Etiopia / Terveydenhuoltojärjestelmä, terveyspalveluiden saatavuus ja saavutettavuus

Ethiopia / Health care system, availability and accessibility of health services

**Kysymykset**

1. Minkälainen on Etiopian terveydenhuoltojärjestelmä? Onko julkisia palveluita saatavilla? Entä yksityisiä?
2. Onko terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa alueellisia eroja? Onko terveydenhuoltopalveluiden saavutettavuudessa ongelmia?

***Questions***

*1. What is the health care system in Ethiopia like? Are there public services available? What about private services?
2. Are there differences in the availability of health services between different regions? Are there problems in the accessibility of health services?*

## Minkälainen on Etiopian terveydenhuoltojärjestelmä? Onko julkisia palveluita saatavilla? Entä yksityisiä?

**Terveydenhuoltojärjestelmä**

Etiopian terveyssektoria ohjaa ja sääntelee maan terveysministeriö ja sen laatimat terveyspoliittiset viisivuotissuunnitelmat.[[1]](#footnote-1) Vuosina 1995-2015 Etiopiassa toteutettiin nelivaiheinen terveyssektorin kehittämisohjelma, jonka viisivuotisten kehityssuunnitelmien tavoitteena oli terveydenhuollon kapasiteetin kasvattaminen parantamalla infrastruktuuria ja kouluttamalla henkilökuntaa. Vuonna 2015 Etiopian hallitus käynnisti uuden kaksikymmenvuotisen terveyssektorin muutossuunnitelman, jonka tavoitteena on rakentaa terveysjärjestelmän kapasiteettia ja edistää universaalia terveydenhoitoa.[[2]](#footnote-2) Parhaillaan Etiopiassa toteutetaan aikavälille 2020-2025 laadittua toista terveyssektorin muutossuunnitelmaa (*Health Sector Transformation Plan II*). Sen kokonaistavoitteena on muun muassa parantaa väestön terveydentilaa vauhdittamalla edistystä kohti terveydenhoidon universaalia kattavuutta Etiopiassa.[[3]](#footnote-3) Alueelliset terveysvirastot toteuttavat kansallista terveyspolitiikkaa ja viisivuotissuunnitelmia osavaltiotasolla. Piirikuntatasolla (*woreda/district*) ensiasteen terveydenhoitoyksiköitä hallinnoivat paikallistason terveysviranomaiset.[[4]](#footnote-4)

Etiopian kolmiportainen terveydenhuoltojärjestelmä koostuu ensiasteen, toisen asteen ja kolmannen asteen terveydenhuollosta. Ensiasteen terveydenhuoltoon kuuluvat terveyspisteet (*health post*), terveyskeskukset ja ensiasteen sairaalat, jotka tarjoavat perustason terveyspalveluita paikallistasolla. Yksi terveyskeskus palvelee maaseutualueilla noin 15 000 - 20 000 ihmistä ja urbaaneilla alueilla noin 40 000 ihmistä.[[5]](#footnote-5) Maaseutualueilla jokaisen terveyskeskuksen alaisuudessa toimii viisi terveyspistettä, joista kukin tarjoaa valikoituja perustason terveyspalveluita kylätasolla noin 3000-5000 ihmiselle.[[6]](#footnote-6) Yksi ensiasteen sairaala palvelee noin 60 000 - 100 000 ihmistä.[[7]](#footnote-7) Ensiasteen sairaalat, terveyskeskukset ja terveyspisteet ovat yhteydessä toisiinsa lähetejärjestelmän kautta.[[8]](#footnote-8) Toisen asteen terveydenhuoltoon kuuluvat yleissairaalat, jotka tarjoavat sairaalahoitoa osavaltiotasolla. Yksi yleissairaala palvelee noin 1-1,5 miljoonaa ihmistä.[[9]](#footnote-9) Potilaat ohjataan ensiasteen sairaaloista toisen asteen yleissairaaloihin lähetteellä.[[10]](#footnote-10) Kolmannen asteen terveydenhuoltoon kuuluvat erikoissairaalat, jotka tarjoavat erikoissairaanhoitoa valtakunnan tasolla. Yksi erikoissairaala palvelee noin 3,5-5 miljoonaa ihmistä.[[11]](#footnote-11) Potilaat ohjataan toisen asteen yleissairaaloista kolmannen asteen erikoissairaaloihin lähetteellä.[[12]](#footnote-12)

Etiopian terveydenhuoltojärjestelmän pienin yksikkö on ensiasteen terveydenhoitoyksikkö (*Primary Health Care Unit*), joka koostuu maaseutualueilla terveyskeskuksesta ja sen alaisuudessa toimivista viidestä terveyspisteestä.[[13]](#footnote-13) Yksi ensiasteen terveydenhoitoyksikkö palvelee noin 25 000 ihmistä.[[14]](#footnote-14) Urbaaneilla alueilla ensiasteen terveydenhoitoyksiköt ovat tyypillisesti terveyskeskuksia.[[15]](#footnote-15) Etiopian terveyspalveluiden alimmalla tasolla ovat terveyspisteet, jotka tarjoavat rajallisia perustason terveyspalveluita paikallistasolla.[[16]](#footnote-16) Terveyspisteet toimivat yhteisöjen ensimmäisenä kontaktipisteenä terveydenhuoltojärjestelmään.[[17]](#footnote-17) Vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat ohjataan terveyspisteiltä lähetteellä terveyskeskukseen.[[18]](#footnote-18) Etiopiassa ensiasteen terveydenhoitoyksikkö on parhaiten saavutettavissa oleva palveluyksikkö väestölle ja ensisijainen perustason terveyspalveluiden tarjoaja etenkin maaseutuyhteisöille.[[19]](#footnote-19)

Etiopiassa ensiasteen terveydenhuollon keskiössä on terveydenhuollon laajentamisohjelma (*Health Extension Program*), joka alkoi vuonna 2003.[[20]](#footnote-20) Sen tarkoituksena on parantaa perustason terveyspalveluita ja niiden saatavuutta etenkin maaseutualueilla sekä tuoda palvelut lähemmäksi paikallisyhteisöjä.[[21]](#footnote-21) Laajentamisohjelman puitteissa Etiopiassa on koulutettu naispuolisista paikallisyhteisöjen jäsenistä terveystyöntekijöitä (*health extension workers*), jotka tarjoavat valikoituja perustason terveyspalveluita terveyspisteillä ja yhteisöissä. Jokaiselle terveyspisteelle on sijoitettu kaksi terveystyöntekijää palvelemaan noin 3000-5000 ihmistä.[[22]](#footnote-22) Etiopiassa terveyspisteillä työskentelee yhteensä noin 42 000 naispuolista valtion palkkaamaa terveystyöntekijää.[[23]](#footnote-23)

Vuonna 2007 Etiopiaan perustettiin lääkkeiden rahoitus- ja hankintavirasto (*Pharmaseutical Fund and Supply Agengy*) säätelemään lääkkeiden toimitusketjuja, edistämään lääkkeiden hankintaa ja jakelua sekä parantamaan lääkkeiden saatavuutta koko maassa.[[24]](#footnote-24)

**Terveydenhuollon yleinen saatavuus ja palvelutarjonta**

Etiopian terveysministeriön mukaan vuonna 2020 Etiopiassa oli 353 toimivaa sairaalaa, 3735 terveyskeskusta ja 17 550 terveyspistettä.[[25]](#footnote-25) Etiopian terveydenhuoltojärjestelmä koostuu julkisesta ja yksityisestä sektorista. Julkinen sektori, joka koostuu valtion ylläpitämistä terveydenhoitolaitoksista, vastaa noin 75-78 prosentista Etiopian terveyspalveluista.[[26]](#footnote-26) Vuoden 2022 marraskuussa Etiopian terveysministeriön rekisterissä oli 496 sairaalaa, joista 397 oli julkisia ja 91 yksityisiä; 3882 terveyskeskusta, joista 3807 oli julkisia ja 54 yksityisiä; sekä 18 069 terveyspistettä, joista 18 023 oli julkisia ja 33 yksityisiä.[[27]](#footnote-27) Lisäksi Etiopiassa toimii muun muassa yksityisiä klinikoita, hoitolaitoksia, laboratorioita ja apteekkeja.[[28]](#footnote-28) Yksityisten palveluntarjoajien joukossa on sekä taloudellista voittoa tavoittelevia että voittoa tavoittelemattomia toimijoita (kuten kansalaisjärjestöjä), jotka tarjoavat terveyspalveluita terveydenhuollon kaikilla tasoilla.[[29]](#footnote-29)

Lähteiden mukaan ensiasteen terveydenhoito tavoittaa potentiaalisesti noin 90 prosenttia Etiopian väestöstä.[[30]](#footnote-30) Universaalin terveydenhuollon toteutumista mittaavan palvelukattavuusindeksin (*UHC service coverage index*) perusteella keskeisten terveyspalveluiden kattavuus Etiopiassa on 43 prosenttia.[[31]](#footnote-31) Lähteiden mukaan palvelukattavuusindeksi Etiopiassa on alhainen.[[32]](#footnote-32) Universaali terveydenhuollon kattavuus toteutuu, kun kaikilla on pääsy laadukkaaseen terveydenhuoltoon ilman taloudellista riskiä.[[33]](#footnote-33)

Terveyspisteillä tarjottaviin palveluihin kuuluu perheterveyteen (kuten perhesuunnittelu, äitiys- ja lasten terveyspalvelut, rokotukset), tartuntatauteihin (kuten HIV, tuberkuloosi, malaria), hygieniaan ja sanitaatioon sekä terveysneuvontaan liittyviä terveyspalveluita.[[34]](#footnote-34) Jokaisella terveyspisteellä työskentelee kaksi naispuolista terveystyöntekijää.[[35]](#footnote-35) Terveyskeskukset tarjoavat perustason ennaltaehkäiseviä ja parantavia terveyspalveluita. Terveyskeskuksessa henkilökunnan määrä on keskimäärin 20 työntekijää ja kapasiteetti noin 5 vuodepaikkaa.[[36]](#footnote-36) Ensiasteen sairaalat tarjoavat terveyskeskuspalveluiden lisäksi sairaalahoitoa, ambulanssipalveluita, hätäleikkauksia ja verensiirtopalveluita.[[37]](#footnote-37) Hoitoon kuuluu rutiinitoimenpiteitä ja leikkauspalvelut ovat rajallisia. Ensiasteen sairaalassa on ainakin neljä yleislääkäriä, sairaanhoitajia, laboratorioteknikko ja farmaseutti. Toisen asteen yleissairaalassa toimii ainakin kuusi erikoislääkäriä.[[38]](#footnote-38)

