

## GÜNEYDOĞU ANADOLU PROJESİ (GAP) VE SAĞLIK PLANLAMASINDAKİ YERİ

Nafiz BOZDEMİR

*South-east Anatolia Project and health planning.*

### GAP NEDİR?

Güneydoğu Anadolu Projesi (GAP) Türkiye Cumhuriyeti'nin en büyük bölgesel kalkınma projesi olup, dünyada uygulanan kalkınma projeleri arasında da en büyüklerinden biridir. Proje kapsamında Devlet Su İşleri (DSİ) tarafından planlanan, sulama ve hidroelektrik üretimine yönelik 13 büyük proje demeti yer almaktadır. GAP, Dicle ve Fırat nehirleri ile kolları üzerinde 22 baraj ve 19 hidroelektrik santralının inşasını kapsamaktadır. Proje tamamlandığında 1.7 milyon hektarın üzerinde arazinin sulanması ve 7,500 megavatın üzerinde bir kurulu kapasiteyle yılda 27 milyar kilovat/saatlik elektrik enerjisi üretilmesi planlanmaktadır (5).

Planlanan toplam sulama alanı, Türkiye'deki ekonomik olarak sulanabilir toplam alanın %19'una (8.5 milyon hektar); ve toplam yıllık elektrik üretimi, Türkiye'nin ekonomik olarak gerçekleştirilebilir hidroelektrik enerji potansiyelinin %22'sine (118 milyar kilovat/saat) tekabül etmektedir.

GAP alanı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Adıyaman, Batman, Diyarbakır, Gaziantep, Kilis, Mardin, Siirt, Şanlıurfa ve Şırnak illerini (9 ili) kapsamaktadır. Proje alanı, yaklaşık 75,000 km<sup>2</sup>'lik yüzölçümü ile, Türkiye yüzölçümünün %9.7'sini oluşturmaktadır.

GAP Bölgesi'nin nüfusu, 1990 sayım sonuçlarına göre 5.16 milyon'dur. Bu rakam toplam ülke nüfusunun %9.1'ini oluşturmaktadır. Ortalama nüfus yoğunluğu, GAP Bölgesi'nde 68.45 kişi/km<sup>2</sup> ve Türkiye'de 73 kişi/km<sup>2</sup>'dir. GAP Bölgesi'ndeki nüfus artış hızı Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Bölge nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, ekonomik olarak aktif nüfus oranının %47, 15 yaşından küçük olan nüfus oranının %50 ve 65 ve daha yukarı yaş oranının %3 olduğu görülmektedir. Bu rakamlar, bölgede bağımlılık oranının yüksek olduğunu göstermektedir. 1990 nüfus sayımına göre, bölge nüfusunun %50.5'i kent merkezlerinde yaşamaktadır. Bölgede, kırsal kesimde doğum oranı daha yüksektir, fakat göç almaları nedeniyle, kentsel merkezlerin nüfusları daha hızlı artmaktadır (12).

GAP, dünyada bugüne kadar denenmiş bölgesel kalkınma projelerinin en iddialılarından biridir. Proje, orijinal sulama ve elektrik enerjisi projelerine ek olarak sanayi, madencilik, ulaşım, eğitim, sağlık, haberleşme de dahil tüm ilgili sosyal ve ekonomik sektörleri kapsamaktadır.

### GAP'ın TARİHÇESİ (3,10)

1977: Daha önce hazırlanan Fırat ve Dicle havzalarının projelerinin "Güneydoğu Anadolu Projesi" adıyla birleştirilmesi ile ortaya çıkmıştır.

1986: Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Bölgesel Planlama çerçevesinde ele alınması, yürürlükte olan faaliyetlerin koordinasyonunun sağlanması ve yönlendirilmesi görevi Devlet Planlama Teşkilatına (DPT) verilmiştir.

1989: GAP Bölge Kalkınma İdaresi Teşkilatı kurulmuştur.

