

Begrundelse

Danmark var på befolkningskonferencen i Cairo en af hovedfortalerne for integration af seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder på tværs af udviklingssektorer. Af Danidas befolkningsstrategi fra 1994 fremgår, at dette også er Danmarks strategi på det bilaterale område, altså at området befolkning og udvikling har høj politisk prioritering.

Svar (17/1 97)**Ministeren for udviklingsbistand (Poul Nielson):**

Danmarks udviklingsbistand gennemføres på baggrund af en række tværgående strategier og sektorpolitikker. Disse udmøntes for program-samarbejdslandenes vedkommende i landestrategierne.

Den overordnede strategi blev fastlagt i 1994 i »En verden i udvikling – strategi for dansk udviklingspolitik frem mod år 2000«. Der er endvidere udarbejdet politikker for, hvorledes tværgående emner såsom fattigdom, miljø, kvinder samt menneskerettigheder og demokrati indarbejdes i den danske bistand. For en lang række sektorer foreligger sektorpolitikker, og i relation til det stillede spørgsmål kan fremhæves udarbejdelsen i 1995 af en sektorpolitik for sundhed.

Sektorpolitikken for sundhed udstikker klare retningslinier for inddragelsen af seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder i Danidas støtte til sundhedssektoren. Af sektorpolitikken fremgår det, at Danida vil støtte udviklingen og gennemførelsen af modtagerlandenes politikker og strategier relateret til seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder. Det fremgår ligeledes, at Danida vil lægge vægt på, at de sundhedsydelse, som er relateret til reproduktiv sundhed, bliver en integreret del af ydelserne inden for den primære sundhedstjeneste. Endvidere peger sektorpolitikken på, at befolkningen bør stilles frit i forhold til brugen af familieplanlægningsydelse. Endelig lægges der vægt på, at Danida skal være med til at sikre kvinder, mænd og unge, herunder især unge piger, øget adgang til reproduktive sundhedsydelse.

Sektorpolitikken for sundhed har sammen med de respektive landestrategier dannet grundlaget for udformningen af Danidas indsats inden for sundhedssektoren i de program-

samarbejdslande, hvor sundhed er valgt som indsatsområde.

Spm. nr. S 979

Til ministeren for udviklingsbistand (8/1 97) af: **Jonna Grønver (V):**

»Vil ministeren oplyse,

- hvorledes reproduktiv sundhed er integreret i de landeprogrammer, hvor Danidas sundhedsprogrammer indgår som en væsentlig del af Danidas støtte,
- i hvor mange afrikanske lande reproduktiv sundhed er integreret i disse programmer, og
- i hvilke lande reproduktiv sundhed er integreret i landeprogrammet?»

Svar (17/1 97)**Ministeren for udviklingsbistand (Poul Nielson):**

Som nævnt i svaret på spørgsmål S 978 udstikker Danidas sektorpolitik for sundhed klare retningslinier for inddragelsen af seksuel og reproduktiv sundhed og rettigheder i Danidas støtte til sundhedssektoren. Disse retningslinier har selvsagt været anvendt ved udformningen af den danske indsats inden for sundhedssektoren i de programsamarbejdslande, hvor sundhed er valgt som indsatsområde: Bhutan, Ghana, Kenya, Indien, Mozambique, Tanzania, Uganda, Zambia og Zimbabwe.

F.s.v.a. landene i Afrika har den danske støtte i stigende omfang karakter af sektorprogrambistand. Sektorprogrambistanden er karakteriseret ved, at den danske indsats understøtter, og er en integreret del af modtagerlandets egen sundhedsreform og strategi. Den danske støtte er først og fremmest koncentreret om støtte til decentralisering af modtagerlandets primære sundhedstjeneste med det formål at bidrage til etableringen af en mere effektiv pakke af basale sundhedsydelse på distriktsniveau. En betydelig del af den danske støtte går således til at sikre befolkningens adgang til basale sundhedsydelse i relation til graviditet, det nyfødte barn, familieplanlægning, oplysning om og behandling af kønssygdomme og rådgivning i forbindelse med AIDS og seksuel adfærd.