Etiopian julkisen terveysinstituutin vuonna 2018 julkaiseman palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan Etiopiassa 55 prosentilla sairaaloista ja terveyskeskuksista on valmius[[39]](#footnote-39) tarjota yleisiä terveyspalveluita. Saman arvioinnin mukaan 28 prosentilla sairaaloista, terveyskeskuksista ja terveyspisteistä on käytettävissään kaikki keskeisimmät lääkkeet ja kahdeksalla prosentilla kaikki tarvittavat perusvälineet. Korkeamman tason klinikoilla valmius ja varustelu ovat korkeammalla tasolla kuin alemman tason hoitolaitoksissa.[[40]](#footnote-40) Etiopian terveysministeriön mukaan ensiasteen terveyskeskuksissa keskeisten lääkkeiden saatavuusaste on 48 prosenttia. Terveysministeriön raportin tietojen mukaan 59 prosentissa hoitolaitoksista on saatavilla juoksevaa vettä ja 76 prosentissa sähköä.[[41]](#footnote-41) Palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan kahdella prosentilla hoitolaitoksista on käytössä tietokone internet-yhteydellä.[[42]](#footnote-42)

Vuonna 2018 julkaistun palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan hoitolaitoksista (sairaalat, terveyskeskukset ja terveyspisteet) 95 prosenttia tarjoaa perhesuunnittelupalveluita, 81 prosenttia rokotuspalveluita, 78 prosenttia synnytystä edeltävää hoitoa, 75 prosenttia alle 5-vuotiaiden lasten terveyspalveluita, puolet murrosikäisten terveyspalveluita, 27 prosenttia sukupuolitauteihin liittyviä terveyspalveluita ja 19 prosenttia HIV-testauspalveluita ja -neuvontaa. Saman lähteen mukaan 67 prosentissa hoitolaitoksista on saatavilla diagnostiikkaa ja hoitoa malariaan, 53 prosentissa kroonisiin hengitystiesairauksiin ja 49 prosentissa sydän- ja verisuonitauteihin. Sairaaloista ja terveyskeskuksista 57 prosentissa on saatavilla hoitoa tuberkuloosin, 53 prosentissa synnytyspalveluita, 36 prosentissa diagnostiikkaa ja hoitoa diabetekseen, 28 prosentissa hoitoa ja tukipalveluita HIV/AIDS:iin ja 17 prosentissa antiretroviraalihoitoa.[[43]](#footnote-43)

Etiopiassa on yksi mielenterveysongelmien hoitoon erikoistunut sairaala, ja mielenterveyden ammattilaisten (psykiatrit, mielenterveyteen erikoistuneet sairaanhoitajat, psykologit, sosiaalityöntekijät) määrä maassa on 0,68 ammattilaista 100 000 ihmistä kohti.[[44]](#footnote-44) Etiopian terveysministeriön mukaan vuonna 2019 26 prosenttia hoitolaitoksista oli integroinut mielenterveyspalvelut osaksi yleisiä terveyspalveluita.[[45]](#footnote-45)

Terveydenhuollon kehittämisohjelmissa Etiopia on priorisoinut etenkin äitiys- ja lapsien terveyspalvelut sekä tartuntatautien, kuten HIV:n, tuberkuloosin ja malarian ennaltaehkäisyn ja kontrolloinnin. Tarttumattomien sairauksien (*noncommunicable diaseases*) hoitoon kohdennetut resurssit ovat sen sijaan hyvin vähäiset.[[46]](#footnote-46) Tarttumattomien sairauksien osalta terveyspalveluiden saatavuus on hyvin rajallista ja hoitolaitosten valmius on alhainen.[[47]](#footnote-47) Etiopian terveydenhoitojärjestelmä on vähitellen siirtymässä kohti tarttumattomien tautien hoitoa niiden ollessa tasaisessa kasvussa, mutta muutos on hidasta, sillä terveyspalvelut on suunniteltu ensisijaisesti tartuntatautien, äitiys- ja lapsiterveyden sekä aliravitsemuksen hoitoon.[[48]](#footnote-48) Etiopiassa yleisimpiä tarttumattomia sairauksia ovat diabetes, astma, krooniset munuaissairaudet ja silmäsairaudet.[[49]](#footnote-49) Vuonna 2015 tarttumattomat sairaudet aiheuttivat 42 prosenttia kuolemista Etiopiassa.[[50]](#footnote-50)

Etiopian julkisen terveysinstituutin vuonna 2018 julkaiseman palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan Etiopiassa 43 prosentissa sairaaloista ja terveyskeskuksista on saatavilla perustason leikkaushoitoa. Lähes kaikki sairaalat ja 41 prosenttia terveyskeskuksista tarjoavat perustason leikkauspalveluita. 90 prosentissa sairaaloista on anestesiaan ja leikkauksiin koulutettua henkilökuntaa. Tehohoitoa on saatavilla 87 prosentissa lähetesairaaloista (ts. erikoissairaaloista), 55 prosentissa yleissairaaloista ja 12 prosentissa ensiasteen sairaaloista.[[51]](#footnote-51) Etiopian terveysministeriön mukaan eri puolilla maata on yhteensä 53 tehohoitoyksikköä.[[52]](#footnote-52) Lähes kaikki lähetesairaalat ja yleissairaalat sekä 67 prosenttia ensiasteen sairaaloista tarjoavat verensiirtopalveluita. Kaikki sairaalat ja terveyskeskukset tarjoavat hätäpalveluita.[[53]](#footnote-53)

Etiopiassa terveydenhuollon ammattilaisten määrä suhteutettuna väkilukuun on alhainen.[[54]](#footnote-54) Etiopiassa on pulaa lääkäreistä, kätilöistä, anestesialääkäreistä, farmaseuteista ja laboratorioteknikoista, minkä lisäksi lääkärit ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat jakautuneet epätasaisesti maan sisällä (ks. lisää kysymys 2.). Etenkin joillakin erikoisaloilla on pulaa henkilökunnasta.[[55]](#footnote-55) Etiopiassa terveydenhuollon henkilökunnan määrä on ollut kasvussa viimeisen vuosikymmenen ajan, mutta henkilökunnan määrä ei silti ole riittävä väkilukuun suhteutettuna.[[56]](#footnote-56) Etiopiassa on 1,16 terveydenhuollon ammattilaista (lääkäriä, sairaanhoitajaa ja kätilöä) 1000 ihmistä kohti, mikä on huomattavasti alhaisempi kuin WHO:n määrittelemä standardi (4,5 terveydenhuollon ammattilaista 1000 ihmistä kohti) universaalin terveydenhuollon saavuttamiseksi.[[57]](#footnote-57) Etiopiassa lääkärien määrä väkilukuun suhteutettuna on hyvin alhainen; maassa on 0,1 lääkäriä 1000 ihmistä kohti.[[58]](#footnote-58) Vuonna 2019 Etiopiassa oli yhtä lääkäriä kohden 24 000 ihmistä.[[59]](#footnote-59)

**Terveydenhuollon rahoitus, hintataso ja terveysvakuutukset**

Etiopian terveyssektoria rahoittavat valtio, ulkopuoliset lahjoittajatahot, terveyspalveluista maksavat kotitaloudet, yksityinen sektori ja yhteisöperustainen terveysvakuutusohjelma. Vuosina 2019/20 valtion osuus terveyssektorin rahoittamisesta oli 32 prosenttia, ulkopuolisten lahjoittajien 33,9 prosenttia, kotitalouksien 30 prosenttia, yksityisen sektorin 2,5 prosenttia ja yhteisöperustaisten terveysvakuutusten 0,9 prosenttia. Vuosina 2020/21 Etiopian ulkopuolelta tulevan rahoituksen osuus nousi 66 prosenttiin johtuen pääosin kasvaneesta COVID-19-pandemian hoitoon suunnatusta budjetista, jonka rahoittivat suureksi osaksi ulkopuoliset lahjoittajat.[[60]](#footnote-60)

Valtion varoista rahoitetaan noin kolmannes Etiopian terveyssektorin kuluista. Vuosina 2021/22 valtion julkisesta budjetista 9,7 prosenttia kohdennettiin terveyssektorille, mikä on vähemmän kuin Afrikan Unionin asettama tavoitetaso (15 %) julkisesta rahoitusosuudesta. Etiopiassa valtion osuus terveyssektorin rahoituksesta on suhteellisen alhainen, minkä seurauksena terveyspalveluista maksavilla kotitalouksilla on merkittävä rooli terveyskulujen rahoittamisessa. Etiopiassa kotitalouksien osuus terveyssektorin rahoituksesta on noin 30 prosenttia, mikä on huomattavasti korkeampi kuin maailman terveysjärjestö WHO:n suositus, jonka mukaan maksavien potilaiden rahoitusosuuden ei tulisi ylittää 15 prosentin kynnystä.[[61]](#footnote-61)

Etiopiassa julkinen terveydenhuolto ei ole lähtökohtaisesti maksutonta.[[62]](#footnote-62) Julkisessa terveydenhuollossa kaikille kansalaisille maksuttomia terveyspalveluita ovat äitiys-, vastasyntyneiden ja lasten terveyspalvelut, rokotukset, lepran ja tuberkuloosin hoito, HIV:n ja muiden sukupuolitautien hoito sekä malarian ja epidemialuontoisten tautien hoito.[[63]](#footnote-63)

Lääketieteen alan julkaisun mukaan Etiopian terveydenhuoltojärjestelmä kärsii alhaisesta rahoituksesta ja terveydenhuollon asiakkaille koituvista korkeista kuluista. Etiopiassa merkittävä osuus väestöstä on joutunut taloudellisesti katastrofaaliseen tilanteeseen johtuen terveyspalveluiden hinnasta.[[64]](#footnote-64) Etiopian terveysministeriön tietojen mukaan 4,2 prosentilla kotitalouksista terveydenhoitokulut ovat katastrofaalisella tasolla.[[65]](#footnote-65) Tammikuussa 2022 julkaistun lääketieteellisen artikkelin mukaan viime vuosina 46 prosentilla Etiopian maaseutukotitalouksista, jotka hakeutuivat terveydenhoitoon, terveydenhoitokulut ovat ylittäneet katastrofaalisena pidetyn 10 prosentin kynnyksen kotitalouden kokonaiskuluista.[[66]](#footnote-66) Vuonna 2015 kotitaloudet Etiopiassa käyttivät kokonaiskulutuksestaan keskimäärin 4,9 prosenttia terveydenhoidon kuluihin.[[67]](#footnote-67) Etiopian terveysministeriön raportin mukaan Etiopiassa terveydenhoidolta puuttuu standardihinta.[[68]](#footnote-68)

