

SEX ÄR POLITIK

- MEN VAR ÄR PENGARNA?

EN GRANSKNING AV FINANSIERINGEN AV SEXUELL OCH RE-
PRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER INOM DET SVENSKA
UTVECKLINGSSAMARBETET.

RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) 2010

Text: Julia Schalk

Research: Julia Schalk, Olle Wängborg, Victor Bernhardt (2006 års statistik)

RFSU är en politiskt och religiöst obunden ideell organisation med syfte att sprida en kunskapsbaserad och öppen syn på samlevnads- och sexualfrågor. RFSU utgår från övertygelsen om sexualitetens och samlevnadens centrala roll för individ och samhälle. RFSU har ett frihetsperspektiv och rättighetsperspektiv på sexualiteten som utgår från allas frihet att vara, frihet att välja och frihet att njuta. RFSU har länge varit internationellt engagerade i projekt och påverkansarbete kring sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR. 1986 startades RFSU:s första internationella samarbete med ett skolflickscenter i Tanzania för unga gravida kvinnor som blivit avstängda från skolan. På 1950-talet var RFSU med och grundade den globala familjeplaneringsorganisationen International Planned Parenthood Federation, IPPF. Idag samarbetar RFSU med SRHR-organisationer i bland annat Bangladesh, Kambodja, Indien, Bolivia, Georgien, Malawi, Libanon, Kongo, Zambia, Uganda, Kenya och Tanzania.

RFSU är en medlemsorganisation — stötta RFSU:s arbete genom att bli medlem.

SAMMANFATTNING

Globalt sett fattas det idag sex miljarder US dollar i biståndsmedel till området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR). 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 enbart preventivmedel och kunskap om hur man skyddar sig mot oönskade graviditeter behöver fördubblas till 2015.

Sveriges regering har prioriterat SRHR sedan 2004. I förhandlingar i FN och EU tar Sverige ofta ställning för individers rätt till att bestämma över sin kropp och sexualitet. Det är bra att Sverige vågar vara modig i politiska förhandlingar. Men mellan 2006 och 2008 minskade det svenska biståndet till SRHR med 130 miljoner. Samtidigt har den totala biståndsvolymen ökat vilket innebär att procentandelen har minskat från 8 till 7 procent under samma period. De finansiella prioriteringarna stämmer alltså inte överens med vad som sägs politiskt.

Enbart stödet till mödrahälsovård, preventivmedelsrådgivning och säkra aborter, dvs. reproduktiv hälsa och rättigheter, har minskat med nästan 18 miljoner kronor mellan 2006 och 2008. Det innebär att andelen som går till reproduktiv hälsa och rättigheter minskar från 2,6 till 2,4 procent mellan 2006 och 2008. För ett land som inför toppmötet om uppföljning av FN:s millenniemål i september 2010 säger sig vilja prioritera millenniemål 5 är det inte en trovärdig politik.

En positiv trend är att stödet till homo- bis sexuella och transpersoner (hbt-personer) ökar. Fortfarande är dock andelen av utvecklingssamarbetet som riktas mot detta område försvinnande litet.

Under arbetet med att ta fram denna rapport har det varit tydligt att det, trots stor vilja och hjälpsamhet, är tidskrävande och svårt för myndighetshandläggare 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. Sida och UD behöver ta fram egna mätinstrument som kan vikta hur mycket inom olika sektorer som går till SRHR. Styrningen av Sida behöver också bli tydligare så att politiska prioriteringar bättre överensstämmer med finansiella.

RFSU VILL ATT

- Minst 10 procent av utvecklingssamarbetet går till SRHR.
- Finansiella prioriteringar inom utvecklingssamarbetet fokuserar 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 fortsätter vara en stor biståndsgivare till insatser riktade mot hiv och aids.
- UD och Sida tar fram bättre system för att kunna följa hur mycket och till vad SRHR-biståndet går.

SYFTE

Sverige är bra på att stå upp för SRHR i politiska sammanhang. I FN leder Sverige tillsammans med några få andra länder arbetet med att säkerställa att människors rätt till sin egen kropp och sexualitet erkänns i texter och resolutioner. Det är ingen lätt kamp. Motståndet är stort. SRHR är en högpolitisk fråga inom EU och i FN.