GAP Master Plan çalışmalarını, DPT başlatmış ve GAP Bölge Kalkınma İdaresi bitirmiştir. GAP Master Planında öngörülen temel kalkınma senaryosu bölgenin "Tarıma dayalı ihracat üssü" haline getirilmesidir.

1991: Sağlık Bakanlığı "GAP Sağlık Sektörü Uygulama Planı"nı yaptırmıştır (18). Aynı tarihlerde, Millî Eğitim Bakanlığı "GAP Eğitim Sektörü Uygulama Planı"nı ve diğer ilgili sektörler de kendi planlarını yaptırmışlardır.

1992: Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği "1.Ulusal Sağlık Kongresi"nde "GAP ve Sağlık" isimli bir çalışma grubu oluşturulmuş ve çalışma grubu "2000 yılına kadar, ülke geneli ile GAP bölgesinin sağlık düzeyi ölçütleri arasındaki fark %50'den %25'e; 2005 yılına kadar fark kabul edilebilir varyasyon içinde en düşük düzeye ulaşmalıdır" hedefini belirlemiştir. Bu düşünce, Sağlık Bakanlığının hazırladığı, Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanının, 30.hedefinde "Doğu ve Güneydoğu Anadolu Sağlık Projesi en geç 1993 yılı içinde hazırlanacak ve finansmanı sağlanacak, 1994 yılında uygulamaya konarak 1999 yılında bitirilecektir. 2000 yılında bu bölgenin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı durumu %75 oranında azaltılmış olacaktır" şeklinde yer almıştır (15,16).

1993: Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği "2. Ulusal Sağlık Kongresi"nde ise bu konu ile ilgili çeşitli öneriler ve stratejiler geliştirilmiştir (17).

1993: Sektör planları birleştirilerek, GAP Hareket Planı yapılmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Bu planın ikinci maddesi, "Bölgedeki sağlık ve eğitim hizmetlerinin, ülke ortalamalarına getirilmesi" hedefini ortaya koymuştur (4).

### GAP BÖLGESİ'NDE MEVCUT DURUM

Halen bölge tüm sektörler itibariyle, ülkenin diğer bölgelerine göre geri bir durumdadır. Bölgede enerji üretimi ve sulama yanında yapılması gerekenler konusunda ancak bugünkü durum gözönüne alındığında gerçekçi bir fikir oluşturulabilir.

#### 1. Kentsel Altyapı:

GAP kapsamında 9 il, 76 ilçe ve 75 adet kasaba belediyesi olmak üzere toplam 151 belediye bulunmaktadır. Bu beldelerde, mevcut altyapının iyileştirilmesi ile, muhtemel nüfus artışına yeterli olacak altyapılı kentsel yerleşme alanlarının düzenlenmesi, projenin en önemli amaçlarından biridir.

Bölge belediyelerinde altyapı hizmetlerinden harita ve imar planı konusunda büyük ölçüde bir sorun bulunmamaktadır. İçme suyu ve kanalizasyon sektörlerinde durum oldukça farklıdır. Bölge beldelerinin sadece 15 tanesinde yeterli içme suyu ve sadece 3 tanesinde yeterli kanalizasyon şebekesi bulunmaktadır (6,7).

## 2. Kırsal Altyapı:

GAP Bölgesi'nde bugün 3883 köy ve 5034 köy başlısı yerleşme birimi bulunmaktadır. Kırsal yerleşmelerde elektrik ve telefon konusunda önemli bir problem bulunmamaktadır. Ancak özellikle içme suyu hususunda bölgedeki kırsal altyapı oldukça yetersizdir (18).

## 3. Eğitim:

GAP Bölgesi'nde eğitim, en az diğer sektörler kadar önemlidir. Bölgede okuryazarlık oranı ilden ile farklılık göstermekle birlikte %47 ile %71 arasında değişmektedir (1985). Bu oran 1990 yılında %80'lere ulaşmışsa da Türkiye ortalamasının altındadır.