Etiopian hallitus otti vuonna 2012 käyttöön yhteisöperustaisen terveysvakuutuksen (*community-based health insurance*, CBHI) edistääkseen kaikkien kansalaisten ja etenkin köyhimpien ja haavoittuvimpien väestöryhmien yhdenvertaista pääsyä laadukkaaseen terveydenhoitoon.[[69]](#footnote-69) Vapaaehtoisessa terveysvakuutusohjelmassa jäsenet kokoavat vakuutusmaksuja kollektiiviseen rahastoon, jonka varoilla katetaan perusterveydenhoitokulut paikallisissa terveyskeskuksissa. Hallitus kattaa vakuutusmaksun väestön köyhimmälle kymmenykselle.[[70]](#footnote-70) Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan CBHI kattaa kaikki avohoito- ja sairaalahoitopalvelut terveyskeskuksessa ja sairaalatasolla, lukuun ottamatta hammashoitoa, silmälaseja ja kosmeettisia toimenpiteitä.[[71]](#footnote-71) WHO:n julkaisun mukaan CBHI kattaa ensiasteen terveydenhoidon lisäksi myös lähetepalvelut toisen ja kolmannen asteen terveydenhuollossa.[[72]](#footnote-72) Euroopan unionin turvapaikkaviraston MedCOI[[73]](#footnote-73)-palvelun selvitysten mukaan CBHI kattaa ainoastaan ensiasteen terveydenhoidon julkisissa hoitolaitoksissa eikä erikoissairaanhoito kuulu vakuutuksen piiriin.[[74]](#footnote-74) CBHI-ohjelman toteuttamisesta vastaa Etiopian terveysvakuutusvirasto (*Ethiopian Health Insurance Agency*).[[75]](#footnote-75)

Vuonna 2019 toteutetun Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan 28 prosenttia kotitalouksista (maaseudulla kotitalouksista 32 % ja urbaaneista kotitalouksista 19 %) kuuluu CBHI-vakuutuksen piiriin.[[76]](#footnote-76) Etiopian terveysministeriön mukaan 70 prosenttia Etiopian piirikunnista (*woreda/district*) on CBHI-ohjelman piirissä.[[77]](#footnote-77) Vuosina 2020/21 Etiopiassa 834 piirikuntaa[[78]](#footnote-78) tarjosi terveydenhoitoa CBHI-ohjelman kautta ja näillä alueilla noin 61 prosenttia ohjelmaan oikeutetuista kotitalouksista oli mukana ohjelmassa. Kyseisten piirikuntien alueilla noin 8,7 miljoonaa kotitaloutta oli kirjattu CBHI:n jäseniksi, joista 7 miljoonaa oli maksavia jäseniä ja 1,7 miljoonaa hallituksen tukemia vähävaraisia kotitalouksia.[[79]](#footnote-79)

Lähteiden mukaan CBHI-ohjelma on parantanut pääsyä terveyspalveluihin ja vähentänyt potilaille koituvia kuluja sekä tarjonnut taloudellista suojaa etenkin vähävaraisille ja maaseudun asukkaille.[[80]](#footnote-80) Etiopiassa vakuutuskattavuus väestön keskuudessa on kuitenkin varsin alhainen.[[81]](#footnote-81) Esimerkiksi heikko tietoisuus vakuutusohjelmasta yhteisöjen keskuudessa sekä vakuutusmaksujen haasteellinen kerääminen maaseudun haja-asutusalueilla ja liikkuvissa paimentolaisyhteisöissä luovat esteitä vakuutuksen saamiselle yhteisötasolla.[[82]](#footnote-82) Etiopian terveysministeriön mukaan CBHI-ohjelman toteuttaminen paimentolaisalueilla on riittämätöntä.[[83]](#footnote-83)

Etiopian terveysministeriön mukaan CBHI:n lisäksi muita toimia, jotka kohdistuvat terveydenhuoltoon pääsemisen taloudellisiin esteisiin, ovat muun muassa terveydenhoitomaksuista luopuminen köyhimpien kohdalla, vapautus maksuista valikoitujen keskeisten ensiasteen terveyspalveluiden kohdalla sekä yli 80 prosentin korvaus hoitokuluista julkisissa hoitolaitoksissa.[[84]](#footnote-84)

**Terveydenhuollon laatu ja terveysindikaattorit**

Lähteiden mukaan Etiopia on viimeisen kahden vuosikymmenen ajan johdonmukaisesti pyrkinyt vahvistamaan maan terveydenhuoltojärjestelmää ja parantamaan terveyspalveluita ja niiden saatavuutta sekä laajentanut terveydenhuollon infrastruktuuria.[[85]](#footnote-85) 2000-luvulla Etiopiaan on rakennettu uusia sairaaloita, terveyskeskuksia ja terveyspisteistä, minkä lisäksi terveydenhuollon henkilöstöresurssit ja valtion investoinnit terveydenhuoltoon ovat lisääntyneet.[[86]](#footnote-86) Terveydenhuollon toimipisteiden verkoston laajentaminen on edistänyt väestön pääsyä terveydenhoitoon.[[87]](#footnote-87)

Etiopiassa on saavutettu merkittäviä parannuksia terveydenhuollon tasoa ja väestön terveydentilaa mittaavissa terveysindikaattoreissa. Vuoteen 2019 mennessä väestön eliniänodote (65,5 vuotta) on noussut ja tartuntatautien, kuten tuberkuloosin, HIV:n ja malarian, esiintyvyys ja niiden aiheuttama kuolleisuus ovat laskeneet. Äitiyskuolleisuus, imeväiskuolleisuus sekä alle 5-vuotiaiden kuolleisuus ovat laskeneet huomattavasti.[[88]](#footnote-88) Sen sijaan vastasyntyneiden kuolleisuudessa ei ole tapahtunut merkittävää laskua. Äitiys- ja lapsien terveyspalveluiden kattavuus ja hyödyntäminen on lisääntynyt.[[89]](#footnote-89) Synnytystä edeltävää hoitoa saa 74 prosenttia naisista, 50 prosenttia synnytyksistä tapahtuu ammattilaisen avustamana ja 48 prosenttia synnytyksistä tapahtuu hoitolaitoksissa. Yksi vuotta täyttäneistä lapsista 43 prosenttia on saanut kaikki perusrokotukset.[[90]](#footnote-90) 19 prosentilla lapsista ei ole mitään rokotteita.[[91]](#footnote-91)

Etiopian terveydenhuollossa tapahtuneesta edistyksestä huolimatta Etiopiassa on WHO:n mukaan edelleen korkea sairastavuus ja kuolleisuus johtuen syistä, jotka olisivat estettävissä.[[92]](#footnote-92) Vuonna 2018 WHO raportoi, että Etiopiassa noin 80 prosenttia sairauksista johtuu estettävissä olevista tekijöistä, jotka liittyvät tartuntatauteihin, aliravitsemukseen sekä henkilökohtaiseen ja ympäristön hygieniatasoon.[[93]](#footnote-93) WHO:n vuoden 2017 julkaisun mukaan Etiopiassa yleisin kuolinsyy on keuhkokuume.[[94]](#footnote-94) Etiopian terveysministeriön raportissa siteeratun tutkimuksen mukaan vuonna 2015 Etiopiassa tapahtui kahdeksan miljoonaa estettävissä olevaa kuolemaa johtuen puutteellisesta pääsystä laadukkaaseen terveydenhoitoon. Riittämätön pääsy korkealaatuiseen terveydenhoitoon johtaa merkittävään kuolleisuuteen. Ennenaikainen kuolema ja alhainen elämänlaatu ovat edelleen merkittäviä terveys- ja kehityshaasteita Etiopiassa.[[95]](#footnote-95)

Edistyksestä huolimatta äitiys- ja lapsiterveyteen liittyvä sairastavuus ja kuolleisuus pysyvät korkeina Etiopiassa.[[96]](#footnote-96) Vastasyntyneiden kuolleisuus on korkealla tasolla, lasten ravitsemustaso on heikko ja rokotusluvut alhaiset.[[97]](#footnote-97) Maan terveysministeriön raportin mukaan yli 80 prosenttia vastasyntyneiden kuolemista aiheutuu syistä, jotka olisivat estettävissä ja hoidettavissa. Vaikka alle 5-vuotiaiden lasten kuolleisuus on laskenut, arviolta 189 000 alle 5-vuotiasta lasta kuolee vuosittain estettävissä oleviin lapsuusajan sairauksiin. Alle 5-vuotiaiden yleisimpiä kuolinsyitä ovat vastasyntyneiden kehityshäiriöt, ripuli, hengitystieinfektiot, tuhkarokko, malaria ja loukkaantumiset. Aliravitsemus on osatekijänä lähes puolessa alle 5-vuotiaiden lasten kuolemissa.[[98]](#footnote-98)

Lähteiden mukaan terveydenhoidon laatu Etiopiassa on riittämätöntä eikä se yllä optimaaliselle tasolle.[[99]](#footnote-99) Terveydenhuollon haasteita Etiopiassa ovat muun muassa terveydenhoitohenkilökunnan riittämätön pätevyys ja osaaminen, terveydenhuollon ammattilaisten liian vähäinen määrä ja epätasainen jakautuminen, heikosti koordinoitu lähetejärjestelmä terveydenhuollon kaikilla tasoilla, rajalliset taloudelliset resurssit sekä lääkkeiden ja lääketieteellisten tarvikkeiden ja välineiden puute.[[100]](#footnote-100) Ensiasteen terveydenhoitoyksiköissä haasteena on lisäksi muun muassa perusvarusteiden, kuten veden, sähkön, viestintälaitteiden ja sanitaatiotilojen puute.[[101]](#footnote-101) Monissa ensiasteen hoitolaitoksissa ei ole myöskään lääkäriä tarjoamassa hoitoa.[[102]](#footnote-102) Etiopian julkisen terveysinstituutin toteuttaman palveluiden valmius- ja saatavuusarvioinnin mukaan lähetesairaalat ovat muita hoitolaitoksia paremmin varusteltuja perusvarusteiden osalta.[[103]](#footnote-103) Etiopian terveysministeriön raportin mukaan kansalaisten yleinen luottamus ja tyytyväisyys terveyspalveluihin ja terveydenhuoltojärjestelmään on alhainen.[[104]](#footnote-104)