RFSU kräver att minst 10 procent av det svenska biståndet ska gå till SRHR. Men hur ser den faktiska prioriteringen ut i pengar? RFSU vill ta reda på hur mycket och vad som finansieras. När regeringen säger att de vill prioritera MDG 5 inför FN:s toppmöte om millenniemål, vad betyder det i reell finansiering? Finns det ett finansiellt tryck bakom orden?

Under arbetet med att ta fram denna rapport har det framkommit att UD och Sida har svårt att få en överblick av hur stora delar av utvecklingsarbetet som går till SRHR och enskilda områden. Det är RFSU:s förhoppning att rapporten därför ska ses som ett underlag till fortsatt dialog om finansieringen till SRHR. Då det är första gången både UD:s och Sida:s bistånd till området sammanställs på det här sättet tar RFSU gärna emot förslag på fler metoder för att insamla och redovisa statistiken så att användningsområdet för politiker och handläggare på Sida och UD fördjupas.

METOD

Varje år skickar Sida och UD in statistik till OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) över hur mycket bistånd som går till olika områden. Dessa rapporteras in efter ett kodsysteem. En stor del av underlaget till RFSU:s uträkningar utgår från den statistik som Sida och UD skickat in till OECD.

Vissa insatser är uteslutande arbete som kan inkluderas inom begreppet SRHR. Det gäller till exempel de koder som finns för reproduktiv hälsa och STI-prevention. De är inkluderade utan justeringar. Dessutom finns olika koder för mer generella insatser som stöd till utbildning och hälsa. Även insatser inom dessa områden kan innehålla SRHR-komponenter. Ett holländskt forskningsinstitut NIDI (The Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute) har gjort viktningar som beskriver hur stor andel av till exempel stödet till hälso-personal som kan räknas som SRHR. RFSU har använt sig av NIDIs procent-satser. Av det totala stödet till exempelvis hälso-personal räknas alltså 25 procent som bistånd till SRHR. Stödet till området nutrition är till stor del stöd till amning och är därför är 75 procent inkluderat i SRHR-statistiken.

Utöver Sidas bilaterala stöd ger UD basbidrag till flera multilaterala organisationer. Stödet till de organisationer som uteslutande arbetar med SRHR som UNFPA, eller hiv och aids som UNAIDS räknas som SRHR-bistånd i sin helhet. Till andra organisationer som till exempel UNICEF och Världsbanken, som bara delvis arbetar med SRHR, använder sig RFSU av viktningar som även här tagits fram av NIDI. 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.

Utav bidraget till Globala Fonden mot hiv/aids tuberkulos och malaria räknas endast 56 procent som SRHR. Det är den andel som fonden själv uppger vara stöd till hiv och aids. Bidraget är även baserat på flera år och RFSU har därför utgått från de budgeterade utbetalningarna varje år.

UD rapporterade inte in år 2006 till OECD enligt den kodmall som senare använts. Istället 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, som RFSU inte fått vetskap om, inte är inkluderat i statistiken.

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

En del av finansieringen av forskning kring SRHR och hiv fördes mellan 2007 och 2008 över till Sida från UD. 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 från 20 miljoner kronor.

Tyvärr har RFSU inte heller kunnat granska hur mycket av 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.

Rapporten granskar de finansiella flödena till SRHR uppdelat på följande tematiska områden. Urvalet är bland annat gjort utefter de faktiska möjligheterna att följa finansieringen. Vissa områden är dock svåra att separera från varandra eftersom de är ömsesidigt gynnande till exempel prevention av oönskade graviditeter (reproduktiv hälsa) och prevention av hiv. Vissa områden saknas eftersom RFSU inte kunnat granska flödena, till exempel insatser riktade mot sexuellt våld samt sexualundervisning.

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 individer som visserligen vill bestämma över sin reproduktion men som inte nödvändigtvis vill planera en familj. I denna rapport används dock ordet familjeplanering eftersom FN mäter fördelningen av biståndet enligt denna term.

