

Azterketak

Osasun

Publikoa

Hego

Euskal Herrian

ELAko Azterketa Bulegoa

ELA
EUSKAL SINDIKATUA



MANU
ROBLES-ARANGIZ
INSTITUTUA

Non zer

SARRERA	3
I. OSASUN PUBLIKOARI BURUZKO ONDORIOAK: HEGO EUSKAL HERRIA	4
1. Osasuneko gastu publikoa: 15-EBko txikiena	
2. Osasuneko gastu publikoa: bilakaera ezberdina	
3. Ohe kopurua ere, Europakoa baino txikiagoa	
4. Lan baldintzak eta kalitateko osasun sistema: utzi ezinezko bi helburu	
II. EAE: OSASUN SEKTOREA ZENBAKITAN.....	12
1. Ospitale-sektorea zenbakitan	
2. Ospitalez kanpoko sektorea zenbakitan	
III. NAFARROA: OSASUN SEKTOREA ZENBAKITAN	19
1. Ospitale-sektorea zenbakitan	
2. Ospitalez kanpoko sektorea zenbakitan	
IV. PROPOSAMENAK	26
1. Osasuneko gastu publikoa handitzea	
2. Sare publikoa indartzea	
3. Itxarote-zerrendak	
4. Arreta hobe emakume eta etorkinentzat	
5. Langileei buruzko politika egokia	

Osasuna ongizate-estatuaren garapena zehazten duten osagaie-tako bat da. Osasunak erakunde publikoek bermatu beharreko eskubide unibertsala izan behar du. Hala ere, HEHko osasun-sistemak asko du hobetzeko. Gainera, bilakaera negatiboa eragiten duten hainbat aurrekontu- eta kudeaketa-politika ezartzen ari dira.

Osasun arloaren inguruan interes ekonomiko garrantzitsuak daude. Merkatuko interesetatik kanpo egon beharko lukeen arlo hori negozio-esparru bihurtu da, eta enpresa asko dabilta bertan mozkinak ahalik eta gehien ugaritzeko asmo bakarraz; askotan, administrazioaren oniritziarekin, gainera. Eta administrazioa diogunean, ez gara ari bakarrik Munduko Merkataritza Erakundearen politikei buruz (erakunde horrek merkantzia bihurtu nahi ditu gizarte-eskubideak) edo Munduko Bankuari edo Nazioarteko Moneta Funtsari buruz (gizarte-gastua murriztea eskatzen duten egiturazko doikuntza-politikak ezartzen dituztenak), ez eta zerbitzuen gainean Europako Batasunean (EB) onartu nahi duten zuzentarauari buruz ere (merkatu librearen irizpideak sektore guztietan ezartzeko xedea du zuzentarauak). HEHko esparruan ere, Nafarroako Gobernuak eta Eusko Jaurlaritzak pribatizazioen eta azpikontratazioen aldeko joera agertzen dute, eta, osasun-laguntza-ren kalitatea bermatzen edo hobetzen ez dutenez, osasun pribatuari egiten diote mesede.

Dokumentu honetan, Hego Euskal Herriko (HEHko) osasun-sistemari buruzko ikuspegi orokorra islatu nahi dugu, bai eta, daukagun informazioak ahalbidetzen dizkigun aldagaiei dagokienez, sistema horren bilakaera aztertu eta Europako Batasunarekin alderatu ere. Era berean, premiaz gauzatu beharrekotzat hartzen ditugun proposamen batzuk egiten ditugu bertan.

Osasunari buruzko azterlan honen bidez, gizarte-ereduaren funtsezko alderdien gaineko gure lan-esparrua garatzen jarraitzen dugu. Lan honetan, fiskalitateari, etxebizitzari edo aurrekontuei buruzko dokumentuetan bezalaxe, EAEko eta Nafarroako instituzioen politikak neoliberalak direla eta errotiko aldaketa behar dela ikusten da. Aldaketa ez da jazoko presio sozialik gabe. Lan honek aurretiaz egin beharreko azterketa- eta azalpen-zereginetan laguntzea espero dugu.

I. OSASUN PUBLIKOARI BURUZKO ONDORIOAK: HEGO EUSKAL HERRIA

1. Osasuneko gastu publikoa: 15-EBko txikiena

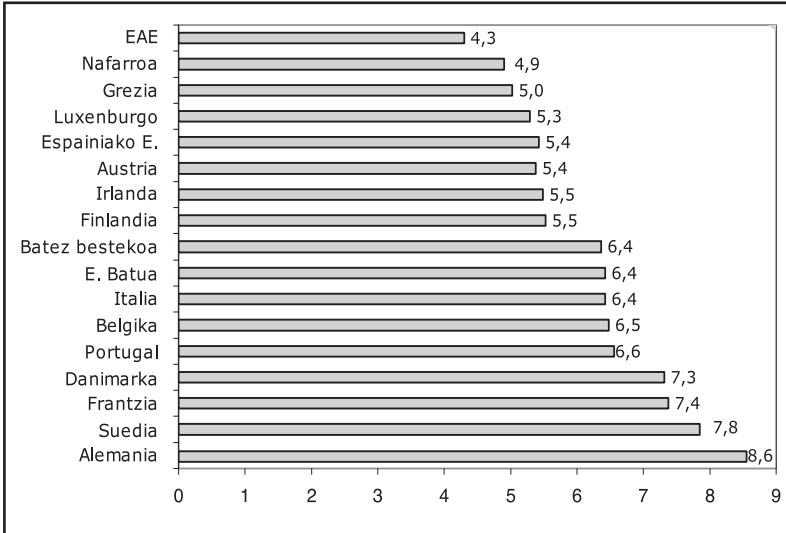
Hego Euskal Herrian, inguruko osasun-sistematik onena eskaintzen dela arrandiatu ohi dute. Sail jakin bati esleitzen zaion aurrekontu-zuzkidura ez da derrigorrez sail horrek eskaintzen duen kalitatearen isla; bai, ordea, sail horrek behar bezala jardun dezan egiten den ahaleginaren adierazleetakoa bat.

Ildo horretan, osasun-sisteman gero eta diru publiko gehiago gastatzen dela entzun ohi dugu. Eta egia da, izan ere. Prezioek gora egiten duten bitartean eta ekonomiak hazten segitzen duelarik, harrigarria litzateke osasunera gero eta diru gutxiago bideratzea! Gure gobernariak askotan erabiltzen dute tranpa dialektiko hori. Bilakaera ikusteko eta konparazioak egiteko erabili behar den adierazlea, ordea, sortzen den aberastasunetik aurrekontu-sail bakoitzari esleitzen zaion ehunekoak da. Kasu honetan, osasuneko gastu publikoari Barne Produktu Gordinetik (BPGtik) dagokion ehunekoari begiratu behar zaio.

Aldagai hori aztertzean ikusten denez, Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 2002ko ekitaldian (Europa mailako informazioa daukagun azken urtea), osasuneko gastu publikoak BPGaren %4,3ko pisua izan zuen, eskura daukagun informazioak hartzen dituen 15-EBko estatu kideetako ehunekorik baxuena, hain zuzen ere. Nafarroak bigarren portzentaje txikiena bideratzen du osasun publikora: BPGaren %4,9, zehazki esateko. Espainiako estatuak (BPGaren %5,4) EAEEK baino 1,1 eta Nafarroak baino 0,5 puntu gehiago zuzentzen ditu BPGtik osasun-sistema publikora. Osasuneko gastu publikorik handiena egiten duen estatua Alemania da (BPGaren %8,6), EAEEK edo Nafarroak egiten duenaren bikoitza ia.

