800 000	37 680 000
UNDP (7.5% 2006 och 2007, 8% 2008, 2009, 2010)	59 250 000	60 000 000	57 600 000	57 600 000	50 400 000
(WHO 7,18% 2006, 9% 2007, 2008, 2009, 2010)	2 476 597	2 791 980	2 693 070	3 649 410	3 255 570
WB (2%)	34 541 160	31 379 040	35 343 320	34 721 940	35 096 700
UNIFEM (9%)	2 250 000	2 340 000	1 980 000	2 340 000	2 340 000
<b>Total Reproductiv hälsa</b>	<b>538 117 757,4</b>	<b>541 601 020</b>	<b>536 265 390</b>	<b>594 925 942</b>	<b>556 222 270</b>
<b>Hiv och aids</b>					
13040 Sexuellt överför. sjukd. hiv och aids	0	11 215 000	3 500 000	0	0
16064 Sociala konsekvenser hiv och aids	0	474 000	0	0	0
Unaids	240 000 000	222 000 000	242 000 000	290 000 000	266 000 000
Globala Fonden tb, malaria, hiv och aids (56%)	336 000 000	240 240 000	369 600 000	375 200 000	280 000 000
Technical support (UNAIDS, WHO, Global fund)	40 000 000	40 000 000	0	0	0
3 by 5 initiative	80 000 000	80 000 000	0	0	0
<b>Total hiv och aids</b>	<b>696 000 000</b>	<b>593 929 000</b>	<b>615 100 000</b>	<b>665 200 000</b>	<b>546 000 000</b>
<b>Sektor hälso- och sjukvård</b>					
12220 Grundl. Hälso- och sjukvård (25%)				46 713	0
<b>Total Hälso- och sjukvård</b>				<b>46 713</b>	<b>0</b>
<b>Forskning</b>					
Population Council, IAVI och IPM	60 000 000	60 000 000	0	0	0
<b>Total forskning</b>	<b>60 000 000</b>	<b>60 000 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Utbildning</b>					
11320 Sekundär utbildning (10%)	0	0	610 900	655 628	630 698
<b>Total Utbildning</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>610 900</b>	<b>655 628</b>	<b>630 698</b>
<b>Total SRHR via Utrikesdepartementet</b>	<b>1 234 117 757</b>	<b>1 135 530 020</b>	<b>1 151 976 290</b>	<b>1 260 781 570</b>	<b>1 102 852 968</b>
<b>Total SRHR</b>	<b>2 401 157 884</b>	<b>2 282 443 827</b>	<b>2 210 021 249</b>	<b>2 340 138 354</b>	<b>2 045 389 626</b>