- Reproduktiv hälsa och rättigheter, det vill säga insatser som är riktade till mödrahälsovård, preventivmedel och rådgivning och det som internationellt sett kallas familjeplanering.
- Insatser riktade till arbete ned hiv och aids.
- Generellt hälsostöd
- Generellt utbildningsstöd
- Forskning inriktad till både hiv och aids samt reproduktiv hälsa.
- Homo-bi sexuella och transpersoners rättigheter.

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

- 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 är några av utgångspunkterna i arbetet för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter, SRHR.

Rent konkret innebär det bland annat att:

Kvinnor inte ska dö av en graviditet. Komplikationer till följd av en graviditet är den främsta dödsorsaken för flickor mellan 15 och 19 år i fattiga länder. Orsakerna kan vara komplikationer under en graviditet, under eller efter en förlösning eller ett resultat av en osäker abort.¹

Alla människor oavsett om de är homo-, bi-, heterosexuella eller transpersoner ska kunna leva öppet utan att diskrimineras. Mer än 85 länder i världen kriminaliserar sex mellan personer av samma kön.² 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.³

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 därför efter att ha gjort en osäker abort.⁴ 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 konventioner.

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 sexualupplysning. 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.

VARFÖR MINST 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 moralkonservativa aktörer. Denna situation gäller även inom EU, där framför allt länder som Malta, Polen och Irland är aktiva i arbetet mot abort. Som en stor biståndsgivare har Sverige mer tyngd bakom argumenten.

Sverige har, till skillnad från de flesta andra länder, ett stort folkligt och parlamentariskt stöd att driva SRHR-frågor. Det innebär att Sverige har större möjligheter att driva dessa frågor än andra länder. 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 det är viktigt att Sverige tar ledningen för SRHR. Att avsätta minst 10 procent av den totala biståndsbudgeten är ett sätt att visa att SRHR är ett prioriterat område.

RFSU har länge 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.

Ursprungligen kommer kravet från 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 SRHR. Senast det hände var 2009 i Addis Abeba. Likaså har parlamentariska G8-möten i Edinburgh (2005), Berlin (2007) och Italien (2008) i sina deklARATIONER inkluderat kravet på att minst 10 procent av regeringars biståndsbudgetar ska gå till SRHR.

SVERIGES POLITIK OM SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

I slutet av 2005 antog regeringen *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*.⁵ 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 de viktiga samarbetsparterna i det svenska SRHR-arbetet.

I budgetpropositionen har sedan 2004 SRHR lyfts fram som en särskild satsning, antingen i sig själv eller under jämställdhetsarbetet. Det betyder att två olika regeringar har valt att prioritera SRHR i sitt arbete. I PGU-skrivelsen (2008 och 2010) lyfts SRHR fram som ett särskilt område under fokusområdet förtryck. 2008 skickade även biståndsmministern ut ett brev till alla ambassader där de uppmanades stärka att det politiska arbetet med SRHR.

Biståndet till SRHR kanaliseras via Utrikesdepartementet och Sida. UD:s 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.

UTVECKLINGSLÄNDERS BEHOV OCH DEN GLOBALA FINANSIERINGEN

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 mödrhälsövård. Andra hälften är insatser riktade till hiv- och aidsarbete (se tabell 1 för exakta siffror).⁶

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 1: Finansiella uppskattningar för implementering av FN:s handlingsplan från Kairo 1994 om befolkning och utveckling (milj dollar).⁷

	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.⁸ 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 0,5 – 21 procent.**⁹

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.¹⁰ Tyvärr har samtidigt **insatser riktade till familjeplanering gått ner** från 723 miljoner dollar år 1995 till 404 miljoner dollar år 2008.¹¹ Biståndsgivares åtagande för familjeplanering, när vi fortsätter räkna på en tredjedel av behovet, är ca 780 miljoner år 2009 samt 1,4 miljarder 2015 (se tabell 1). **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 mödravård tillsammans, än att bara satsa på mödravård. Genom att investera bredare sparar man 5,1 miljarder varje år i kostnader som annars skulle ha uppkommit för att ge vård i samband med graviditeter och förlossningar.¹²

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. Med den statistik vi har att tillgå kan vi komma fram till en grov uppskattning om att det skulle kosta 360 miljoner dollar för att alla kvinnor i utvecklingsländer som väljer att utföra en abort ska kunna göra det på ett säkert sätt.¹ 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.¹³

Det är de fattiga länderna själva som ger mest till SRHR. 2008 uppskattas att utvecklingsländernas sammanlagda finansiering till SRHR ligger runt ca 23,2 miljarder dollar.¹⁴ Men inte heller det är tillräckligt för att nå de två tredjedelar som de fattiga länderna åtagit sig att göra.