2002an 15-EBn osasun publikora bideratu zenaren batez besteko ez-haztatua BPGaren %6,4koa izan zen, hau da, EAEEKoa baino 2,1 puntu eta Nafarroakoa baino 1,5 puntu gehiago. Dirutan azaltzeko esan dezakegu 2002an EAEn 15-EBko batez besteko ez-haztatua besteko BPG portzentajea bideratu balitz osasun publikora, gastatutakoak baino 978 milioi euro gehiago gastatu beharko zirela. Nafarroari dagokionez, 15-EBko batez bestekoaren arabera legokiokeena baino 180 milioi euro gutxiago gastatu ziren.

OSASUNeko GASTU PUBLIKOA (%BPG). 15-EB, 2002



Iturriak: ELGE, Eustat eta Instituto de Estadística de Navarra

2. Osasuneko gastu publikoa: bilakaera ezberdina

Propaganda ofizialak kontrakoa dioten arren, **EAEko osasuneko gastu publikoak** behera egin du. Izan ere, 1995ean, osasuneko gastu publikoa BPGaren %4,5ekoa izan zen, hots, 2005erako aurrekontu-proiektuan jasotakoa baino 0,2 puntu gehiagokoa. Horren arabera, 2005ean osasunera 1995eko portzentaje bera zuzenduko balitz, 2005eko aurrekontuan islatutakoak baino 107 milioi euro gehiago gastatu beharko lirateke.

Nafarroan, BPGaren 0,2 puntuko igoera gertatu da osasuneko gastu publikoan, 1995etik 2005era bitarte BPGaren %4,5etik %4,7ra igaro delarik. Dena den, oso igoera txikia da hori, eta, oraindik ere, **15-EBko batez bestekotik oso urrun jartzen du osasuneko gastu publikoa.**

**OSASUNeko GASTU PUBLIKOAREN BILAKAERA.
HEH, 1995-2005**

	1995 (% BPG)	2005 (% BPG)	95-05 bilak.	Dif. (Milioi €)
EAE	4,5	4,3	-0,2	- 107
NAFARROA	4,5	4,7	+0,2	+28,8

Iturriak: Eusko Jaurlaritzza eta Osasunbidea.

3. Ohe kopurua ere, Europakoa baino txikiagoa

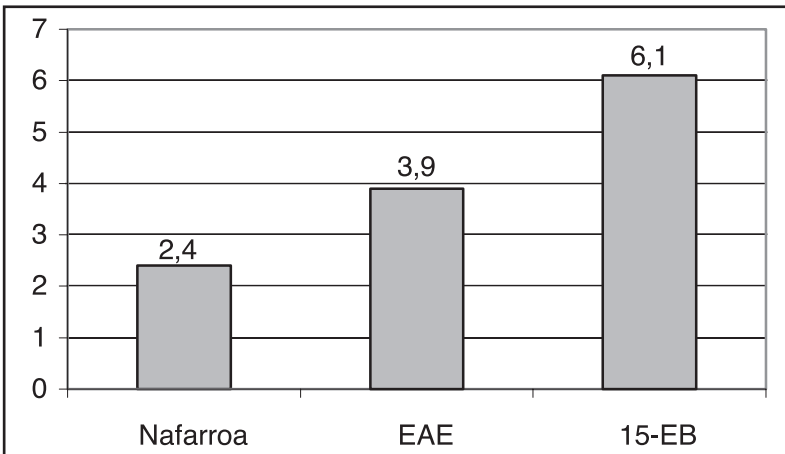
Ospitale-sektoreko ohe-kopurua biztanleriaren araberrako termino erlatibotan aztertuz gero, Hego Euskal Herrian, **Europako batez bestekoaren azpitik egoteaz gain, aldagai horretan atzerakada ere gertatu dela** ikus dezakegu.

Zehazki esateko: 1994an, **EAEn**, 4,3 ohe zeuden 1.000 biztanleko; 2003an, berriz, 3,9 ohe besterik ez zeuden. Beraz, 1.000 biztanleko ohe-kopurua 0,4 gutxitu da tarte horretan.

Nafarroari dagokionez, 2000n, 2,6 ohe zeuden 1.000 biztanleko, eta 2003an, 2,3 baino ez. Hortaz, 1.000 biztanleko ohe-kopurua 0,3 murriztu da.

Aldagai hori **Europaren gainerakoarekin** alderatzean ikusten dugunez, 25-EBn 2002an 6,4 ohe zeuden 1.000 biztanleko, eta 15-EBn, 6,1 (hau da, EAEn baino 2,2 ohe gehiago eta Nafarroan baino 3,7 gehiago).

OHE KOPURUA 1.000 BIZTANLEKO. HEH ETA 15-EB (2002)



Iturriak: Eusko Jaurlaritzza, Osasunbidea eta Eurostat

4. Lan baldintzak eta kalitateko osasun sistema: utzi ezinezko bi helburu

Erabaki politikoen emaitza diren aurrekontu-politikek erakusten dutenez, **osasunera bideratu izan diren bitartekoak ez dira nahikoak izan, gizartearen beharrak ugarituz joan direlarik.** Osasunerako aurrekontu-zuzkidura eskas horren ondorioz, sistemaren kalitatean zuzeneko eragina duten eta lan-baldintzak narriatu egiten dituzten gabezia garrantzitsuak azaltzen dira. Aldi berean, aurrekontuei buruzko erabaki politiko horiekin batera, aldaketa gertatu da osasuna kudeatzeko filosofian, osasuna merkantzia bihurtzerantz daraman aldaketa, hain zuzen ere. Hona hemen:

a) Osasun-sistemaren kalitate eskasa

Osasun-sistemaren gabezia batzuek zuzeneko eragina dute sistemaren kalitatean:

- Ohe gutxiegi ospitaleetan.
- Eguneko zentro gehiagoren beharra.
- Estali gabeko premiak (aho eta hortzetako osasuna, buruko osasuna eta zahartzaroko gaixotasunak).
- Langile eta bitarteko gutxiegi Lehen Mailako Arretan.
- Osasun-asistentziako masifikazioa (maila guztietan: Lehen Mailako Arretan, Ospitaleko Arretan eta larrialdietan).
- Koordinazio-falta Lehen Mailako Arretaren eta Arreta Espezializatuaren artean.
- Ebakuntza-gelak eta beste azpiegitura batzuk (errehabilitazioa...) gutxiegi erabiltzen dira.
- Langileen motibazio urria.
- Itzarote-zerrenda luzeegiak espezialitate batzuetan.
- Laguntza pribatuarekiko lotura arriskutsuak.

b) Langileen lan-baldintzak gero eta okerrago.

Osasun-sistemako langileria ez da HEHko instituzioen aurrekontu-politika neoliberalaren ondorioetatik kanpo geratzen: langileen lan-baldintzetara ere heldu da politika horren isla, eta nabarmenki txartu ditu aldi honetan:

- *Langile gutxiegi.*

Oraingo **plantilla ez da** dagoen lan-kargari behar besteko kalitatez erantzuteko **nahikoa**.

- *Lan-kargak areagotu egin dira.*

Lan-**erritmoek** eta plantillaren batez besteko **adinak** (plantillaren erdiak 50 urte edo gehiago ditu) **are latzago** bihurtzen dute lana; ondorioz, herritarrei ezin zaie behar bezalako arreta eskaini. Esaterako: osasun-etxeetan, sendagile bakoitzak batez beste 2.000 laguneko kupo baten ardura du, nahiz eta frogatuta dagoen 1.600dik gorako kupoekin kalitatea ezin dela bermatu. Gainera, askotan, pertsona batek bi postu betetzen ditu, normalean, arau gisa, norbait falta izanez gero, lana gainerako langileen artean banatzen baita.