**Terveydenhuoltojärjestelmää kuormittavia tekijöitä**

YK:n lastenrahasto UNICEF:n mukaan COVID-19-pandemia on aiheuttanut terveyskriisin Etiopiassa. Vuonna 2020 alkanut pandemia on kuormittanut Etiopian terveydenhuoltojärjestelmää. Virus levisi laajamittaisesti väestön keskuudessa ja vaikutti kaikkiin osiin maata. Pandemian suoria vaikutuksia ovat olleet sairastavuus ja kuolleisuus COVID-19-viruksen takia. Lisäksi pandemia on vaikuttanut epäsuorasti terveyspalveluiden tarjontaan, sillä terveydenhoidon resursseja on siirtynyt pandemian hoitoon. UNICEF:n mukaan resurssien siirtyminen yhdistettynä yhteisöjen pelkoon käydä terveydenhuollon toimipisteissä on vaikuttanut eniten lapsiin. Selvitäkseen pandemian vaikutuksista Etiopian hallitus kasvatti terveyssektorin määrärahoja vuosina 2020/21. Etiopian terveyssektori on hyvin riippuvainen lahjoittajien rahoituksesta.[[105]](#footnote-105)

Pandemian lisäksi maan sisäiset konfliktit ja niiden aiheuttama laajamittainen maan sisäinen siirtyminen kuormittavat Etiopian terveydenhuoltojärjestelmää.[[106]](#footnote-106) Konfliktien seurauksena lukuisat sairaalat, terveyskeskukset ja terveyspisteet ovat vaurioituneet tai tuhoutuneet siten, että ne eivät kykene tarjoamaan terveyspalveluita väestölle (ks. lisää kysymys 2.). Konfliktialueilla osa perustason terveyspalveluista, mukaan lukien ensiasteen terveydenhoitopalvelut, rokotukset ja ravitsemusohjelmat kuten myös ennaltaehkäisevät ja parantavat sairaalapalvelut ovat häiriintyneet. Lisäksi viimeaikainen kuivuus sekä konfliktin ja kuivuuden aiheuttama aliravitsemus ja kasvava maan sisäinen siirtyminen johtavat heikkeneviin terveydellisiin seurauksiin.[[107]](#footnote-107) Myös luonnonkatastrofit ja ajoittaiset tautiepidemiat, kuten tuhkarokko, keltakuume ja kolera, kuormittavat Etiopian terveydenhuoltojärjestelmää.[[108]](#footnote-108)

UNICEF:n mukaan useat Etiopian terveydenhuoltojärjestelmää kuormittavat tekijät, kuten COVID-19-pandemian ja konfliktien yhteisvaikutukset, johtavat todennäköisesti terveysindikaattoreiden heikkenemiseen Etiopiassa. UNICEF:n vuoden 2022 julkaisun mukaan terveysindikaattoreita ei ole pystytty päivittämään Etiopiassa vuoden 2019 jälkeen, joten konfliktin ja kuivuuden terveysvaikutukset eivät ole vielä kokonaan tiedossa. UNICEF:n mukaan terveydenhuoltojärjestelmää kuormittavat tekijät voivat aiheuttaa negatiivisen käänteen positiivissa tuloksissa, joita Etiopian terveyssektorilla on saavutettu viimeisen 20 vuoden aikana.[[109]](#footnote-109)

## Onko terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa alueellisia eroja? Onko terveydenhuoltopalveluiden saavutettavuudessa ongelmia?

Lähteiden mukaan Etiopiassa terveyspalveluiden saatavuudessa ja hyödyntämisessä sekä terveysindikaattoreissa on alueellisia, sosioekonomisia ja sukupuolten välisiä eroja.[[110]](#footnote-110) Etiopian väkiluku on yli 100 miljoonaa ihmistä ja maassa elää yli 90 etnistä ryhmää.[[111]](#footnote-111) Terveyspalvelut jakautuvat epätasa-arvoisesti eri alueiden ja väestöryhmien kesken, ja terveysindikaattoreiden taso vaihtelee merkittävästi esimerkiksi osavaltion, asuinpaikan, sukupuolen, koulutuksen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Yleisesti ottaen urbaani väestö sekä lukutaitoiset ja varakkaammat väestöryhmät nauttivat Etiopiassa paremmista terveystuloksista kuin muut väestöryhmät.[[112]](#footnote-112)

Erot terveyspalveluiden hyödyntämisessä eri väestöryhmien välillä johtuvat tekijöistä kuten maantiede, asuinpaikka, koulutustaso ja varallisuus. Etiopian terveysministeriön raportin mukaan terveyspalveluiden hyödyntäminen Etiopiassa on alhaisella tasolla etenkin maaseutuväestön keskuudessa sekä sosioekonomisesti osattomien ryhmien, kuten paimentolaisyhteisöjen ja kouluttamattoman väestön keskuudessa. Raportin mukaan useat tekijät yhdessä rajoittavat terveyspalveluiden hyödyntämistä. Väärät käsitykset sairauksien syistä, seurauksista ja parannuskeinoista rajoittavat hakeutumista terveydenhoitoon. Myös erilaiset sosiokulttuuriset uskomukset ja käytänteet vaikuttavat suuresti terveyspalveluiden hyödyntämistä koskeviin päätöksiin. Terveydenhuollon toimipisteisiin liittyvät tekijät, kuten huono maantieteellinen saavutettavuus, lääkkeiden ja tarvikkeiden puuttuminen, epäpuhtaus, pitkät odotusajat sekä alhainen asiakastyytyväisyys ja luottamus terveydenhoitoon rajoittavat terveyspalveluiden hyödyntämistä. Lisäksi paikallisyhteisöjen vähäinen tietoisuus terveydenhuoltojärjestelmästä ja sen eri tasoilla saatavilla olevista palveluista johtavat terveyspalveluiden alhaiseen hyödyntämiseen.[[113]](#footnote-113)

Etiopiassa terveydenhuollon infrastruktuurin laajeneminen on parantanut terveydenhoidon maantieteellistä saavutettavuutta etenkin köyhälle ja maaseudun väestölle.[[114]](#footnote-114) Lähteiden mukaan terveyspalveluiden saatavuudessa ja terveysindikaattoreissa esiintyy kuitenkin alueellisia eroja kaupunki- ja maaseutualueiden välillä sekä eri osavaltioiden välillä.[[115]](#footnote-115) Etiopiassa lähes 80 prosenttia väestöstä asuu maaseudulla ja saa toimeentulonsa omavaraistaloudesta.[[116]](#footnote-116) WHO:n vuoden 2018 julkaisun mukaan ensiasteen terveydenhuolto tavoittaa Etiopiassa useimmat maaseutualueet.[[117]](#footnote-117) Vuonna 2015 WHO raportoi, että Etiopiassa 90 prosentilla maaseutuväestöstä on pääsy terveydenhoitoon korkeintaan kahden tunnin kävelymatkan etäisyydellä.[[118]](#footnote-118)

Etiopiassa kaupunkiväestö ja maaseutuväestö ovat eriarvoisessa asemassa pääsyssä terveydenhoitoon.[[119]](#footnote-119) Vuonna 2019 toteutetun Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan terveydenhoitoon pääseminen on vaikeampaa maaseutualueilla kuin urbaaneilla alueilla johtuen etäisyyksistä, vähäisistä kuljetusmahdollisuuksista ja asianmukaisten hoitolaitosten puutteesta. Väestö- ja terveystutkimuksen mukaan esimerkiksi synnytyksistä 70,4 prosenttia tapahtuu hoitolaitoksissa urbaaneilla alueilla, kun maaseutualueilla vastaava luku on 40 prosenttia. Synnytyksissä on myös todennäköisemmin mukana ammattitaitoinen synnytysavustaja urbaaneilla alueilla (72,1 %) kuin maaseutualueilla (42,5 %). Kotisynnytykset ovat yleisiä vaikeasti saavutettavilla alueilla. Urbaaneilla alueilla 84,5 prosenttia raskaana olevista naisista saa synnytystä edeltävää hoitoa, kun maaseutualueilla vastaava luku on 69,7 prosenttia.[[120]](#footnote-120) Etiopiassa vuonna 2018 toteutetun tutkimuksen mukaan maaseutuväestö hyödyntää sairaalapalveluita 1,5 kertaa vähemmän kuin kaupunkiväestö.[[121]](#footnote-121)

WHO:n mukaan terveydenhuollon ammattilaiset jakautuvat Etiopiassa epätasaisesti kaupunki- ja maaseutualueiden kesken. Erikoistuneimmat lääkärit toimivat urbaaneilla alueilla.[[122]](#footnote-122) Etiopian julkisen terveysinstituutin vuonna 2018 julkaiseman palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan hoitolaitokset ovat yleisesti ottaen paremmin varusteltuja urbaaneilla alueilla kuin maaseudulla. Myös hoitolaitosten valmius tarjota yleisiä terveyspalveluita on korkeammalla tasolla urbaaneilla alueilla (58 %) kuin maaseudulla (51%). Saman lähteen mukaan perustason leikkaushoidon saatavuus on parempi urbaaneilla alueilla (42 %) kuin maaseutualueilla (36 %).[[123]](#footnote-123)

Etiopian terveysministeriön mukaan terveyserot kaupunki- ja maaseutualueiden välillä ovat laajat.[[124]](#footnote-124) Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan vastasyntyneiden kuolleisuus, imeväiskuolleisuus ja alle 5-vuotiaiden kuolleisuus on korkeampaa maaseudulla kuin kaupungeissa. Lapset saavat todennäköisemmin kaikki perusrokotukset urbaaneilla alueilla (62 %) kuin maaseutualueilla (36 %).[[125]](#footnote-125) Lisääntymis- ja äitiysterveyspalveluiden sekä lasten ja vastasyntyneiden terveyspalveluiden kattavuus on johdonmukaisesti alhaisempi maaseutualueilla kuin urbaaneilla alueilla.[[126]](#footnote-126)

Lähteiden mukaan Etiopiassa vallitsee terveydellinen eriarvoisuus eri alueiden kesken. Terveyspalveluiden tarjonta ja saatavuus sekä terveysindikaattoreiden taso vaihtelevat Etiopian eri osavaltioissa.[[127]](#footnote-127) Myös terveydenhuollon resurssit, henkilökunta ja infrastruktuuri jakautuvat epätasaisesti osavaltioiden kesken.[[128]](#footnote-128)