Okullaşma oranları ilkokul düzeyinde %79, ortaokul düzeyinde %33, lise düzeyinde %18, mesleki teknik eğitimde %32'dir. Gaziantep, bölgede okullaşmanın en yüksek olduğu ildir (18).

## 4. Sağlık:

1990 nüfus sayımı sonuçları, bölgede büyük yerleşim yerlerinin küçük yerleşim yerlerine oranla gittikçe daha fazla önem kazandığını ortaya koymuştur. 2005 yılı itibariyle büyük kentlerin nüfusu, kırsal alan nüfusunun 2 katına ulaşacak, bu da en başta sağlık olmak üzere, sosyal hizmetlerdeki iş gücünün kentlerde yoğunlaştırılmasını gerektirecektir (12,14).

Bölgelerarası dengesizlik, diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de görülmektedir.

Bölgede 2'si üniversite hastanesi olmak üzere 55 hastane mevcuttur. Gaziantep'te 10, Diyarbakır'da ise 14 adet hastane vardır. Yatak sayısı ve Üniversite hastanesi olması nedeniyle, Diyarbakır sağlık hizmetleri bakımından en önde gelen ildir.

Bölgede bulunan hastaneler esas itibariyle devlet hastaneleridir. Yalnızca Diyarbakır, Gaziantep, Şanlıurfa ve Batman illerinde SSK hastaneleri, Diyarbakır'da bir ve Gaziantep'te üç adet olmak üzere dört özel hastane mevcuttur.

Bölgede toplam yatak sayısı 5988, yatak başına düşen nüfus ise 861 kişidir. Bölgenin sağlık göstergeleri itibariyle durumu 1.-7. tablolarda özetlenmiştir.

Tablo 1. GAP bölgesi ve Türkiye sağlık göstergeleri (1990) (18).

Gösterge	GAP	Türkiye
Kişi/yatak	861	409
Kişi/hekim	4870	2326
Kişi/hemşire-ebe	1298	751

Tablo 2. GAP bölgesi yataklı tedavi kurumları durumu (31.10.1995) (4).

	Nüfus*	Hastane	Yatak Sayısı**	10,000 nüfusa düşen yatak
GAP	6,064,880	60	7,090	11.6
Türkiye	62,526,000	1051	151,972	24.3

\*Nüfus DİE 1995 yılı tahminidir.

\*\* Yatak sayıları Sağlık Bakanlığından alınan son verilere dayanmaktadır.

Tablo 3. GAP bölgesi nin diğer sağlık tesisleri (31.12.1996) (4).

	Sağlık Ocağı	Sağlık Evi	Verem S.D.	AÇSAP Merkezi	Halk Sağ. Lab.	Sağlık ML
GAP	366	1086	22	24	5	15
Türkiye	4927	11888	255	268	86	326

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı

Tablo 4. GAP bölgesi sağlık personelinin ünvanlarına ve çalışma sürelerine göre dağılımı (18).

Personel	Personel sayısı	Çalışma süresi					
		-2 yıl		2-5 yıl		5+ yıl	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzman doktor	184	48	26.1	58	31.5	78	42.4
Pratisyen doktor	495	361	73.0	107	21.6	27	5.4
Hemşire	587	254	43.3	124	21.1	209	35.6
Ebe	782	413	52.8	181	23.1	188	24.1
Sağlık memuru	282	116	41.1	59	20.9	107	38.0
Toplam	2330	1192	51.1	529	22.7	609	26.2

Tablo 5. GAP bölgesinde sağlık personelinin ünvanlarına ve bölgede görev yapma sebeplerine göre dağılımı (18).