- *Bitartekoen kudeaketa eraginkorra. Bitarteko eta behin-behineko langile gehiegi.*

Langile-gastuen kontrola helburu bihurtu da berez, eta horrek, **langile-gabezia** ez ezik, azken urteetan **KPIaren azpitiko soldatigoerak** egotea ere eragiten du.

Halaber, politika horren ondorioz, oso behin-behinekotasun handia dago kontratazioan. **EA**Eri buruz eskura daukagun informazioak erakusten duenez, 2003ko plantilla 22.404 lagunek osatzen zuten, nahiz eta enplegatutako pertsonen batez besteko kopurua 26.846koa izan; plantillan ez zeuden 4.442 lagun horiek egiturakoak izan beharko lukete, Osakidetzako ohiko langile dira eta.

Bestalde, pertsona bakoitzeko *kontratupean metatutako denbora* oso laburra da, aldi baterako langileen %22,12a bakarrik egon baitzen urte osoan lanean, eta langileon %50ak 6 hilabete baino gutxiagoz jardun zuen bertan:

ALDI BATERAKO KONTRATUEN IRAUPENA. OSAKIDETZA, 2003.

IRAUPENA	LANGILE KP.	LANGILE %
< 1 HILABETE	1.602	13,22
1 < 3 HILABETE	1.890	15,66
3 > 6 HILABETE	2.537	20,94
6 < 12 HILABETE	3.400	28,06
URTEBETE	2.080	22,12

Iturria: Osakidetzaren 2003ko memoria

2003an, Osakidetzan, 12.117 langilek izan zuten *aldi baterako kontratua*, eta 106.986 lan-kontratu egin ziren; horren arabera, aldi baterako langile bakoitzari, batez beste, 9 kontratu egin zitzaizkion urtean zehar.

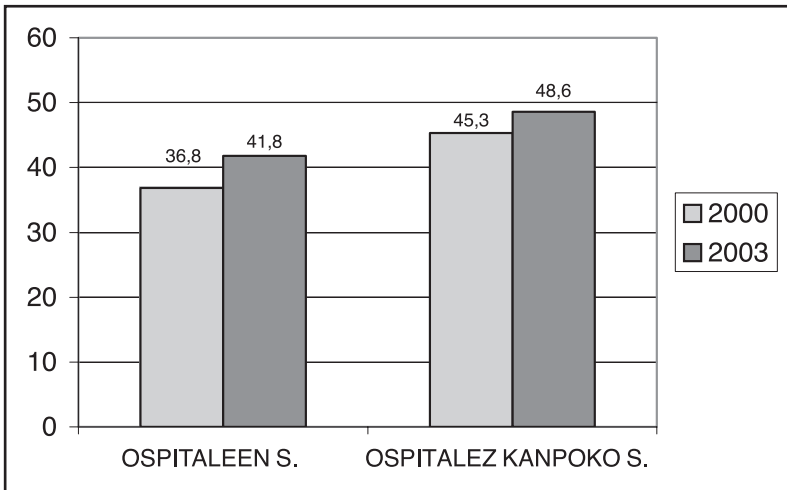
Osakidetzan 2003an sinatu ziren *kontratuen kopurua* EAEn urte horrexetan egin ziren behin-behineko kontratuen kopuru osoarekin (688.101) alderatzean, hauxe ikus dezakegu: Osakidetzako kontratuak %15,5 dira, Osakidetzako plantilla soldatako osoko biztanleriaren %3,7 delarik.

Nafarroako osasun-sistemako behin-behinekotasunari buruz, areagotu egin dela nabari da, bai ospitale-sektorean bai ospitalez kanpokoan.

Zehazki, 2003an, *ospitaleetako langileen* %41,8ak egiten zuen lan behin-behineko kontratuarekin, 2000n baino %5 gehiago, alegia, 2000ko portzentajea %36,8koa zen eta.

Ospitalez kanpoko sektorean, bestalde, behin-behinekotasunak 3,3 puntuko iguera izan du, 2000ko %45,3tik 2003ko %48,6rako, hain zuzen ere.

OSASUN SISTEMAKO BEHIN-BEHINEKOTASUNA.
NAFARROA, 2000-2003



Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

- Langileen nekea eta frustrazioa.

Egoerak nekea eta frustrazioa sortzen ditu langileengan, horiek, askotan, zerbitzuaren kalitatean eragina duten erabakiak hartu beharrean baitaude, kudeaketari dagokionez. Horrez gain, **atseka-bea** ere nabaria da osasun-sistemaren maila guztietan, oro har, eraginkortasuna lortzeko, asistentzia azkarregia eta, askotan, azalekoa eman behar dute eta.

c) Osasuna merkantzia bihurtzeko bidean

Aurrekontuekin loturiko erabakiekin batera, osasunaren kudeaketara filosofia-aldaketa ekarri duten hainbat erabaki politiko hartu dira. Hona hemen aldaketa horren isla:

- "Gaixo" berbaren ordeaz, "bezero" berba gailentzen da. Ildo horretan, "bezeroa" erabat asebetetzea lortu nahi da, eta eskaintzen den zerbitzuaren kalitatea neurtzeko, marketinaren adierazleak ia besterik ez dira erabiltzen. Eta ezjakintasunak eraginda, "gaixoak/erabiltzaileak" profesionalengandik jasotzen duen tratua eta "hoteleko" zerbitzuaren kalitatearen arabera (janaria, garbitasuna...) balioztatzen du osasun-sistema.

-
- Baliabideen kudeaketa eraginkorra deritzon horretan sakontzeko lan-sistemak ezarri dituzte. Horra hor, adibidez, "programa-kontratua", osasun-etxe edo ospitale bakoitza gainerrakoekin lehiatzen den kudeaketa-unitate bihurtzen duena, emaitza ekonomikorik onena lortzeko xedez. Horrek kontuen eta langile-gastuen kudeaketarekin eta ematen den zerbitzuaren kalitatearekin zerikusia duten erabakietan parte hartzera behartzen ditu langileak, norbait lanean falta izanez gero ordezkorik jarri ez eta lana banatzea erabakitzen, esaterako.
 - Bi alderdi horiek marketin-estrategiaren atal dira. Gainera, langileak osasun-sistema publikoarekin erabat identifikatu daitezten lortu nahi dute, trukean esker onik ere eman gabe.