Etiopian terveysministeriön rekisterin mukaan marraskuussa 2022 lukumäärällisesti eniten sairaaloita oli SNNPR:n (*Southern Nations, Nationalities and People’s Region*), Oromian ja Amharan osavaltioissa ja vähiten Afarin, Somalin ja Gambelan osavaltioissa. Terveyspisteitä oli lukumäärällisesti eniten SNNPR:n, Oromian ja Amharan osavaltioissa ja vähiten Afarissa, Gambelassa.[[129]](#footnote-129) Tigrayn osavaltiossa ei ollut toiminnassa yhtäkään terveyspistettä (ks. lisää alla).[[130]](#footnote-130)

Etiopian julkisen terveysinstituutin vuonna 2018 julkaiseman palveluiden saatavuus- ja valmiusarvioinnin mukaan hoitolaitosten valmius tarjota yleisiä terveyspalveluita on korkein pinta-alaltaan pienikokoisissa Dire Dawan (73 %), Hararin (70 %) ja Addis Abeban (69 %) osavaltiossa. Alhaisin valmiustaso on Gambelan (48 %), Oromian (51 %), Amharan (53 %) ja Benishangul Gumuzin (54 %) osavaltioissa. Saman lähteen mukaan hoitolaitosten varustelutaso on heikointa Oromiassa, Somaliosavaltiossa, SNNPR:n osavaltiossa, Benishangul Gumuzissa ja Gambelassa. Korkeimmalla tasolla hoitolaitosten varustelutaso on Addis Abebassa, Dire Dawassa ja Hararissa. Keskeisimpien lääkkeiden saatavuuden kannalta heikoin tilanne on Gambelan hoitolaitoksissa ja suotuisin tilanne on Dire Dawan hoitolaitoksissa. Perustason leikkaushoidon saatavuus on paras Gambelan (80 %) ja Addis Abeban (59 %) hoitolaitoksissa ja heikoin Dire Dawan (17 %), Hararin (25 %), Oromian (27%) ja Somaliosavaltion (28 %) hoitolaitoksissa. Tehohoitoa on saatavilla eniten Addis Abeban hoitolaitoksissa.[[131]](#footnote-131)

Etiopiassa vuonna 2018 toteutetun tutkimuksen mukaan terveyspalveluiden hyödyntäminen on alhaisinta Somaliosavaltiossa.[[132]](#footnote-132) Lääketieteellisen julkaisun mukaan esimerkiksi terveydenhuollon yhteisöllisten hankkeiden, kuten terveydenhuollon laajentamisohjelman, toteuttaminen Afarin, Benishangul Gumuzin, Gambelan ja Somalin osavaltioiden paimentolaisalueilla on vielä varhaisessa vaiheessa johtuen riittämättömästä kapasiteetista ja poliittisesta sitoutumisesta osavaltio- ja aluetasoilla. Tämä viive näkyy eriarvoisuutena pääsyssä terveydenhuoltoon ja mahdollisuudessa hyödyntää terveyspalveluita.[[133]](#footnote-133)

Lähteiden mukaan Etiopiassa terveyserot eri alueiden välillä ovat laajat.[[134]](#footnote-134) Vuonna 2019 toteutetun Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan vastasyntyneiden kuolleisuus, imeväiskuolleisuus ja alle 5-vuotiaiden lasten kuolleisuus ovat korkeimmalla tasolla Somaliosavaltiossa ja Benishangul Gumuzissa. Saman tutkimuksen mukaan kotisynnytykset ovat yleisimpiä Somaliosavaltiossa (76 %) ja Afarissa (71,6 %), missä ainoastaan 26 ja 30,6 prosentissa synnytyksistä on mukana ammattitaitoinen synnytysavustaja. Addis Abebassa sen sijaan 94,8 prosenttia synnytyksistä tapahtuu hoitolaitoksissa ja 95,7 prosentissa on mukana ammattitaitoinen synnytysavustaja. Synnytystä edeltävää hoitoa saavien raskaana olevien naisten osuus on alhaisin Somaliosavaltiossa (30,2 %) ja korkein Addis Abebassa (94 %). Perusrokotusten kattavuus on alhaisin Somaliosavaltiossa (19 %) sekä Afarissa (20 %) ja korkein Addis Abebassa (83 %).[[135]](#footnote-135) Etiopian terveysministeriön raportin mukaan todennäköisyys kuolla varhaislapsuudessa on suurin Somaliosavaltiossa, Benishangul Gumuzissa sekä Gambellassa ja epätodennäköisintä Addis Abebassa.[[136]](#footnote-136)

Minority Rights Groupin (MRG) raportin mukaan terveydenhuollon saralla tapahtunut edistys ei ole jakautunut Etiopiassa tasaisesti, vaan monilla vähemmistöillä ja marginalisoituneilla yhteisöillä, jotka elävät syrjäisillä ja vaikeasti saavutettavilla alueilla, ei ole pääsyä säännöllisiin terveyspalveluihin. Turvattomuus ja Pohjois-Etiopian konflikti (ks. lisää alla) vaikeuttavat tällaisten yhteisöjen tilannetta entisestään. MRG:n raportin mukaan Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen perusteella on nähtävissä, että alueet, joille useimmat maan paimentolais- ja vähemmistöryhmät ovat keskittyneet, erottuvat selkeästi heikompien terveystulosten alueina. Esimerkiksi äitiysterveyden kehitystulokset ovat kehnot vähemmistöryhmien ja etenkin paimentolaisyhteisöjen keskuudessa, mikä näkyy myös korkeana lapsikuolleisuutena.[[137]](#footnote-137)

Etiopiassa maan sisäiset konfliktit ovat vaikuttaneet terveydenhoidon saatavuuteen Tigrayn, Amharan, Afarin Oromian ja Benishangul Gumuzin osavaltioissa, missä yhteensä 4099 terveydenhoitolaitosta (805 terveyskeskusta, 70 sairaalaa ja 3324 terveyspistettä) oli vaurioitunut vuoden 2022 helmikuuhun mennessä maan terveysministeriön mukaan. Konfliktien seurauksena osa perustason terveyspalveluista, mukaan lukien ensiasteen terveydenhoitopalvelut, rokotukset ja ravitsemusohjelmat, kuten myös ennaltaehkäisevät ja parantavat sairaalapalvelut ovat häiriintyneet näillä alueilla.[[138]](#footnote-138)

Pohjois-Etiopian konflikti on vaikuttanut negatiivisesti perustason terveyspalveluiden saatavuuteen Tigrayn, Amharan ja Afarin osavaltioissa.[[139]](#footnote-139) Terveydenhoitolaitoksien tuhoaminen ja ryöstely konfliktin osapuolten toimesta sekä tarvikkeiden ja välineiden puute ovat johtaneet terveydenhuoltojärjestelmän romahtamiseen Pohjois-Etiopiassa.[[140]](#footnote-140) Konfliktin seurauksena 3214 terveydenhoitolaitosta on osittain tai kokonaan tuhoutunut Tigrayssa, Amharassa ja Afarissa.[[141]](#footnote-141) Tigrayn osavaltion terveysviraston tutkimuksen mukaan 90 prosenttia Tigrayn 40 sairaalasta ja noin tuhannesta pienemmästä klinikasta on vaurioitunut.[[142]](#footnote-142) Vuoden 2021 kesäkuussa Tigrayssa ainoastaan 27,5 prosenttia sairaaloista, 17,5 prosenttia terveyskeskuksista ja 11 prosenttia ambulansseista oli toiminnassa. Tigrayn terveyspisteistä yksikään ei ollut toiminnassa.[[143]](#footnote-143) Vuoden 2022 tammikuussa YK:n humanitaaristen asioiden koordinointitoimisto OCHA raportoi, että Amharassa ainakin 40 sairaalaa, 453 terveyskeskusta ja 1850 terveyspistettä on vaurioitunut ja/tai ryöstetty.[[144]](#footnote-144) Kesäkuussa 2022 OCHA raportoi, että Amharassa yli 500 konfliktissa vaurioitunutta terveydenhoitolaitosta ja 1706 terveyspistettä on korjauksen tarpeessa. Saman lähteen mukaan Afarissa 22 prosenttia terveydenhoitolaitoksista on toiminnassa, mukaan lukien kaksi sairaalaa ja 31 terveyskeskusta.[[145]](#footnote-145) Kaikissa kolmessa osavaltiossa on pulaa lääkkeistä ja lääketieteellisistä tarvikkeista.[[146]](#footnote-146) OCHA:n mukaan Tigrayssa 3,9 miljoonaa ihmistä ja Amharassa yli 10 miljoonaa ihmistä on terveyspalveluiden tarpeessa.[[147]](#footnote-147)

Tigrayssa konflikti on aiheuttanut valtavaa vahinkoa terveydenhuoltojärjestelmälle ja laajamittaista tuhoa terveydenhuollon infrastruktuurille.[[148]](#footnote-148) Osana konfliktia terveydenhoitolaitoksiin on kohdistunut tarkoituksellista tuhoamista, vahingon tekoa ja ryöstelyä.[[149]](#footnote-149) Lähteiden mukaan konflikti on aiheuttanut Tigrayn terveydenhoitojärjestelmän totaalisen romahtamisen.[[150]](#footnote-150) Konfliktin seurauksena 85 prosenttia alueen terveyskeskuksista, 70 prosenttia sairaaloista ja kaikki terveyspisteet ovat osittain tai kokonaan poissa toiminnasta.[[151]](#footnote-151) Yli puolet Tigrayn lääkäreistä ei työskentele, koska he ovat joko joutuneet siirtymään taisteluiden takia tai jättäneet työnsä etsiäkseen ruokaa.[[152]](#footnote-152) Konfliktin aikana Tigrayn alue on ollut suurimman osan ajasta saarrettuna, minkä seurauksena Tigrayssa on kriittinen pula lääkkeistä ja lääketieteellisistä tarvikkeista.[[153]](#footnote-153) Lähteiden mukaan pula on niin akuuttia, että Tigrayssa on jouduttu turvautumaan vanhentuneiden lääkkeiden käyttöön ja lääketieteellisten tarvikkeiden kierrätykseen.[[154]](#footnote-154) Kymmeniä tuhansia diabetes-, syöpä- ja HIV-potilaita ei ole pystytty hoitamaan kuukausiin ja potilaita kuolee lääkkeiden ja hoidon puutteeseen.[[155]](#footnote-155) Lisäksi sähkön epäsäännöllinen saatavuus ja polttoainepula Tigrayssa vaikeuttavat terveydenhoitolaitosten kriittisten toimintojen ylläpitoa.[[156]](#footnote-156) Kesäkuussa 2022 Mekellen kaupungissa sijaitsevan Ayderin lähetesairaalan, joka on Tigrayn suurin toimiva sairaala, raportoitiin olevan sulkemisuhan alla polttoaineen puutteen takia.[[157]](#footnote-157)