Personel	Personel sayısı	Görev sebepleri						
		Mecburi hizmet	Ekonomik sebepler	Tayin yaptırılamamak	Bölge insanı	Eş durumu	Diğer	
Uzman doktor	S 184	41	8	12	59	16	48	
	%	22.3	4.3	6.5	32.1	8.7	26.1	
Pratisyen doktor	S 495	252	9	30	89	35	80	
	%	50.9	1.8	6.1	18.0	7.1	16.2	
Hemşire	S 587	132	19	47	169	200	20	
	%	22.5	3.2	8.0	28.8	34.1	3.4	
Ebe	S 782	286	30	51	178	196	41	
	%	19.9	3.9	23.0	37.6	4.3	11.3	
Sağlık Memuru	S 282	56	11	65	106	12	32	
	%	19.9	3.9	23.0	37.6	4.3	11.3	
Toplam	S 2330	767	77	205	601	459	221	
	%	32.9	3.3	8.8	25.8	19.7	9.5	

Tablo 6. GAP bölgesinde çocuklarda ve büyüklerde görülen en önemli beş hastalık (18).

Sıra	Çocuklarda	Büyüklerde
1	İshal	Üst solunum yolu inf.
2	Üst solunum yolu inf.	Kalp hastalıkları
3	Kızamık	İshal
4	Pnömoni	Romatizma
5	Sarılık	Verem

Tablo 7. GAP bölgesinde çocuklarda ve büyüklerde meydana gelen ölümlerin nedenlerine göre dağılımı (18).

Sıra	Çocuklarda	Büyüklerde
1	İshal	Kalp hastalıkları
2	Zatürre	Kanser
3	Beslenme bozuklukları	Verem
4	Kızamık	İshal
5	Hepatit	Trafik kazaları

Sağlık göstergeleri, sağlık kurumları yönünden ülkemizin diğer bölgelerine göre daha geri durumdadır.

Sağlık personelinin bölgede kalma süresi ortalaması 2 yıl dolaylarındadır ve bölgede görev yapma nedenleri sağlık meslek gruplarına göre değişmekle birlikte %32.9 ile mecburi hizmetli olmaktadır.

Bölgenin çocuklarında, morbidite ve mortalite açısından infesiyon hastalıkları en önemli sağlık sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Büyüklerde ise infeksiyon hastalıkları önemini korumaktadır.

#### GAP SAĞLIK MASTER PLANI (18)

GAP bölgeler arası dengesizliği ortadan kaldırmak, az gelişmiş bölgelerdeki mevcut potansiyelleri harekete geçirmek ve geliştirmek, büyüme hızını devamlı kılmak, ihracatı geliştirmek ve sosyal refahı sağlamak gibi amaçlar doğrultusunda atılan adımlardan biridir.

GAP, Türkiye'nin Güneydoğu bölgesinde planlanmış büyük ölçekli, çok sektörlü bir projeler bütünüdür. Söz konusu bütün sektörlerin (enerji, tarım, sanayi, inşaat, ulaştırma vb.) harekete geçmesi ve gelişme göstermesi, bölge yaşayanlarının eğitim, sağlık gibi sosyal hizmetlere olan ihtiyacının da artmasına neden olacaktır.

Bu nedenle GAP bölgesinde mevcut sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi, GAP çerçevesinde yatırım ihtiyaçlarının tesbiti, sorun ve darboğazların belirlenip bunlara cevap verecek, öneri ve uygulama önceliklerini içeren bir çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

DPT tarafından hazırlatılan "Türkiye Sağlık Master Plan" çalışmasının bitimini takiben Sağlık Bakanlığı; zamanında gerekli tedbirleri almak, insangücü, fizik yapı ve

hizmet planlarının bir plan kapsamında belirlenecek esaslar doğrultusunda yapılmasını ve yönlendirilmesini sağlamak amacı ile "GAP Sağlık Sektörü Uygulama Planı"nı devreye sokmuştur.