Beraz, ondoriozta dezakegu aurrekontu-politikek zuzeneko eragina dutela gure osasun-sisteman, aipatu gabeziak sortuz, eta **gero eta txarragoak diren lan-baldintzetan islatuz.**

II. EAE: OSASUN SEKTOREA ZENBAKITAN

EAEko osasun-sektorearen egoera eta bilakaera aztertzeko, Eustaten informazioa erabiliko dugu, Osakidetzaren Memoriak ez ezik. Azterketan honako bi atal hauek bereiziko ditugu:

- Ospitale-sektorea
- Ospitaleez kanpoko sektorea

1. Ospitale-sektorea zenbakitan

Atal honetan, ospitale-sektoreak 1994 eta 2003 ekitaldien artean agertzen zituen kopuruak aztertuko ditugu, horixe baita daukagun informaziorik berriena. Honako atal hauetan antolatuko ditugu informazioa, ordenaz aurkezteko asmoz:

a) Ospitale-sektoreko baliabide ekonomikoak. 1994-2003

Ospitale-sektoreko baliabide ekonomikoak BPGaren arabera neurtuz gero, 1994tik 2003ra bitarte **jaitziera orokorra gertatu zela** ikus dezakegu:

- *Ospitale-gastu osoa* 1994an BPGaren %3,1ekoa izatetik 2003ko BPGaren %2,8ra igaro zen, eta, beraz, BPGaren 0,3 puntuko jaitziera izan zuen. Hori dirutan adierazteko, esan daiteke 2003ko ospitale-gastuaren ehunekoa 1994ko bera izan balitz, benetan gastatu zirenak baino 141,8 milioi euro gehiago gastatu beharko zirela.
- Ospitale-sektoreko *langile-gastuak* BPGaren %2,1ekoak izan ziren 1994an, hots, 2003an (BPGaren %1,7) baino 0,4 puntu handiagoak. Horren arabera, ospitaleko langile-gastuen ehunekoa 1994ko bera izanez gero, 2003an, atal honetan ere, gastatutakoak baino 141,8 milioi euro gehiago gastatuko ziren. Osasun arloko ospitale-gastu publikoak 1994 eta 2003 artean BPGarekiko izan duen murrizketa proportzionala langile-gastuen urripenaren ondoriozkoa da, batez ere.
- 1994ko BPGan, %0,16 zegoen *inbertsioko gastuari*, 2003an (BPGaren %0,13) baino 0,03 puntu gehiago, hain zuzen ere. Beraz, 2003ko BPGtik 1994ko ehuneko bera erabili balitz ospitale-inbertsioetara, gastatu zirenak baino 15,3 milioi gehiago bideratuko ziren horretara.

Hortaz, **ospitale-sektoreko baliabide ekonomikoak** dagokienez, gastu osoa, langile-gastua eta inbertsio-gastua murriztu dira, baina **urripen handiena langile-gastuan ageri da**.

**OSPITALE-SEKTOREKO BALIABIDE EKONOMIKOAK.
EAE, 1994-2003**

	1994	2003
GASTU OSOA (MILIOI €)	791,55	1.318,1
GASTU OSOA / BPG (%)	3,1	2,8
LANGILE GASTUAK (MILIOI €)	526,56	807,1
LANGILE GASTUAK / BPG (%)	2,1	1,7
INBERTSIOA (MILIOI €)	41,15	60,5
INBERTSIOA / BPG (%)	0,16	0,13

Iturria: Eustat

b) Ospitale-sektoreko bitarteko materialak eta giza baliabideak. 1994-2003

Aurreko atala irakurri ondoren espero daitekeen bezala, **ospitale-sektoreko bitarteko materialek murrizketa orokorra** izan dute:

- *Ospitaleen kopurua* 51tik 44ra igaro da 1994tik 2003ra bitarte; hots, aztertutako epealdian 7ko urripena izan du kopuruak.
- *Ohe-kopurua* 989tan murriztu da, 8.974etatik 7.985etara, hain zuzen, 1994 eta 2003 artean.

Ospitale-sektoreko langileen kopuruak, bestalde, 930 laguneko hazkundea izan du, 1994an 18.957 izatetik 2003an 19.887 izatera igarota. Gehikuntza hori ospitaleetako asistentziak izan duena baino askoz txikiagoa da.

**BITARTEKO MATERIALAK ETA GIZA BALIABIDEAK
OSPITALE-SEKTOREAN. EAE, 1994-2003**

	1994	2003
OSPITALE KOPURUA	51	44
OHE KOPURUA	8.974	7.985
LANGILEAK, GUZTIRA	18.957	19.887

Iturria: Eustat

**c) Ospitale-sektorean emandako zerbitzu-kantitatea
1994-2003**

Lan-karga nabarmen areagotu da:

- 1.000 biztanleko izan diren ospitaleratzeen kopurua 1994an 113,3 izatetik 2003an 135,3 izatera igaro da; beraz, 22ko hazkundera izan du.
- 1.000 biztanleko arreta egin zaien larrialdien kopurua 156,8tan handitu da, 1994an 350,6 izatetik 2003an 507,4 izatera igaro da eta.
- 1.000 biztanleko izan diren ebakuntza kirurgikoen kopurua 79,2tik 104,1era igaro da 1994 eta 2003 artean, hau da, 24,9ko hazkundera izan du.
- 1.000 biztanleko izan diren kanpo-kontsulten kopurua 1994ko 782etatik 2003ko 1.032etara pasatu da, 250,2ko gehikuntza jazota.

**OSPITALE-SEKTOREAN EMANDAKO ZERBITZU KANTITATEA.
EAE, 1994-2003**

	1994	2003
OSPITALERATZEAK 1.000 BIZTANLEKO	113,3	135,3
LARRIALDIAK 1.000 BIZTANLEKO	350,6	507,4
EBAKUNTZA KIRURGIKOAK 1.000 BIZTANLE.	79,2	104,1
KANPO-KONTSULTAK 1.000 BIZTANLEKO	782,0	1.032

Iturria: Eustat

**d) Ospitale-sektorean emandako zerbitzuari buruzko
beste ratio batzuk. 1994-2003**

Ospitale-sektoreko plantillaren hazkunde eskasa, emandako zerbitzuaren hazkunde nabarmena eta baliabide ekonomikoen murrizketa direla eta, egoera okerrera doala adierazten dute sekto-reko **okupazioari eta egonaldiei** buruzko zifrek:

- *Okupazio-indizea* 1994an, batez beste, %77,7koa izatetik 2003an %82,3koa izatera pasatu da; ospitaleen okupazioak, beraz, 4,6 puntuko igoera izan du.
- *Errotazio-indizea* %26,2tik %34,7ra igaro da 1994 eta 2003 artean (8,5 puntuko hazkundera).

- Ospitaleetako *batez besteko egonaldia* urtean 10,8 egunekoa izatetik 8,7 egunera pasatu da 1994 eta 2003 artean (2,1 egun gutxiago).
- Kirurgiako *batez besteko egonaldia* urtean 6,8 egunekoa izatetik 2003an 4,3 egunekoa izatera igaro da (2,5 egun gutxiagokoa).

**OSPITALE-SEKTOREKO OKUPAZIO ETA EGONALDI RATIOAK.
EAE, 1994-2003**

	1994	2003
OKUPAZIO INDIZEA (%)	77,7	82,3
ERROTAZIO INDIZEA (%)	26,2	34,7
BATEZ BESTEKO EGONALDIA	10,8	8,7
KIRURGIAKO BATEZ BESTEKO EGONALDIA	6,8	4,3

Iturria: Eustat

Itxaron beharreko denborari dagokionez:

- 2003an, *kirurgiako batez besteko itxaronaldi haztatua* 53,8 egunekoa zen, hau da, 2001ekoaren antzekoa eta 2002koa baino 1,4 egun laburragoa.
- Bestalde, *itxarote-zerrendetan zeuden pertsonak* 13.759 ziren 2003an, 2002an (13.576 lagun) baino 183 gehiago, eta 2001ean (13.538) baino 221 gehiago. Horrek erakusten duenez, itxarote-zerrendetan dauden kopurua gorantz doa.