BBC:n lokakuussa 2022 julkaiseman artikkelin mukaan matkustaminen Tigraysta pääkaupunki Addis Abebaan lääketieteellisen hoidon takia on mahdotonta.[[158]](#footnote-158) Elokuussa 2022 Addis Standard uutisoi, että turvallisuusjoukot estävät Amharasta tulevia matkustajia, jotka pyrkivät pääkaupunkiin esimerkiksi lääkäriajan takia, pääsemästä Addis Abebaan ilman addisabebalaista henkilökorttia (*Addis Abeba resident ID*). Uutislähteen mukaan Amharasta pääkaupunkiin pyrkivät matkustajat eivät ole päässeet jatkamaan matkaa Shenon kaupungista, joka sijaitsee Oromiassa reitillä Amharasta pääkaupunkiin, ellei heillä ole addisabebalaista henkilökorttia.[[159]](#footnote-159)

Väestö- ja terveystutkimukset sekä muut tutkimukset osoittavat, että terveydentilassa ja terveyspalveluiden hyödyntämisessä on merkittäviä eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä Etiopiassa.[[160]](#footnote-160) Etiopian terveysministeriön raportin mukaan sosioekonomiset erot terveyspalveluiden hyödyntämisessä ovat laajat huolimatta siitä, että maan hallitus on pyrkinyt edistämään tasa-arvoa ja puuttumaan taloudellisiin esteisiin terveydenhuollon saamisessa. Raportin mukaan lisääntymis- ja äitiysterveyspalveluiden sekä lasten ja vastasyntyneiden terveyspalveluiden hyödyntäminen vaihtelee koulutuksen ja varallisuuden mukaan. Yksilöt ja kotitaloudet, joilla on korkeampi koulutus- ja varallisuustaso, hyödyntävät enemmän terveyspalveluita kuin vähemmän koulutetut ja vähävaraisemmat.[[161]](#footnote-161)

Lääketieteellisen julkaisun mukaan kotitalouksille terveydenhoitokuluista koituva taloudellinen taakka on merkittävä terveydellinen ongelma Etiopiassa. Kotitalouksille koituvat korkeat terveydenhoitomaksut vaikeuttavat ja estävät pääsyä terveydenhoitoon tai voivat viivyttää tarvittavan hoidon saantia.[[162]](#footnote-162) Toisen lääketieteellisen julkaisun mukaan Etiopiassa puutteellinen pääsy tasalaatuisiin terveyspalveluihin liittyy terveydenhoidon alhaiseen rahoitukseen ja terveydenhoidon asiakkaille koituviin korkeisiin kuluihin. Saman lähteen mukaan terveydenhoidosta potilaille koituvat korkeat kulut estävät köyhiltä pääsyn laadukkaisiin terveyspalveluihin Etiopiassa.[[163]](#footnote-163) Etiopian terveysministeriön raportin mukaan sosioekonomiset erot terveyspalveluiden hyödyntämisessä ovat laajat myös niiden terveyspalveluiden osalta, jotka ovat potilaille maksuttomia.[[164]](#footnote-164)

Etiopian terveysministeriön raportin mukaan naisilla on tapana saada miehiä vähemmän terveyspalveluita. Raportin mukaan Etiopiassa sukupuolten väliset erot terveyspalveluiden hyödyntämisessä saattavat liittyä naisten rajalliseen päätöksentekomahdollisuuteen kotitalouksissa.[[165]](#footnote-165) Vuonna 2016 toteutetun Etiopian väestö- ja terveystutkimuksen mukaan monet tekijät voivat estää naisia saamasta itselleen lääketieteellistä neuvontaa tai hoitoa. Väestö- ja terveystutkimuksen mukaan 70 prosentilla 15-49-vuotiaista etiopialaisista naisista on vähintään yksi määritelty ongelma pääsyssä terveydenhoitoon. Naisten ilmoittamia ongelmia ovat muun muassa rahan tarvitseminen terveysasemalla käyntiä tai hoitoa varten (55 %), etäisyys hoitolaitokseen (50 %), haluttomuus mennä terveysasemalle yksin (42 %) ja luvan tarvitseminen terveydenhoitoon menemistä varten (32 %). Urbaaneilla alueilla 45 prosentilla naisista on vähintään yksi ongelma pääsyssä terveydenhuoltoon, kun maaseutualueilla vastaava luku on 76,9 prosenttia. Urbaaneilla alueilla ja maaseutualueilla naisten yleisin ongelma on rahan saaminen käyntiä tai hoitoa varten, minkä lisäksi maaseutualueilla lähes yhtä suuri ongelma on etäisyys hoitolaitokseen. Luvan saaminen terveydenhoitoon menoa varten koetaan ongelmaksi etenkin Dire Dawassa, rahan saaminen käyntiä tai hoitoa varten sekä etäisyys hoitolaitokseen ovat ongelmia erityisesti Oromiassa ja haluttomuus mennä yksin terveysasemalle koetaan ongelmiksi etenkin Oromiassa ja Dire Dawassa. Eniten ongelmia naiset kokevat Oromiassa, missä 82,9 prosentilla naisista on vähintään yksi ongelma pääsyssä terveydenhoitoon.[[166]](#footnote-166)

MRG:n raportin mukaan Etiopiassa vammaiset kohtaavat esteitä pääsyssä perusterveydenhoitoon johtuen sosiaalisesta marginalisaatiosta, puhumattakaan pääsystä vammaisten usein tarvitsemaan erikoistuneempaan hoitoon.[[167]](#footnote-167)

## Lähteet

Addis Standard 12.8.2022. *Ethiopia: News Analysis - South Wollo, Debre Berhan Drivers, Passengers Ban Entering Addis Abeba*. Saatavilla: <https://allafrica.com/stories/202208150053.html> (käyty 31.10.2022).

Annis, Elizabeth & Ratcliffe, Hannah 2019. *Strengthening Primary Health Care Systems to Increase Effective Coverage and Improve Health Outcomes in Ethiopia*. <https://improvingphc.org/strengthening-primary-health-care-systems-increase-effective-coverage-and-improve-health-outcomes-ethiopia> (käyty 14.11.2022).

Assefa, Yibeltal; Hill, Peter; Gilks, Charles; Admassu, Mengesha; Tesfaye, Dessalegn; Van Damme, Wim 1.12.2020. “Primary health care contributions to universal health coverage, Ethiopia”. *Bulletin of the World Health Organization*, Volume 98(12), s. 894-905A. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7716108/> (käyty 10.11.2022).

Assefa, Yibeltal; Gelaw, Yalemzewod Assefa; Hill, Peter; Taye, Belaynew Wassie; Van Damme, Wim 26.3.2019. “Community health extension program of Ethiopia, 2003–2018: successes and challenges toward universal coverage for primary healthcare services”. *Globalization and Health*, Volume 15. Saatavilla: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6434624/> (käyty 14.11.2022).

BBC / Zane, Damian 9.10.2022. *Ethiopia civil war: My patients are doomed to die in Tigray blockade*. <https://www.bbc.com/news/world-africa-63166044?at_medium=RSS&at_campaign=KARANGA> (käyty 8.12.2022).

Borde, Moges Tadesse; Kabthymer, Robel Hussen; Shaka, Mohammed Feyisso; Abate, Semagn Mekonnen 31.1.2022. ”The burden of household out-of-pocket healthcare expenditures in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis”. *International Journal for Equity in Health*, 21, Article number 14 (2022). Saatavilla: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01610-3> (käyty 1.12.2022).

CSA (Central Statistical Agency [Ethiopia]) & ICF 07/2017. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2016*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR328/FR328.pdf> (käyty 11.11.2022).

Debie, Ayal; Khatri, Resham; Assefa, Yibeltal 5.7.2022. ”Contributions and challenges of healthcare financing towards universal health coverage in Ethiopia: a narrative evidence synthesis”. *BMC Health Services Research,* 22, Article number 866 (2022). <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08151-7> (käyty 14.11.2022).

EASO (European Asylum Support Office) MedCOI 2.9.2021. *Question & Answer ACC-20210709-ET-7516*. Saatavilla MedCOI-tietokannasta (<https://medcoi.euaa.europa.eu/>) [edellyttää kirjautumista] (käyty 12.12.2022).

EPHI (Ethiopian Public Health Institute) 05/2018. *Services Availability and Readiness Assessment (SARA)*. <http://repository.iifphc.org/bitstream/handle/123456789/1063/Ethiopia-SARA-report-2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (käyty 11.11.2022).

EPHI (Ethiopian Public Health Institute) & ICF 05/2021. *Ethiopia Mini Demographic and Health Survey 2019: Final Report*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR363/FR363.pdf> (käyty 11.11.2022).

Eregata, Getachew Teshome; Hailu, Alemayehu; Memirie, Solomon Tessema; Norheim, Ole Frithjof 1.11.2019. “Measuring progress towards universal health coverage: national and subnational analysis in Ethiopia”. *BMJ Global Health*, Volume 4, Issue 6. Saatavilla: <https://gh.bmj.com/content/4/6/e001843> (käyty 1.12.2022).

EUAA (European Union Agency for Asylum) MedCOI

3.8.2022. *Question & Answer ACC 7669*. Saatavilla MedCOI-tietokannasta (<https://medcoi.euaa.europa.eu/>) [edellyttää kirjautumista] (käyty 12.12.2022).

[päiväämätön]. *About MedCOI*. <https://medcoi.euaa.europa.eu/> (käyty 12.12.2022).

Gesesew, Hailay; Berhane, Kiros; Siraj, Elias; Siraj Dawd; Gebregziabher Mulugeta; Gebre, Yemane Gebremariam; Gebreslassie, Samuel Aregay; Amdeslassie, Fasika; Tesema, Azeb Gebresilassie; Siraj, Amir; Aregawi, Maru; Gezahegn, Selome; Tesfay, Fisaha Haile 23.11.2021. “The impact of war on the health system of the Tigray region in Ethiopia: an assessment”. *BMJ Global Health*, 2021:6. Saatavilla: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/11/e007328.full.pdf> (käyty 8.12.2022).