GAP Sağlık Sektörü Uygulama Planı çalışmalarında, iki aşamalı bir plan geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Buna göre:

Türkiye sağlık sektörünün mevcut durumu incelenmiştir. Bu çalışmayı takiben GAP bölgesinin özelliklerini gözönüne alarak saha çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalar fiziki yapı nitelik ve nicelikleri, sağlık personeli sayısı, 15-49 yaş grubu kadın bilgi, tutum ve davranışı, sağlık personeli özlük, eğitim ve sosyal yapısı, bölge yöneticileri ve bölge üniversiteleri üzerinde yoğunlaştırılarak her bir konu ve birim için anketler düzenlenmiş ve durum analizi yapılmıştır. Böylece, yapılan anket çalışmalarının sonucunda elde edilen bütün bulgular ile GAP bölgesi ve yaşayanlarının sağlıklıla ilgili mevcut yapısı tesbit edilmiş ve değerlendirilmiştir.

Ayrıca, belirlenen hedefler doğrultusunda bölgenin personel ve kurum ihtiyaçları tesbit edilip bunlara ilişkin teklifler yapılmıştır (Tablo 8 ve 9).

Tablo 8. Bir hekime düşen nüfus projeksiyonu (18).

	1990	1995	2000	2005
Türkiye	1108	908	856	750
GAP	2304	1780	1250	750

Tablo 9. 10,000 nüfusa düşen yatak sayısı hedef projeksiyonu (18).

	1990	1995	2000	2005
Türkiye	24.0	24.9	25.5	26.0
GAP	13.2	17.8	21.9	26.0

İhtiyaç tesbit çalışmalarına göre; bölgenin 2005 yılında 1,343 köy sağlık evine, 503 sağlık ocağına, 69 kamu sağlığı merkezine ve 25,641 hasta yatağına ihtiyacı olacaktır.

Sonuç olarak;

- GAP Bölgesi Sağlık Sorunlarının ülke sorunlarından soyutlanamayacağı,
- Sağlık sektörünün kendi içinde ve sektörlerarası koordinasyonun sağlanması,
- Ülkenin sağlık yapısının, artan nüfus ve ihtiyaçlar karşısında reorganizasyonunun gerekliliği,
- Sağlık mevzuatının bir bütün haline getirilmesi ve dağınıklıktan kurtarılıp güncelleştirilmesi,
- İnsangücü yetiştirme, tayin etme ve yönetme sisteminin esaslarının güncelleştirilmesi,

- Fizik yapı proje, yatırım ve yerleşim kriterlerinin günün şartlarına adapte edilmesi,
- Finansman yapısının sisteminin değiştirilmesi, maliyet muhasebesinin oturtulması ve sosyal güvence sisteminin kurumsallaştırılarak bütün yaşayanları kapsar hale getirilmesi gibi bütün konuların ele alınarak çözümlenmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, bölge ölçeğinde arzulan hizmetlerin verilmesi pek mümkün görülmemekte olup, çözüm ancak bölgeye özgü bazı mevcut sorunlar için söz konusu olacaktır.

### GAP BÖLGESİNDE BULAŞICI HASTALIKLARIN MORBİDİTESİ VE MORTALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

1. Temiz içme suyu yetersizliği,
2. Kanalizasyon sisteminin tüm yerleşim yerlerinde olmaması,
3. Çöplerin ve gübrelıkların imhası, korunmasının yetersizliği,
4. Bölge belediyelerinin bulaşıcı hastalıklar konusunda az duyarlı olmaları,
5. Toplumun sağlık eğitimi ve hastalıklardan korunma konularında bilgilerinin yetersizliği,
6. Toplumda tuvalet eğitimi ve kullanım yetersizliği,
7. Bulaşıcı hastalıkların zamanında ve doğru olarak ihbar edilmeyişi,
8. Bölge Hıfzısıhha Enstitüsünün refere bir merkez olma özelliğinin azalmış olması,
9. İl düzeyindeki Halk Sağlığı laboratuvarlarında, malzeme ve sağlık insan gücü yetersizliği,
10. Göç olgusu (GAP bölgesi - Çukurova arasındaki göç nedeniyle sıtmanın yayılması vb.) sayılabilir.