DEN SVENSKA FINANSIERINGEN TILL SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA OCH RÄTTIGHETER

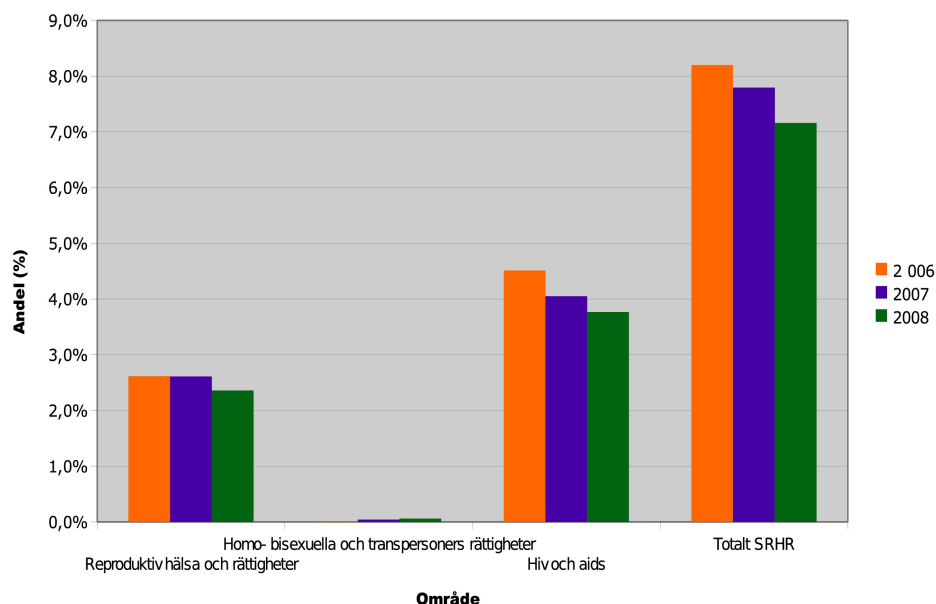
Totalt sett uppgick det svenska biståndet till SRHR till 2,3 miljarder år 2008. Detta inkluderar allt bistånd till hiv och aids, delar av sektorstöd till hälsa och utbildning, forskning, stöd till hbt-personers rättigheter samt stöd till reproduktiv hälsa och rättigheter dvs. till exempel mödravård, säkra aborter och preventivmedelsrådgivning.

Mellan 2006 och 2008 har det svenska biståndet till SRHR minskat med nästan

¹ 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 16-20USD/abort. Här har vi använt ett genomsnittspris på 18USD. Inräknat alla utförda aborter i utvecklingsländer blir då den totala kostnaden $35\ 000 \cdot 18 = 360\ 000\ 000$. Tar vi bara hänsyn till de säkra aborter som utförs hamnar kostnaden på $15,8 \cdot 18 = 284,4$ miljoner.

130 miljoner kronor. Samtidigt har den totala biståndsvolymen ökat från drygt 29 till nästan 32 miljarder under samma period vilket innebär att andelen som går till SRHR utav hela biståndsbudgeten har minskat från åtta till sju procent under samma period. De finansiella prioriteringarna stämmer alltså inte överens med vad som sägs politiskt. Det är viktigt att UD:s styrning av Sida blir tydligare så att myndighetens budgetprioriteringar bättre reflekterar politiska prioriteringar.