**OSPITALE-SEKTOREAN ITXARON BEHARREKO
DENBORARI BURUZKO RATIOAK. EAE, 2001-2003**

	2001	2002	2003
KIRURGIAKO BATEZ BESTE. ITXAR. HAZTATUA	53,7	55,2	53,8
ITXAROTE-ZERRENDETAKO PERTSONA KP.	13.538	13.576	13.759

Iturria: Osakidetzaren Memoria. 2003

e) Ospitale-sektoreari buruzko laburpena. 1994-2003

- Ospitale-sektoreari zuzentzen diren baliabide ekonomikoen ehunekoa murriztu egin da BPGarekiko, eta langile-gastua da murrizketa horren eragile nagusia.
- Ospitaleak eta oheak gutxitu egin dira.
- Plantillak oso hazkunde txikia izan du.
- Emandako zerbitzu-kantitatea handitu egin da.

- Ospitaleen okupazioa areagotu egin da, eta ospitaleetako egonaldia, berriz, murriztu.
- Itxarote-zerrendetan dauden pertsonen kopurua handitu egin da (2001etik aurrera).

2. Ospitalez kanpoko sektorea zenbakitan

A pesar de disponer de menos información que para el sector hospitalario, en este apartado analizaremos la información que tenemos para el sector extra-hospitalario en la CAPV, también en este caso para los ejercicios 1994 y 2003.

EAEko ospitalez kanpoko sektoreari buruz daukagun informazioa ospitale-sektorearen gainekoa baino urriagoa da, baina 1994tik 2003ra bitartekoa da honako hau ere.

a) Ospitalez kanpoko baliabide ekonomikoak. 1994-2003

Ospitale-sektorean bezala, ospitalez kanpoko sektorera zuzendutako **baliabide ekonomikoetan** ere **murrizketa** izan da. Ikus dezagun:

- Ospitalez kanpoko *gastu osoa* 1994an BPGaren %0,9tik 2003an BPGaren %0,7ra igaro zen; horrek esan nahi du 2003an, ospitalez kanpoko sektorean, 1994ko gastu bera egin balitz, gastatu zirenak baino 89 milioi euro gehiago gastatuko zirela.
- Ospitalez kanpoko *langile-gastua* 1994ko BPGaren %0,8tik 2003ko %0,6ra pasatu zen. 2003an atal horretara 1994ko ehuneko bera bideratu balitz, gastatutakoak baino 84,9 milioi euro gehiago gastatuko ziren. Ospitalez kanpoko sektorean ere, gastu osoaren murrizketaren eragile nagusia langile-gastua da.

OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREKO BALIABIDE EKONOMIKOAK. EAE, 1994-2003

	1994	2003
GASTU OSOA (MILIOI €)	230,20	335,14
GASTU OSOA / BPG (%)	0,9	0,7
PERTSONAL GASTUA (MILIOI €)	197,66	279,32
PERTSONAL GASTUA / BPG (%)	0,8	0,6

Iturria: Eustat

b) Bitarteko materialak eta giza baliabideak ospitalez kanpoko sektorean. 1994-2003

Ospitalez kanpoko sektoreko **bitarteko materialak** ere **urritu egin dira**. Ildo horretan:

- Ospitalez kanpoko *zentroak* 1994an 452 izatetik 2003an 440 izatera igaro dira: 12 zentroko murrizketa izan da, beraz.

Bestalde, ospitalez kanpoko langileen kopurua 6.671tik 6.966ra pasatu zen 1994 eta 2003 bitarte, **oso gehikuntza txikia** (295ekoa) izan ondoren.

BITARTEKO MATERIALAK ETA GIZA BALIABIDEAK OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREAN. EAE, 1994-2003

	1994	2003
ZENTROAK, GUZTIRA	452	440
LANGILEAK, GUZTIRA	6.671	6.966

Iturria: Eustat

c) Ospitalez kanpoko sektorean emandako zerbitzu-kantitatea. 1994-2003

Lan-karga ospitalez kanpoko sektorean ere **areagotu da nabarmenki**. Izan ere:

- Biztanleko eta urteko *kontsultak* 1994an 5,6 izatetik 2003an 6,1 izatera igaro dira, (0,5ko gehikuntza).
- *Medikuntza orokorrean*, biztanleko eta urteko *kontsulten kopurua* 3,8tik 4,2ra pasatu da 1994 eta 2003 artean; hau da, 0,4ko gehikuntza izan du.
- *Pediatrian*, umeko eta urteko *kontsulten kopurua* 1994ko 4,8etatik 2003ko 6,7etara igaro dira; hots, 1,9ko hazkundea izan da.

OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREAN EMANDAKO ZERBITZU KANTITATEA. EAE, 1994-2003

KONTSULTAK BIZTANLEKO	1994	2003
SENDAGILEAK, GUZTIRA	5,6	6,1
MEDIKUNTZA OROKORRA	3,8	4,2
PEDIATRIA (0<14 URTE)	4,8	6,7

Iturria: Eustat

e) Ospitalez kanpoko sektoreari buruzko laburpena.
1994-2003

- Ospitalez kanpoko sektoreko baliabide ekonomikoei BPGan dagokien ehunekoa urritu egin da, batez ere langile-gastuetan izandako murrizketak eraginda.
 - Ospitalez kanpoko zentroak gutxitu egin dira.
 - Sektoreko langileen kopuruak hazkunde txikia izan du.
 - Emandako zerbitzu-kantitatea areagotu egin da.
-

III. NAFARROA: OSASUN SEKTOREA ZENBAKITAN

Nafarroako osasun-sektoreari buruzko informazioa aztertzeko, Osasunbidearen memoriak erabiliko ditugu; eskuratu ahal izan ditugun daturik zaharrenak 2000koak dira.

Azterketa egiteko, honako bi atal hauek bereziko ditugu:

- Ospitale-sektorea.
- Ospitalez kanpoko sektorea.

1. Ospitale-sektorea zenbakitan

Atal honetan, ospitale-sektoreak 2000 eta 2003 ekitaldian agertzen zituen zifrak aztertuko ditugu.

Ospitale-sektoreari buruzko azterketa ordenaz aurkezteko, hainbat sailetan banatu dugu informazioa:

a) Ospitale-sektoreko baliabide ekonomikoak. 2000-2003

2000 eta 2003 bitartean ospitale-sektorerara bideratutako **baliabide ekonomikoen** bilakaera aztertzean ikus daitekeenez:

- 2003an, *ospitale-gastu osoari* BPGtik zegokion ehunekoa %2,65ekoa zen, hau da, 2000n (urte horretan %2,56 egokitu zitzaion) baino 0,1 puntu gehiago.
- *Inbertsioko gastuari* %0,09 zegokion BPGtik 2003an, 2000n (BPGaren %0,14) baino 0,05 puntu gutxiago, alegia. 2003ko BPGtik 2000ko ehuneko bera zuzendu balitz ospitale-inbertsiora, atal horretan gastatutakoa baino 7 milioi euro gehiago gastatuko ziren.

Beraz, **gehikuntza** txikia izan da **ospitale-gastu osoan**, eta **inbertsioko gastuan**, berriz, **murrizketa**.

OSPITALE-SEKTOREKO BALIABIDE EKONOMIKOAK. NAFARROA, 2000-2003

	2000	2003
GASTU OSOA (MILIOI €)	271,6	336,4
GASTU OSOA / BPG (%)	2,56	2,65
INBERTSIOA (MILIOI €)	15,1	11,1
INBERTSIOA / BPG (%)	0,14	0,09

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

**b) Ospitale-sektoreko bitarteko materialak eta giza
baliabideak. 2000-2003**

Ospitale-sektoreko bitarteko materialetan urripena gertatu da.
Zehazki:

- *Ohe kopurua* murriztu egin da, 2000n zeuden 1.406etik 2003ko 1.343etara; hots, 63ko urripena izan da.