### GAP PROJESİNİN GERÇEKLEŞMESİYLE DOĞACAK SORUNLAR (18)

1. Mevcut demografik yapı değişecektir. Doğum ve ölüm hızlarının değişmesi, içe göçlerin artması ile yaşlı nüfusun oranı artmaya başlayacaktır,
2. Bugün de yetersiz olan sağlık kurumlarının artacak nüfus ile daha da yetersiz kalışı,
3. Sağlık prsoneli (hekim ve diğer sağlık personeli) ihtiyacının artması,
4. Nüfusun artışına, yoğunluğuna ve hijyenik şartlara bağlı olarak leishmania, verem vb. hastalıkların artışı,
5. Değişen ürün desenine bağlı olarak enterit, hepatit, tifo, dizanteri vb. hastalıkların morbidite ve mortalitesinin artışı,
6. Sulama ve su kullanım hatalarından doğacak çevre sorunları ve sıtma, leishmaniasis vb. hastalıkların görülme sıklığında artış,
7. Gıda maddelerinin üretim, kullanım ve dağıtımından doğacak hijyen eksikliği ve bağlı hastalıkların artışı,
8. Hatalı insektisit kullanımından doğacak sorunlar,
9. Turizm ve sınır ticaretinden doğacak bulaşıcı hastalıkların artışı,
10. İç ve dış göçe bağlı cinsel yolla bulaşan hastalıkların daha sık görülmesi,
11. Hudut sağlık denetleme merkezlerin işlem potansiyelinde artış,
12. Özel dal, araştırma ve eğitim hastaneleri ihtiyacının artışı,
13. Artacak işyeri sayısına bağlı olarak iş ve işçi sağlığı sorunları,
14. Artacak trafik yüküne bağlı olarak trafik kazaları,

15. Organize sanayi ve küçük sanayi sitelerinin yaratacağı katı ve sıvı atık problemi ve çevre kirliliği sorunları,
16. Yer altı ve yer üstü sularının kirlenme sorunu,
17. Hava kirliliği sorunu,
18. Tarım ve tarıma dayalı sanayiye bağlı çevre değişimi ve sağlık sorunları,
19. Konut ve altyapı yatırımları ihtiyacı ve bunlara bağlı çevre ve sağlık sorunları,
20. İçme ve kullanma suyu ihtiyacı ve hijyen sorunu,
21. Dengesiz beslenmeden doğan sorunlarda artış,
22. Halkın (özellikle kadının) eğitim seviyesinin düşüklüğünden ve toplumun sosyal ve kültürel yapısındaki değişikliklerden doğacak sağlık sorunları,
23. Sağlık güvence eksikliğinden doğacak sağlık sorunları.

### GAP PROJESİNİN UYGULANMASINDAN DOĞACAK SORUNLAR KONUSUNDA YÖNETİCİLERİN DÜŞÜNCELERİ (18)

Bölgede görevli yerel yöneticiler (vali, kaymakam, belediye başkanları ve muhtarlar) ile sağlık yöneticilerinin (sağlık müdürü ve başhekim) bölgenin sağlık sorunları ve çözüm önerileri tablo 10 ve 11'de gösterilmiştir.

- Valiler, sağlık sektörünün durumunu olumsuz etkileyen faktörlerin başında su, çevre, nüfus ve halkın eğitim düzeyi olduğu noktasında birleşmişlerdir.

- Bölgenin sağlık sorunlarının belirlenmesinde; kaymakamlar ilçede hastane olgusunu öne çıkarırken, belediye başkanları altyapıyı, sağlık müdürleri bulaşıcı hastalıkları, hastane başhekimleri tıbbi malzemeyi, muhtarlar ise çevrenin olumsuz faktörlerini belirtmişler.

- Bölgenin örgün eğitim düzeyinin düşük olması (özellikle kadının okur-yazarlık durumu) sağlık hizmetlerine dolaylı etki eden önemli bir nokta olarak belirtilmiştir.

- GAP bölgesi sağlık hizmetlerinin oluşabilecek sorunlara özgü çözümlenmesi, bölgenin şartları dikkate alınarak sağlık sisteminin yeniden yapılanması istenilmiştir.