Hailu, Alemayehu; Gebreyes, Roman; Norheim, Ole 12.11.2021. ”Equity in public health spending in Ethiopia: a benefit incidence analysis”. *Health Policy and Planning*, Volume 36, Issue Supplement\_1. Saatavilla: <https://academic.oup.com/heapol/article/36/Supplement_1/i4/6426100> (käyty 1.12.2022).

MedCOI (Medical Country of Origin Information) / BDA (Belgian Desk on Accessibility)

20.1.2020. *Question & Answer BDA-20191204-ET-7125*. Saatavilla MedCOI-tietokannasta (<https://medcoi.euaa.europa.eu/>) [edellyttää kirjautumista] (käyty 12.12.2022).

19.11.2019. *Question & Answer BDA-20190726-ET- 7044*. Saatavilla MedCOI-tietokannasta (<https://medcoi.euaa.europa.eu/>) [edellyttää kirjautumista] (käyty 12.12.2022).

MOH (Ministry of Health [Ethiopia])

02/2021. *Health Sector Transformation Plan II 2020/21-2024/25 (2013 EFY - 2017 EFY)*. Saatavilla: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/eth208376.pdf> (käyty 10.11.2022).

2020. *Fact Sheet - Ethiopia 2020*. <https://www.moh.gov.et/site/fact-sheets> (käyty 9.11.2022).

[päiväämätön]. *Master Facility Registry (MFR)*. <https://mfrv2.moh.gov.et/#/dashboard> (käyty 9.11.2022).

MRG (Minority Rights Group International) / Werkeshe, Geremew 01/2022. *Access to education and health among minorities and indigenous peoples in Ethiopia*. <https://minorityrights.org/publications/ethiopia-access/> (käyty 8.12.2022).

The New Humanitarian / Harter, Fred 9.10.2022. *Tigray’s health system ‘totally collapsed’, say health workers*. <https://www.thenewhumanitarian.org/news-feature/2022/04/26/tigrays-health-system-collapsed> (käyty 8.12.2022).

OCHA (UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs)

16.6.2022. *Ethiopia - Northern Ethiopia Humanitarian Update Situation Report, 16 June 2022.* Saatavilla: <https://reliefweb.int/report/ethiopia/ethiopia-northern-ethiopia-humanitarian-update-situation-report-16-june-2022> (käyty 8.12.2022).

3.6.2022. *Ethiopia - Northern Ethiopia Humanitarian Update Situation Report, 3 June 2022.* Saatavilla: <https://reliefweb.int/report/ethiopia/ethiopia-northern-ethiopia-humanitarian-update-situation-report-3-june-2022> (käyty 8.12.2022).

6.1.2022. *Ethiopia - Northern Ethiopia Humanitarian Update Situation Report, 6 January 2022.* Saatavilla: <https://reliefweb.int/report/ethiopia/ethiopia-northern-ethiopia-humanitarian-update-situation-report-6-january-2022> (käyty 8.12.2022).

Protection Cluster 05/2022. *Northern Ethiopia Protection Analysis Update, May 2022*. <https://reliefweb.int/report/ethiopia/northern-ethiopia-protection-analysis-update-may-2022> (käyty 8.12.2022).

UNICEF 2022. *Ethiopia. Health Investments Within a Constrained Economy*. <https://www.unicef.org/ethiopia/media/7046/file/National%20health%20budget.pdf> (käyty 11.11.2022).

WHO (World Health Organization)

2020. *Mental Health Atlas 2020. Member State Profile: Ethiopia*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/eth.pdf?sfvrsn=ac12fb2b_5&download=true> (käyty 8.12.2022).

1.5.2018. *WHO country cooperation strategy at a glance: Ethiopia*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CCU-18.02-Ethiopia> (käyty 8.11.2022).

18.12.2017. *Achieving quality universal health coverage through better water, sanitation and hygiene services in health care facilities: A focus on Ethiopia*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512169> (käyty 8.11.2022).

WHO (World Health Organization) & Alliance for Health Policy and System Research 2017. *Primary health care systems (‎primasys)‎: case study from Ethiopia: abridged version*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341082/WHO-HIS-HSR-17.8-eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y> (käyty 8.11.2022).

WHO (World Health Organization) / Alebachew, Abebe & Waddington, Catriona 2015. *Improving health system efficiency: Ethiopia: human resources for health reforms*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/187240> (käyty 8.11.2022).

**Tietoja vastauksesta**

Maahanmuuttoviraston maatietopalvelun kyselyvastaus on laadittu noudattaen Euroopan unionin yhteisiä suuntaviivoja lähtömaatiedon tuottamisesta (2008). Vastaus perustuu huolellisesti valittuihin lähteisiin, joista kaikki on listattu vastauksen lähdeluetteloon. Ilmeisiä ja kiistattomia tosiasioita lukuun ottamatta kaikki esitetty tieto on tarkastettu useammasta lähteestä, ellei muuta erikseen mainita. Vastauksessa esitetyt tiedot on hankittu, arvioitu ja käsitelty huolellisesti, vastausajan ollessa rajattu. Vastaus ei kuitenkaan pyri olemaan kaikenkattava, eikä sitä tule pitää yksinään minkään oleskeluluvan, pakolaisaseman tai turvapaikkahakemuksen perusteena. Vaikka jotain tapahtumaa, henkilöä tai organisaatiota ei olisi mainittu vastauksessa, se ei tarkoita, etteikö kyseistä tapahtumaa olisi tapahtunut tai kyseistä henkilöä tai organisaatiota olisi olemassa. Vastaus ei välttämättä edusta Maahanmuuttoviraston virallista kantaa, eikä se ole poliittinen kannanotto tai oikeudellinen arvio.

**Information on the response**

This response has been compiled by the Country Information Service of the Finnish Immigration Service in accordance with the common EU guidelines for processing country of origin information (2008). The response is based on carefully selected sources of information. All sources used are referenced. With the exception of obvious and indisputable facts, all information presented has been cross-checked from several sources unless stated otherwise. The information provided in the response has been obtained, evaluated and processed carefully within the limited time frame given. However, the response does not aim to be exhaustive, and it should not be considered conclusive as to the merit of any particular claim to a residence permit, refugee status or asylum. Even if a certain event, person or organization is not mentioned in the response, this does not mean that the event has not taken place or that the person or organization does not exist. The response does not necessarily reflect the opinion of the Finnish Immigration Service, and it is not a political statement or a judicial evaluation.