Bestalde, ospitale-sektoreko **plantilla** hazi egin da, 5.632tik 6.177ra, 2000 eta 2003 artean.

**OSPITALE-SEKTOREKO BITARTEKO MATERIALAK ETA GIZA
BALIABIDEAK. NAFARROA, 2000-2003**

	2000	2003
OHEAK	1.406	1.343
LANGILEAK, GUZTIRA	5.632	6.177

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

**c) Ospitale-sektoreak emandako zerbitzu-kantitatea.
2000-2003**

Orokorrean, **lan-karga areagotu egin da:**

- 1.000 biztanleko izan diren larrialdien kopuruak 11,8ko hazkundera izan du, 2000n 426,4 izatetik 2003an 438,2 izatera igaro baita.
- 1.000 biztanleko izan diren kontsulten kopurua 2000ko 1.506,7etik 2003ko 1.520,4etara pasatu da; hots, 13,7ko gehikuntza egon da.
- 1.000 biztanleko egindako ebakuntza kirurgikoak gutxitu egin dira (2000ko 74,3etik 2003ko 72etara).
- 1.000 biztanleko izan diren ospitaleratzeak 97,2tik 94,1era igaro dira 2000 eta 2003 artean; beraz, 3,1eko murrizketa egon da.

**OSPITALE-SEKTOREAN EMANDAKO ZERBITZU KANTITATEA.
NAFARROA, 2000-2003**

	2000	2003
LARRIALDIAK 1.000 BIZTANLEKO	426,4	438,2
KONSULTIAK 1.000 BIZTANLEKO	1.506,7	1.520,4
EBAKUNTZA KIRURGIKOAK 1.000 BIZTANLEKO	74,3	72
OSPITALERATZEAK 1.000 BIZTANLEKO	97,2	94,1

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003

**d) Ospitale-sektoreak emandako zerbitzuari buruzko
beste ratio batzuk. 2000-2003**

Ohe-kopuruan izandako murrizketa, plantillaren hazkunde urria eta emandako zerbitzu handiagoa direla eta, ospitale-sektoreko zerbitzuarekin loturiko **okupazioari eta egonaldiari** buruzko zifrek egoerak **txarrera** egin duela erakusten dute:

- *Okupazio-indizea* 2000n, batez beste, %77,6koa izatetik 2003ko %79,2ra igaro da; ospitaleen okupazioa, beraz, 1,6 puntu hazi da.
- *Errotazio-indizea* 2000ko %38,6tik 2003ko %41,5era hazi da (2,9 puntuko hazkundera).
- Ospitaleetako *batez besteko egonaldia* 2000ko 7,3 egunetatik 2003ko 7etara murriztu da (0,3 eguneko batez besteko urripena).

**OSPITALE-SEKTOREKO OKUPAZIO ETA EGONALDI RATIOAK.
NAFARROA, 2000-2003**

	2000	2003
OKUPAZIO INDIZEA (%)	77,6	79,2
ERROTATIO INDIZEA (%)	38,6	41,5
BATEZ BESTEKO EGONALDIA	7,3	7

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003

Itxaronaldiei buruzko ratioak aztertzean ikus daitekeenez, **itxaronaldiak luzatu** egin dira, bai ebakuntza kirurgikoei, bai lehenengo kontsultei dagokienez. Hona hemen:

- *Kirurgiako batez besteko itxaronaldi haztatua* 2000n 54 egunekoa izatetik 2003an 71 egunekoa izatera igaro da (17 eguneko batez besteko luzapena).

- Bestalde, ebakuntza kirurgikoa egiteko zain dauden pertsonen kopuruak 2.523ko gehikuntza izan du, 2000n 4.597 lagun izatetik 2003an 7.120 izatera pasatu dira eta.
- Lehenengo kontsultetarako batez besteko itxaronaldi haztatua 28 egunekoa zen 2003an, hots, 2000koa (23 eguneko itxaronaldia) baino 5 egun luzeagoa.
- Lehenengo kontsultetarako zain zeudenak 28.939 lagun ziren 2003an, hau da, 2000n (16.469) baino 12.470 gehiago.

**OSPITALE-SEKTOREKO ITXARONALDIEI BURUZKO RATIOAK.
NAFARROA, 2000-2003**

	2000	2003
EBAKUNTZA KIRURGIKOA		
BATEZ BESTEKO ITXARONALDI HAZTATUA	54	71
ZAIN ZEUDEN PERTSONAK	4.597	7.120
LEHENENGO KONTSULTA		
BATEZ BESTEKO ITXARONALDI HAZTATUA	23	28
ZAIN ZEUDEN PERTSONAK	16.469	28.939

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

e) Ospitale-sektoreari buruzko laburpena. 2000-2003

Ospitale-gastuari BPGtik dagokion ehunekoa pixka bat handitu den arren:

- Inbertsioko gastuari BPGan dagokion portzentajea urritu egin da.
- Ohe-kopurua murriztu egin da.
- Plantillak oso hazkunde txikia izan du, eta, HEHri buruzko ondorioetan ikus daitekeenez, behin-behinekotasuna nabarmentki hazi da.
- Ospitaleen okupazioa areagotu eta ospitaleetako egonaldia laburtu egin da.
- Itxaronaldiko egunen kopurua eta zain dauden pertsonen kopurua hazi egin dira.

2. Ospitalez kanpoko sektorea zenbakitan

Atal honetan, ospitalez kanpoko sektoreari buruz daukagun informazioa aztertuko dugu. Arestikoena 2003koa da.

a) Ospitalez kanpoko baliabide ekonomikoak. 2000-2003

Ospitale-sektorean bezala, ospitalez kanpoko sektorean ere egon da **nolabaiteko hazkundera baliabide ekonomikoetan**, baina **inbertsioko gastua gutxitu egin da** hor ere. Ikus dezagun:

- Ospitalez kanpoko *gastu osoa* 2000n BPGaren %1,7koa izate-tik 2003ko BPGaren %1,8ra pasatu da.
- *Inbertsioko gastua*, bestalde, 2000ko BPGaren %0,06tik 2003ko %0,02ra murriztu da, ospitalez kanpoko sektorean ere.

OSPITALEZ KANPOKO BALIABIDE EKONOMIKOAK. NAFARROA, 2000-2003

	2000	2003
GASTU OSOA (MILIOI €)	181,8	232,3
GASTU OSOA / BPG (%)	1,7	1,8
INBERTSIOA (MILIOI €)	6,4	3,1
INBERTSIOA / BPG (%)	0,06	0,02

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

b) Bitarteko materialak eta giza baliabideak ospitalez kanpoko sektorean. 2000-2003

Bitarteko materialei eta giza baliabideei dagokienez:

- Lehen mailako *arreta zentroak* 54 izan dira 2003an, 2000n (53) baino 1 gehiago, alegia.
- Ospitalez kanpoko langileen kopurua 2.237etatik 1.662etara igaro da 2000 eta 2003 bitarte; hau da, 575ko urripena egon da.