Andel (%) SRHR, uppdelat på områden, utav det totala svenska utvecklingssamarbetet



Minskat stöd till millenniemål 5

Mödrahälsovård, säkra aborter och preventivmedelsrådgivning, dvs. reproduktiv hälsa och rättigheter, är avgörande områden för att millenniemål 5 om minskad mödradödlighet ska uppfyllas. **Stödet till reproduktiv hälsa och rättigheter har minskat med nästan 18 miljoner kronor mellan 2006 och 2008. Det innebär att andelen som går till reproduktiv hälsa och rättigheter från minskar 2,6 till 2,4 procent mellan 2006 och 2008.** För ett land som inför toppmötet om uppföljning av FN:s millenniemål i september 2010 säger sig vilja prioritera millenniemål 5 är det inte en trovärdig politik.

Kvinnors rätt att välja säkra aborter förtjänar mer

Analyserar vi andelen som går till reproduktiv hälsa och rättigheter ytterligare kan vi se att ytterst lite av finansieringen går till att tillhandahålla 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 0,8 procent av det totala utvecklingssamarbetet kan användas som stöd till säkra aborter.**ⁱⁱ För att se exakt hur mycket som Sverige verkligen ger till säkra aborter krävs fortsatta studier.

Ökning till homo- och bisexuella samt transpersoners rättigheter

En mycket positiv trend är att Sidas stöd till homo- bisexuella och transpersoners rättigheter har ökat markant sedan 2006. Från nästan 4 till nästan 18 miljoner är ett bra steg i rätt riktning. Vi bör dock komma ihåg att ökningen innebär att stödet till hbt-personer går från 0,01 till 0,06 procent av det totala utvecklingssamarbetet. Hbt-personers rättigheter är ett område som knappt finansieras av andra givare och Sverige skulle kunna göra stor skillnad genom att

ⁱⁱ Uträkningen bygger på att allt stöd på 744 miljoner som går till reproduktiv hälsa, minus stödet till FN-organ på 496 miljoner (förutom Världsbanken och WHO). Kvar blir 248 miljoner. Biståndsbudgeten 2008 var nästan 32 miljarder.

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.

Minskat stöd till hiv och aids

Mellan 2006 och 2008 minskade det svenska stödet med nästan 125 miljoner. Tyvärr finns det även rapporter som visar att det globala stödet till hiv och aids kommer att minska.¹⁵ Det är viktigt att världen inte sviker de fattiga människor som nu fått tillgång till bromsmediciner, och de som ännu saknar måste få den vård och medicinering de har rätt till. Inom preventionsområdet finns fortfarande mycket kvar att göra. Sveriges röst och bistånd behövs också för att lyfta viktiga preventionsfrågor som till exempel ungdomars rätt till kondomer och sexualundervisning samt kvinnors särskilda utsatthet. Det är därför viktigt att fortsätta finansiera hiv- och aidsarbete. Finansiering av insatser riktade till hiv och aids får dock inte ske på bekostnad av andra viktiga områden inom SRHR, till exempel tillgång till preventivmedel. FN:s statistik visar att utav det globala behovet till SRHR så är hiv och aids respektive mödravård och familjeplanering lika stort. Fördelningen av finansieringen, globalt sett liksom i Sverige, bör följa detta behov. Det innebär självklart inte att finansiering till hiv ska minska utan att reproduktiv hälsa, inklusive tillhandahållandet av säkra aborter ska öka. Fördelningen av stödet till SRHR finns i tabell 2.

För en fullständig redovisning av fördelningen av biståndet till SRHR se tabell 3 på sidan 12.

Tabell 2: Fördelningen inom SRHR per område (%).

Område	2 006	2007	2008
Mödrahälsovård, preventivmedel, aborter	32%	33%	33%
Homo- bisexuella och transpersoners rättigheter	0,2%	0,5%	0,8%
Hiv och aids	55%	52%	53%
Forskning	5%	5%	4%
Sektorstöd till hälsa och utbildning	8%	9%	10%

Bättre strategier för ökat stöd till modiga organisationer

Utvecklingssamarbetet inriktas allt mer mot sektorstöd och budgetstöd. Syftet är att göra biståndet mer lätthanterligt för mottagarländerna samt följa de prioriteringar länderna själva gör och inte givares. Den demokratiska tanken bakom detta är god och RFSU stöttar naturligtvis alla försök som innebär att utvecklingssamarbete når fattiga människor på ett effektivt sätt. Vi bör dock komma ihåg att många av de mer kontroversiella frågorna inom SRHR-området som till exempel rätten till säker abort, sexuella rättigheter och ungdomars rätt till sexualundervisning är frågor som drivs av gräsrotsrörelser och motarbetas av vissa regeringar. Sida ger redan stöd till enskilda organisationer men för att nå resultat är det viktigt att det särskilt inom arbetet med SRHR finns en tydlig strategi för hur organisationer som vill förändra och förbättra kan få ökat stöd.