1. UNICEF 2022, s. 1; WHO 18.12.2017, s. 15-16; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-1)
2. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-2)
3. UNICEF 2022, s. 1; MOH 02/2021, s. 9-10. [↑](#footnote-ref-3)
4. WHO 18.12.2017, s. 15-16. [↑](#footnote-ref-4)
5. Debie et al. 5.7.2022; UNICEF 2022, s. 1; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-5)
6. Debie et al. 5.7.2022; UNICEF 2022, s. 1; Assefa et al. 26.3.2019; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-6)
7. Debie et al. 5.7.2022; UNICEF 2022, s. 1; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-7)
8. EUAA MedCOI 3.8.2022, s. 3. [↑](#footnote-ref-8)
9. Debie et al. 5.7.2022; UNICEF 2022, s. 1; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-9)
10. UNICEF 2022, s. 1; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6. [↑](#footnote-ref-10)
11. Debie et al. 5.7.2022; UNICEF 2022, s. 1; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 5. [↑](#footnote-ref-11)
12. UNICEF 2022, s. 1; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4-6. [↑](#footnote-ref-12)
13. Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 5. [↑](#footnote-ref-13)
14. Assefa et al. 26.3.2019. [↑](#footnote-ref-14)
15. Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-15)
16. Assefa et al. 1.12.2020; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 5. [↑](#footnote-ref-16)
17. Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-17)
18. Assefa et al. 1.12.2020; Assefa et al. 26.3.2019; Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-18)
19. MOH 02/2021, s. 24; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 5. [↑](#footnote-ref-19)
20. UNICEF 2022, s. 1; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-20)
21. Assefa et al. 1.12.2020; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 6; WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 8. [↑](#footnote-ref-21)
22. Assefa et al. 1.12.2020; Assefa et al 26.3.2019; Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-22)
23. Assefa et al 26.3.2019. [↑](#footnote-ref-23)
24. Assefa et al. 1.12.2020; Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-24)
25. MOH 02/2021, s. 24; MOH 2020. [↑](#footnote-ref-25)
26. MedCOI / BDA 19.11.2019, s. 3. [↑](#footnote-ref-26)
27. MOH [päiväämätön]. [↑](#footnote-ref-27)
28. Debie et al. 5.7.2022; MOH [päiväämätön]. [↑](#footnote-ref-28)
29. EUAA MedCOI 3.8.2022, s. 3-4; MedCOI / BDA 19.11.2019, s. 4; MOH [päiväämätön]. [↑](#footnote-ref-29)
30. MOH 02/2021, s. 10; MOH 2020; WHO 1.5.2018. [↑](#footnote-ref-30)
31. MOH 02/2021, s. 22. [↑](#footnote-ref-31)
32. Assefa et al. 1.12.2020; Eregata et al. 1.11.2019. [↑](#footnote-ref-32)
33. Eregata et al. 1.11.2019. [↑](#footnote-ref-33)
34. Assefa et al 26.3.2019; Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-34)
35. Assefa et al 26.3.2019; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 5. [↑](#footnote-ref-35)
36. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 6. [↑](#footnote-ref-36)
37. Debie et al. 5.7.2022; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 4. [↑](#footnote-ref-37)
38. MedCOI / BDA 27.8.2018, s. 3. [↑](#footnote-ref-38)
39. Valmiuden arvioinnissa on otettu huomioon hoitolaitosten perusvarusteet, standardivarotoimenpiteet infektioiden ehkäisyssä, perusvälineistö, diagnostiikka ja keskeisimmät lääkkeet. (EPHI 05/2028, s. 18.) [↑](#footnote-ref-39)
40. EPHI 05/2018, s. xvii-xviii, 18. [↑](#footnote-ref-40)
41. MOH 02/2021, s. 19, 32. [↑](#footnote-ref-41)
42. EPHI 05/2018, s. 4. [↑](#footnote-ref-42)
43. EPHI 05/2018, s. xviii-xx. [↑](#footnote-ref-43)
44. WHO 2020. [↑](#footnote-ref-44)
45. MOH 02/2021, s. 27. [↑](#footnote-ref-45)
46. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-46)
47. MOH 02/2021, s. 27; Assefa et al. 1.12.2020 [↑](#footnote-ref-47)
48. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-48)
49. MOH 02/2021, s. 27. [↑](#footnote-ref-49)
50. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-50)
51. EPHI 05/2018, s. xx-xxi, 79, 83-84, 90. [↑](#footnote-ref-51)
52. MOH 02/2021, s. 24. [↑](#footnote-ref-52)
53. EPHI 05/2018, s. xxi, 84. [↑](#footnote-ref-53)
54. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 11. [↑](#footnote-ref-54)
55. MOH 02/2021, s. 31, 36; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 7. [↑](#footnote-ref-55)
56. UNICEF 2022, s. 3. [↑](#footnote-ref-56)
57. UNICEF 2022, s. 3; MOH 02/2021, s. 31. [↑](#footnote-ref-57)
58. UNICEF 2022, s. 3. [↑](#footnote-ref-58)
59. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-59)
60. UNICEF 2022, s. 6, 8-9, 12. [↑](#footnote-ref-60)
61. UNICEF 2022, s. 7-9, 12. [↑](#footnote-ref-61)
62. EASO MedCOI 2.9.2021, s. 4. [↑](#footnote-ref-62)
63. Debie et al. 5.7.2022 [↑](#footnote-ref-63)
64. Debie et al. 5.7.2022. [↑](#footnote-ref-64)
65. MOH 02/2021, s. 22. [↑](#footnote-ref-65)
66. Borde et al. 31.1.2022. [↑](#footnote-ref-66)
67. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-67)
68. MOH 02/2021, s. 36. [↑](#footnote-ref-68)
69. UNICEF 2022, s. 1; EPHI & CFI 05/2021, s. 11. [↑](#footnote-ref-69)
70. UNICEF 2022, s. 1. [↑](#footnote-ref-70)
71. EPHI & CFI 05/2021, s. 11. [↑](#footnote-ref-71)
72. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 7. [↑](#footnote-ref-72)
73. Medical Country of Origin Information. MedCOI-palvelu tarjoaa ajantasaista lääketieteellistä lähtömaatietoa EU+-maiden maahanmuuttoviranomaisille. (EUAA MedCOI [päiväämätön]). [↑](#footnote-ref-73)
74. EUAA MedCOI 3.8.2022, s. 4; MedCOI / BDA 20.1.2020, s. 4. [↑](#footnote-ref-74)
75. UNICEF 2022, s. 4. [↑](#footnote-ref-75)
76. EPHI & ICF 05/2021, s. 11. [↑](#footnote-ref-76)
77. MOH 02/2021, s. 19. [↑](#footnote-ref-77)
78. Lukuun ei sisälly Tigrayn piirikuntia, sillä tietoja niistä ei ollut saatavilla vuosina 2020/21. (UNICEF 2022, s. 4.) [↑](#footnote-ref-78)
79. UNICEF 2022, s. 4. [↑](#footnote-ref-79)
80. UNICEF 2022, s. 1; Debie 5.7.2022; Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-80)
81. Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-81)
82. Debie et al. 5.7.2022. [↑](#footnote-ref-82)
83. MOH 02/2021, s. 36. [↑](#footnote-ref-83)
84. MOH 02/2021, s. 10, 30, 32. [↑](#footnote-ref-84)
85. Assefa et al. 1.12.2020; Annis & Ratcliffe 2019; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 9. [↑](#footnote-ref-85)
86. MOH 02/2021, s. 22; Assefa et al. 1.12.2020; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 9. [↑](#footnote-ref-86)
87. MOH 2020; WHO 1.5.2018. [↑](#footnote-ref-87)
88. UNICEF 2022, s. 3-4; MOH 02/2021, s. 9-10, 19, 26; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-88)
89. MOH 02/2021, s. 9-10, 25. [↑](#footnote-ref-89)
90. UNICEF 2022, s. 3-4; MOH 02/2021, s. 9-10, 19. [↑](#footnote-ref-90)
91. MOH 02/2021, s. 25. [↑](#footnote-ref-91)
92. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 9. [↑](#footnote-ref-92)
93. WHO 1.5.2018. [↑](#footnote-ref-93)
94. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 3. [↑](#footnote-ref-94)
95. MOH 02/2021, s. 20-21. [↑](#footnote-ref-95)
96. UNICEF 2022, s. 3. [↑](#footnote-ref-96)
97. UNICEF 2022, s. 5; MOH 02/2021, s. 25 [↑](#footnote-ref-97)
98. MOH 02/2021, s. 25. [↑](#footnote-ref-98)
99. MOH 02/2021, s. 25, 36; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-99)
100. MOH 02/2021, s. 24; 36; Assefa et al. 1.12.2020; WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 11. [↑](#footnote-ref-100)
101. MOH 02/2021, s. 24. [↑](#footnote-ref-101)
102. MedCOI / BDA 19.11.2019, s. 3. [↑](#footnote-ref-102)
103. EPHI 05/2018, s. xvii. [↑](#footnote-ref-103)
104. MOH 02/2021, s. 36. [↑](#footnote-ref-104)
105. UNICEF 2022, s. 4. [↑](#footnote-ref-105)
106. UNICEF 2022, s. 3; MOH 02/2021, s. 13, 15. [↑](#footnote-ref-106)
107. UNICEF 2022, s. 2, 5. [↑](#footnote-ref-107)
108. MOH 02/2021, s. 16. [↑](#footnote-ref-108)
109. UNICEF 2022, s. 3, 5. [↑](#footnote-ref-109)
110. MOH 02/2021, s. 22, 29-30; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-110)
111. MRG 01/2022, s. 3; MOH 02/2021, s. 15. [↑](#footnote-ref-111)
112. MOH 02/2021, s. 29. [↑](#footnote-ref-112)
113. MOH 02/2021, s. 22, 36. [↑](#footnote-ref-113)
114. Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-114)
115. MOH 02/2021, s. 29-30; Assefa et al. 1.12.2020; EPHI & ICF 05/2021, s. 51-52, 57-58, 62, 66-67, 77; EPHI 05/2018, s. 5-8, 16, 19, 79. [↑](#footnote-ref-115)
116. MOH 02/2021, s. 15. [↑](#footnote-ref-116)
117. WHO 1.5.2018. [↑](#footnote-ref-117)
118. WHO / Alebachew & Waddington 2015, s. 20. [↑](#footnote-ref-118)
119. Annis & Ratcliffe 2019. [↑](#footnote-ref-119)
120. EPHI & ICF 05/2021, s. 57-58, 62, 67. [↑](#footnote-ref-120)
121. Hailu et al. 12.11.2021. [↑](#footnote-ref-121)
122. WHO & Alliance for Health Policy and System Research 2017, s. 7, 11. [↑](#footnote-ref-122)
123. EPHI 05/2018, s. 5, 7, 19, 79. [↑](#footnote-ref-123)
124. MOH 02/2021, s. 29. [↑](#footnote-ref-124)
125. EPHI & ICF 05/2021, s. 51, 77. [↑](#footnote-ref-125)
126. MOH 02/2021, s. 29. [↑](#footnote-ref-126)
127. MOH 02/2021, s. 29-30; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-127)
128. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-128)
129. MOH [päiväämätön]. [↑](#footnote-ref-129)
130. MOH [päiväämätön]; Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-130)
131. EPHI 05/2018, s. xviii, 6, 8, 16, 19, 79, 90. [↑](#footnote-ref-131)
132. Hailu et al. 12.11.2021. [↑](#footnote-ref-132)
133. Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-133)
134. MOH 02/2021, s. 29; Assefa et al. 1.12.2020. [↑](#footnote-ref-134)
135. EPHI & ICF 05/2021, s. 52, 62, 65-67, 77. [↑](#footnote-ref-135)
136. MOH 02/2021, s. 29. [↑](#footnote-ref-136)
137. MRG / Werkeshe 01/2022, s. 7-8. [↑](#footnote-ref-137)
138. UNICEF 2022, s. 2. [↑](#footnote-ref-138)
139. UNICEF 2022, s. 2. [↑](#footnote-ref-139)
140. Protection Cluster 05/2022, s. 2, 8. [↑](#footnote-ref-140)
141. UNICEF 2022. [↑](#footnote-ref-141)
142. The New Humanitarian / Harter 26.4.2022. [↑](#footnote-ref-142)
143. Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-143)
144. OCHA 6.1.2022, s. 4. [↑](#footnote-ref-144)
145. OCHA 3.6.2022, s. 14. [↑](#footnote-ref-145)
146. OCHA 3.6.2022, s. 14; The New Humanitarian / Harter 26.4.2022; OCHA 6.1.2022, s. 8. [↑](#footnote-ref-146)
147. OCHA 16.6.2022, s. 12. [↑](#footnote-ref-147)
148. Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-148)
149. The New Humanitarian / Harter 26.4.2022; Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-149)
150. The New Humanitarian / Harter 26.4.2022; Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-150)
151. Gesesew et al. 23.11.2021. [↑](#footnote-ref-151)
152. The New Humanitarian / Harter 26.4.2022. [↑](#footnote-ref-152)
153. BBC / Zane 9.10.2022; OCHA 6.1.2022, s. 8. [↑](#footnote-ref-153)
154. The New Humanitarian / Harter 26.4.2022; OCHA 6.1.2022, s. 4. [↑](#footnote-ref-154)
155. BBC / Zane 9.10.2022. [↑](#footnote-ref-155)
156. BBC / Zane 9.10.2022; OCHA 3.6.2022, s. 2; The New Humanitarian / Harter 26.4.2022. [↑](#footnote-ref-156)
157. OCHA 3.6.2022, s. 2. [↑](#footnote-ref-157)
158. BBC / Zane 9.10.2022. [↑](#footnote-ref-158)
159. Addis Standard 12.8.2022. [↑](#footnote-ref-159)
160. Hailu et al. 12.11.2021. [↑](#footnote-ref-160)
161. MOH 02/2021, s. 29-30. [↑](#footnote-ref-161)
162. Borde et al. 31.1.2022. [↑](#footnote-ref-162)
163. Debie et al. 5.7.2022. [↑](#footnote-ref-163)
164. MOH 02/2021, s. 30. [↑](#footnote-ref-164)
165. MOH 02/2021, s. 30. [↑](#footnote-ref-165)
166. CSA & ICF 07/2017, s. 133, 141, 160. [↑](#footnote-ref-166)
167. MRG / Werkeshe 01/2022, s. 7-8. [↑](#footnote-ref-167)