BITARTEKO MATERIALAK ETA GIZA BALIABIDEAK OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREAN. NAFARROA, 2000-2003

	2000	2003
ZENTROAK, GUZTIRA	53	54
LANGILEAK, GUZTIRA	2.237	1.662

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

c) Ospitalez kanpoko sektorean emandako zerbitzu-kantitatea. 2000-2003

Ospitalez kanpoko sektorean, bai **medikuntza orokorreko** eta bai pediatriako **lan karga areagotu egin da**. Hona hemen:

- *Medikuntza orokorrean*, biztanleko izan diren *kontsultak* 2000n 4,9 izatetik 2003an 5,3 izatera pasatu dira; hots, 0,4ko gehikuntza izan da.
- *Pediatrian*, ume bakoitzeko eta urteko kontsulten kopurua 2000ko 6etatik 2003ko 6,4etara igaro da; 0,4ko hazkundea gertatu da, beraz.

OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREAN EMANDAKO ZERBITZUA.
NAFARROA, 2000-2003

KONTSULTAK BIZTANLEKO	2000	2003
MEDIKUNTZA OROKORRA	4,9	5,3
PEDIATRIA (0<14 URTE)	6	6,4

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003

Ospitalez kanpoko sektoreari buruzko informazioak ere **itxaroste-zerrendak handitu** egin direla erakusten du. Zehazki:

- Lehenengo kontsultetarako *batez besteko itxaronaldi haztatuak* 5 eguneko luzapena izan du, 2000ko 23 egunetatik 2003ko 28etara, hain zuzen ere.
- Lehenengo kontsultetarako *zain dauden pertsonen kopuruak* 12.470 laguneko gehikuntza izan du: 16.469tik 28.939ra, 2000 eta 2003 artean.

OSPITALEZ KANPOKO SEKTOREAN EMANDAKO ZERBITZUA ETA
ITXARONALDIA NAFARROA, 2000-2003

	2000	2003
LEH. KONSUL. BATEZ BEST. ITXARON. HAZT.	23	28
LEHENENGO KONSULTA. ZAIN DAUDENAK	16.469	28.939

Iturria: Osasunbidearen memoria. 2003, 2000

**c) Ospitalez kanpoko sektoreari buruzko laburpena.
2000-2003**

Ospitalez kanpoko sektoreko gastuak gehikuntza txikia izan badu ere:

- Ospitalez kanpoko inbertsiora bideratzen den BPG ehunekoa murriztu egin da.
- Sektorean diharduten langileen kopurua urritu egin da, eta HEHri buruzko ondorioen atalean ikusten denez, behin-behinekotasuna biziki handitu da.
- Kontsulta kopurua gehitu egin da, bai medikuntza orokorrean, bai pediatrian.
- Itxaronaldia areagotu egin da, bai egun-kopuruari bai zain dauden pertsonen kopuruari dagokienez.

IV. PROPOSAMENAK

Txosten honetan, HEHko osasun-sistema publikoaren gabeziak aipatu ditugu. Hutsune horietako batzuk osasun-sistema publikoak berak agertarazi ditu, zuzendu zaion aurrekontu-zuzkidura urriaren zioz. Beste batzuk aldagaiak Europar Batasunarekin alderatzean geratzen dira agerian. Kasu batean zein bestean, informazio-faltak dokumentu honetan aztertu ezin izan ditugun gabezia gehiago badaudela pentsarazten digu.

Atal honetan, kalitateko osasun-sistema publikoa lortzeko proposamen batzuk jaso ditugu.

1. Osasuneko gastu publikoa handitzea

a) Europako Batasuneko batez bestekora berdindu

Osasuneko gastu publikoari BPGan dagokion ehunekoa 15-EBko batez bestekoaren mailararte (BPGaren %6,4) handitu beharko litzateke. Horrek esan nahi du EAeko **osasuneko gastu publikoak** (BPGaren %4,3) BPGaren 2,1 puntu hazi beharko lukeela, eta Nafarroakoak (BPGaren %4,9) 1,5 puntu.

Horrelako proposamenen aurrean, dirurik ez dagoela erantzun ohi dute instituzioek, edo, gastu bat handitzeko, besteren bat murriztu egin behar dela. Gure ustez, argi dago hori ez dela bidea. HEHko fiskalitateari buruz urtero egiten dugun azterlanak erakusten duenez, **presio fiskala 15-EBkoa baino 9 puntu beherago dago**. Hau da, Hego Euskal Herrian, urtero, 15-EBn baino 5.470 milioi euro gutxiago biltzen dira zergen zioz. Enpresaburuen errentetan izaten den iruzur fiskala desagertaraziz eta kapitalaren eta errenta handien gaineko zuzeneko zerga handiagoak ezarritik, gure instituzioek askoz diru-sarrera publiko mardulagoak edukiko lituzkete, eta, horrela, besteak beste, osasun publikorako zuzkidura handitu eta atal honetan aztertzen ari garen hutsuneak estali ahal izango lituzkete.

b) Bitarteko materialak ugaritzea

Bai ospitaleetan bai osasun-etxeetan, bitarteko materialetan egiten den inbertsioa murriztu egin dela erakusten digute datuek. Zehazki, eskura daukagun informazioak argitzen digunaren arabera, ezinbestekoa da ohe-kopurua ugaritzea. Izan ere, EAEn, 15-EBko batez bestekora (6,1) heltzeko, 1,6 bider **handiagoa izan beharko luke** 1.000 biztanleko **ohe-kopuruak** (3,9), eta Nafarroan (2,4), 2,5 bider handiagoa.

Aitzitik, txostenak erakusten duenez, Europako mailara hurbildu beharrean, HEHko ohe-kopurua urritu egiten ari da. Horren eraginez, ospitaleetako egonaldi izan beharko luketen kasu askori etxeetan egin behar zaie arreta. Lehen mailako laguntzaren eta ospitaleko laguntzaren arteko koordinazio-falta eta bitarteko urriak direla eta, prozesuok ez dira beti pozgarriak izaten gaixoentzat. Lehen Mailako Arreta giza baliabide eta bitarteko material gehiagoz hornitu behar da, etxeko asistentzia baldintza egokietan emateko eta ospitaleak gehiegi ez betetzeko. Kasu heuetan, arreta honi etxeetan era egokian erantzuteko (beti ere osasun zentroen ardurapean) beharrezkoa da osasun zentroak hobeto hornitzea, pertsonal nahiz baliabidez.

c) Osasun sistema publikoaren estaldurak zabaltzea

Gaur egun, osasun-sare publikoak ez ditu lehen mailako premia guztiak estaltzen. Buruko osasunari eta gaixotasun psikosozialei ematen zaien arreta oso kolokakoa da, eta gaixoen zaintza senitartekoen ardurapean geratzen da, funtsean. Era berean, zahartzaroko gaixotasunei sektore pribatuarentzat egundoko negozio-burtsa bailiran begiratzen zaie, eta, horregatik, osasun-sistema publikoak ez ditu estaltzen. Aho eta hortzetako osasuna eta oftalmologia ere estali gabeko beharizanetakoak dira. Horren eraginez, ordaindu ahal duten biztanleek zentro pribatuetara jotzen dute, eta biztanleriaren zati bat hori egin ezinik geratzen da.

Kalitatekotzat hartzen den edozein osasun-sistema publikok lehen mailako premia guztiak estali beharko lituzke, herritar guztien beharrak asetzeko, herritarron errenta edozein dela ere.

2. Sare publikoa indartzea

Osasun-sare publikoa indartu egin behar da, bera delako **kalitateko zerbitzua eta denontzako berdina eskaintzeko helburuari** lehentasuna ematen dion bakarra. Sistema pribatuaren eta itunpeko sistemaren helburua ahalik eta mozkinik gehien lortzea da, osasuna merkantzia gisa erabiliz. Horregatik, **baliabide publikoak sare publikora bideratu behar dira**.