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. 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. Sida håller dock på att ta fram en utvärdering av biståndet till könsbaserat våld och förhoppningsvis kan då finansieringen av området sexuellt våld finnas med i nästa års statistik. RFSU har, som tidigare nämnts, 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. UD 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.

SLUTSATSER OCH REKOMMENDATIONER

Finansiella prioriteringar inom utvecklingssamarbetet bör 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. Regeringen har även prioriterat millenniemål 5 om minskad mödradödlighet inför toppmötet om uppföljning av FN:s millenniemål i september 2010. För att vara politiskt trovärdig måste finansieringen till dessa områden öka.

FN:s statistik visar att utav det globala behovet till SRHR så är hiv och aids respektive mödravård och familjeplanering lika stort. Fördelningen av finansieringen, globalt sett liksom i Sverige, bör följa detta behov. Det innebär självklart inte att finansiering till hiv ska minska utan att reproduktiv hälsa, inklusive tillhandahållandet av säkra aborter ska 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 bara två av många nödvändiga insatser. Men det är just i dessa frågor som Sverige har komparativa fördelar, dvs. en unik möjlighet att göra skillnad. Det finns ett brett folkligt stöd i Sverige, även i den svenska riksdagen, för kvinnors rätt att välja abort, att ungdomar ska ha tillgång till preventivmedel och att hbt-personer har samma rättigheter som heterosexuella. I de allra flesta givarländer saknas denna politiska konsensus. Sverige bör öka finansieringen till detta område för att inget annat land så okontroversiellt kan genomföra en sådan prioritering.

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.

UD 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 UD och Sida får kunskap om huruvida finansieringen stämmer överens med politiska prioriteringar.

Tabell 3: Svensk finansiering av sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter inom utvecklingsarbetet 2006 – 2008