Hortaz, osasun-sistemaren kudeaketaren filosofia aldatu egin behar da. Osasuna eskubidea da, merkantziatzat har daitekeen zerbitzu barik. Osasun arloko politikek kalitatea eta berdintasuna izan behar dituzte irizpide.

Gehiago ez pribatizatzeko konpromisoarekin batera, lehengora bihurtu behar dira egin izan diren maila ezberdinetako azpikontratazioak:

- Besteak beste, kafetegia, jantokia, sukaldea, garbiketa, segurtasuna eta mantentze-lanak azpikontratatu dira.
- Larrialdietako etxeko arreta pribatizatuz joan da, azpikontratutako sendagileen bidez, bai eta larrialdietako telefonozko arreta, anbulantziak (ibilgailuak, gidariak eta osasun-langileak), artxiboak, laginen garraioa, esterilizazioa eta ikerketa ere.
- Egiten ari den politikak mota guztietako zerbitzuak ituntzeko joera erakusten du (ebakuntza kirurgikoak, hainbat proba, egonaldi luzeetako arreta,...).
- Mutualitateen jardun-eremua zabaldu egin da.

Sendagai generikoen erabilpena **ez da oraindik maila esanguratsuetara iritsi**; behar-beharrezkoa da sendagai horiek sustatzea.

Bestalde, osasun-sistema publikoaren aldeko aukerak dudarik gabekoa izan behar du langileei dagokienez. Osasun-sistema publikoak bertako profesional guztiak inplikatu behar ditu, eta kategoriaz igotzeko, erabakietan parte hartzeko, ikertzeko eta abarrerako ahalbideak eman behar zaizkie, profesionalok osasun publikoan bakarrik jardun dezaten.

3. Itxarote-zerrendak

Itxarote-zerrenden egoera hobetu egin behar da, eta gehienez 2 urteko epean, erdira murriztu, bai batez beste itxaron beharreko denborari bai zain dauden pertsonen kopuruari dagokienez. Gaurko egoera onartezina da, batez ere espezialitate batzuetan.

Ildo horretan, autokontzertazioak ez du itxarote-zerrendak laburtzen lagundu. Zalantzarik gabe, instalazioak hobeto aprobetxatzeak, langileak onetsi eta balioesteak (baita ekonomikoki ere) eta plantilla handitzeak asko lagunduko lukete, bai aparteko orduak, bai itxarote-zerrendak murrizten.

4. Arreta hobia emakume eta etorkinentzat

Osasun publikoak arreta hobia egin behar dio emakumeen eta etorkinen egoerari.

Europako Erkidegotik kanpoko etorkinen kopurua nabarmenki hazi da HEHn azken 8 urteetan. Pertsona horien osasuna asko makaltzen da aldaketa klimatologikoen, kolokako lan-baldintzen eta egoera berrira moldatu beharraren eraginez. Inguruabar horien zioz, hainbat motatako osasun-arazo espezifikoak nozitzen dituzte, batez ere arazo psikologikoak. Beraz, osasun publikoak erantzun egin behar die premia berri horiei.

Osasun-sistemek ez diete arreta berdina egiten gizonei eta emakumei. Ikerkuntzan ez ezik, ematen diren zerbitzuetan nola inbertituko den erabakitzeak orduan ere gertatzen da hori. Emakumeen arazoei ez zaie arreta egokia egiten. Horrez gain, aurrekontu- eta kudeaketa-politika neoliberalen ondorioz, murrizketak egiten dira emakumeentzako lehen mailako arretan (Emakumeentzako Altsasuko Arreta Zentroaren itxiera, adibidez, edo EAEn azterketa ginekologikoen artean iragaten den denbora luzatu izana). Horrela, osasun-sistema pribatua erabiltzera bultzatzen dute biztanleria. Emakumeentzako osasun-sisteman, informazio eta arreta handiagoak behar dira. Era berean, Osakidetzaren zein Osasunbidearen memoriatako informazioa eta osasun-sailen aurrekontuak genero-ikuspegian oinarriturik egin behar dira.

5. Langileei buruzko politika egokia

Gizarte garatua ez da bere ekonomia hazi egiten dela ikusten duena, herritarrei behar beste baliabide pertsonal zein material darabiltzaten zerbitzu publiko duinak eta kalitatekoak eskaintzen dizkiena baizik. Giza baliabideei dagokienez, behar-beharrezkoa da:

a) Plantilla handitzea

Osasungintza kalitatekoa izan dadin, ezinbestekoa da gero eta handiagoak diren premiei eta eskaintzen den zerbitzua handiagotu beharrari modu egokian erantzuteko adina langile egotea. Osasun-etxeetako familia-sendagileek 2.000 laguneko batez besteko kupoei egiten diete arreta. Osasun-laguntzaren kalitatearen gaineko edozein azterlanen arabera, tamaina horretako kupoekin ezinezkoa da kalitatea bermatzea. Kupoak 1.600 eta 1.800 lagun bitartera berregokitu behar dira. Arazo bera jazotzen da pediatrian, 800 eta 1.000 ume bitarteko kupoak izan beharko lituzkeena. Langile-faltaren ondorioz, saturazioa sortzen da aurretiko hitzorduko arloetan. Langile-gabezia bera sumatzen da ospitaleetan: horrek eta antolakuntza txarrak blokeatu egiten du solairuetako gaixoen irteera, eta, horren eraginez, besteak beste, larrialdietako zerbitzuak gainez egiten du.

b) Behin-behinekotasuna murriztea

Ezinbestekoa da hori, langileak osasun-sistemaren proiektuaren atal sentitu eta daukaten onena eman dezaten. Onartezina da behin-behinekotasuna oraingo mailetan egotea, batez ere, sektore publikoan, eta, bereziki, biztanleen osasunarekin diharduten langileen kasuan. Behin-behinekotasuna murriztu eta ahalik eta egonkortasunik handiena bilatu behar da behin-behineko langileentzat. Egunean bertan edo egun batetik bestera eta ordu gutxitarako egingdako kontratuek desagertu egin behar dute.

c) Langileen lan-baldintzak hobetzea

Horixe da beraien lana aintzat hartzeko eta lan ona egiteko motibazioa izan dezaten lortzeko bide bakarra. Harrigarria da (lotsagarria ez esatearren) administrazioek KPIaren azpitiko soldata-igorerak ezartzea, edo, EAEn egin duten bezala, gutxiengoekiko hitzarmenak sinatzea.

Langileen lan-baldintzetan eragina duten aldarrikapenen artean, kategoria bakoitzaren zereginak zehazten dituen lanpostu-balorazioa egitea eta erantzukizun, neke, arrisku eta abarren balioztapena gauzatzeko daude. Langileek euren lanaren aintzatespena behar dute, ordain ekonomikoarekin batera.

Horrez gain, lanaldi-murrizketak ezarri behar zaizkie 55 urtetik gorako langile guztiei, eta berehala ordaindu behar zaie antzinatasuna bitarteko eta aldi baterako langileei.

d) Euskalduntzea

Eusko Jaurlaritzak eta Nafarroako Gobernuak bermatu egin behar dute osasun-sistema publikoan pertsona guztiek zerbitzua euskaraz jasotzeko duten eskubidea. Osasunbidearen eta Osakidetza-eraren beharrezko euskalduntzea ezin da langile bakoitzaren borondatearen menpe utzi. Behar beste bitarteko erabili behar dira, ezin baita onartu langileetako askok euren poltsikotik ordainduta eta lanorduetatik kanpo euskaldundu behar izatea..