Sida	2006	2007	2008
Reproduktiv hälsa och rättigheter			
13010 Befolkningspolitik och förvaltning	7 832 086	11 356 386	11 718 072
13020 Reproduktiv hälsa	216 328 679	211 806 272	196 423 064
<i>Total Reproduktiv hälsa</i>	<i>224 160 765</i>	<i>223 162 658</i>	<i>208 141 136</i>
Homo- bisexuella och transpersoners rättigheter			
Homo- bisexuella och transpersoners rättigheter	3 900 000	11 500 000	17 900 000
<i>Total homo- bisexuella och transpersoners rättigheter</i>	<i>3 900 000</i>	<i>11 500 000</i>	<i>17 900 000</i>
Hiv och aids			
13040 Sexuellt överf. sjukd, hiv och aids	519 542 072	431 264 394	422 469 520
16064 Sociala konsekvenser hiv och aids	99 641 223	161 920 797	152 295 261
<i>Total hiv och aids</i>	<i>619 183 295</i>	<i>593 185 191</i>	<i>574 764 781</i>
Sektor hälso- och sjukvård			
12110 Hälso- och sjukvårdspolitik (10%)	19 957 339	21 933 185	20 834 695
12220 Grundläggande Hälso- och sjukvård (25%)	121 933 068	135 065 542	125 811 006
12230 Grundläggande infrastruktur för sjukvård (25%)	1 918 894	2 134 468	2 527 895
12240 Grundläggande nutrition (75%)	4 078 682	1 736 185	5 512 325
12261 Hälsouppllysning (25%)	3 082 858	3 326 032	956 046
12281 Utbildning sjukvårdspersonal (25%)	10 800 689	7 949 634	7 411 920
<i>Total Hälso- och sjukvård</i>	<i>161 771 528</i>	<i>172 145 045</i>	<i>163 053 887</i>
Utbildning			
11220 Primärutbildning (10%)	27 499 300	30 806 700	47 466 200
11230 Grundläggande livskunskap(10%)	2 429 600	2 698 700	7 626 800
11240 Utbildn. av förskolebarn (10%)	6 500	100	0
11320 Sekundär utbildning (10%)	2 264 800	642 000	1 485 100
<i>Total Utbildning</i>	<i>32 200 200</i>	<i>34 147 500</i>	<i>56 578 100</i>
Forskning			
Forskning SRHR inklusive hiv och aids	55 000 000	55 000 000	89 500 000
<i>Total Forskning</i>	<i>55 000 000</i>	<i>55 000 000</i>	<i>89 500 000</i>
Utrikesdepartementet			
2006			
2007			
2008			
Reproduktiv hälsa och rättigheter			
13020 Reproduktiv hälsa	0	0	1 849 000
13010 Befolkningspolitik och förvaltning	0	40 000	0
UNFPA	400 000 000	405 000 000	400 000 000
UNICEF (9% 2006 och 2007, 8% 2008)	39 600 000	40 050 000	36 800 000
UNDP (7,5% 2006 och 2007, 8% 2008)	59 250 000	60 000 000	57 600 000
WHO (7,18% 2006, 9% 2007 och 2008)	2 476 597	2 791 980	2 693 070
WB (2%)	34 541 160	31 379 040	35 343 320
UNIFEM (9%)	2 250 000	2 340 000	1 980 000
<i>Total Reproduktiv hälsa</i>	<i>538 117 757</i>	<i>541 601 020</i>	<i>536 265 390</i>
Hiv och aids			
13040 Sexuellt överfö. sjukd, hiv och aids	0	131 215 000	3 500 000
16064 Sociala konsekvenser hiv och aids	0	474 000	0
Un aids	240 000 000	222 000 000	242 000 000
Globala Fonden tb, malaria, hiv och aids (56%)	336 000 000	240 240 000	369 600 000
technical support (UNAIDS, WHO, Global fund)	40 000 000	0	0
3 by 5 initiative	80 000 000	0	0
<i>Total hiv och aids</i>	<i>696 000 000</i>	<i>593 929 000</i>	<i>615 100 000</i>
Forskning			
Population Council, IAVI och IPM	60 000 000	60 000 000	0
<i>Total Forskning</i>	<i>60 000 000</i>	<i>60 000 000</i>	<i>0</i>
Utbildning			
11320 Sekundär utbildning	0	0	610 900
<i>Total Utbildning</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>610 900</i>
Total SRHR Sida och Utrikesdepartementet			
Reproduktiv hälsa och rättigheter	762 278 522	764 763 678	744 406 526
Homo- bisexuella och transpersoners rättigheter	3 900 000	11 500 000	17 900 000
Hiv och aids	1 315 183 295	1 187 114 191	1 189 864 781
Sektorstöd hälsa och utbildning	193 971 728	206 292 545	220 242 887
Forskning	115 000 000	115 000 000	89 500 000
Totalt SRHR	2 390 333 546	2 284 670 414	2 261 914 194
Totalt svenskt bistånd inrapporterat till OECD DAC	29 161 000 000	29 320 000 000	31 607 000 000

FOTNOTER

- ¹ UNFPA, *No woman should die giving life*, 2008.
- ² RFSL, *HBT i utveckling* s. 33, 2008.
- ³ Guttmacher and UNFPA, *Adding It Up The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009.
- ⁴ Guttmacher, *Abortion worldwide: A decade of Uneven Progress*, 2009.
- ⁵ Utrikesdepartementet, *Sveriges internationella politik för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*, 2006
- ⁶ 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 2010.
- ⁷ *ibid.* s 15
- ⁸ *ibid.* s. 4
- ⁹ *ibid.* s. 5-6
- ¹⁰ Läkare Utan Gränser, *No time to quit : HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*, 2010.
- ¹¹ 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.
- ¹² Guttmacher and UNFPA, *Adding It Up The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, 2009
- ¹³ Vlassoff, Sherer, Walker and Lucas, *IDS Research Reports: Economic Impact of Unsafe Abortion-Related Morbidity and Mortality: Evidence and Estimation Challenges*, 2008
- ¹⁴ 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
- ¹⁵ Läkare Utan Gränser, *No time to quit : HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*, 2010.