- Bölgenin sağlık sorunlarının incelenmesi, yeni yaklaşımlar önerilmesi için araştırmaların önemi belirtilmiştir. Özellikle bulaşıcı hastalıklarla savaşta, strateji belirleyerek yönlendirici ve eğitici nitelikte olabilecek enstitülerin ve hastanelerin kurulması önerilmiştir.

- Yeniden düzenlenecek sağlık organizasyonunda sağlık personelinin dengeli ve yeterli sayıda dağılımı için özendirici ve yasal tedbirlerin alınması istenmiştir.

- Başhekimler çağdaş tıbbi malzemenin her seviyede sağlanmasının, sağlık kurumlarının güvenilirliğini ve başka kuruma sevk olayının azalmasını sağlamada önemli bir unsur olacağını belirtmişlerdir.

- Belediye başkanlarınca, bölgede altyapı yetersizliğinin en önemli, en büyük boyutlu problem olduğu vurgulanmıştır.

- İlçe belediye başkanlarının çoğu hastane istemelerinin yanı sıra, sağlık ocağı istememeleri tezat teşkil etmektedir.

- Başhekimlerin en önemli sorunlarının ise tıbbi malzeme ve uzman doktor eksikliğinin olması tedavi edici hizmetler açısından yönetim ve işletme problemlerini doğuracaktır.

- Tüm iletişim araçlarını etkili bir şekilde kullanarak halkın sağlık eğitimi düzeyinin yükseltilmesi idarecilerin ortak görüşü olmuştur.



Tablo 10. GAP bölgesi itibariyle yöredeki yöneticilere göre bölgenin en önemli ilk 5 sorunu (18).

Yöneticiler	Sorunlar				
	1	2	3	4	5
Vali	Su ile bulaşan hastalıklar	Nüfus artışı	Fizik yapı eksikliği	Tropikal hastalıklar	Sağlık personeli araç-gereç
Kaymakam	Uzman doktor eksikliği	Tıbbi malzeme eksikliği	Finans eksikliği	Ebe eksikliği	Altyapı eksikliği
Belediye Başkanı	Kanalizasyon sorunu	Çöp toplama sorunu	Haşere ile mücadele yetersizliği	Sağlık ekibi yetersizliği	İçme suyu yetersizliği
İl Sağlık Müdürü	Tropikal ve bulaşıcı hastalıkların artışı	Kentsel yapı ve sağlık alt yapı yetersizliği	Genel eğitim ve sağlık eğitimi yetersizliği	Sosyal tesislerin yetersizliği	Sağlık personelinin yetersizliği
Hastane Başhekimi	Tıbbi malzeme	Uzman doktor eksikliği	Finans eksikliği	Nitelikli yönetici personel	Fizik kapasite

Tablo 11. GAP bölgesi itibariyle yöredeki yöneticilere göre bölgede en önemli ilk 5 çözüm önerisi (18).

Yöneticiler	Çözüm önerileri				
	1	2	3	4	5
Vali	Kamu kuruluşlarının koordinasyonu	Sağlık personelinin artırılması	Bölgeye uygun sağlık organizasyonu	Halkın sağlık eğitimi	Fiziki yapının artırılması
Kaymakam	Çevre iyileştirilmesi	Personel açığının giderilmesi	2. ve 3. basamak hizmetlerin verilmesi	Halkın eğitilmesi	Koruyucu hekimlik
Belediye Başkanı	Fiziki yapı ve çevre sağlığı	Altyapı geliştirme	Personel artırılması	Sağlık eğitim kurumlarının, sağlık personelinin yeterli sayıya çıkarılması	Tıbbi malzeme eksikliğinin giderilmesi
İl Sağlık Müdürü	Tropikal hastalıklar için bölge hastanesi kurulması	Kentsel ve sağlık alt yapısı için önlem alınması	Sağlık kurumlarının ve araç-gereç eksikliklerinin tamamlanması	Fiziki yapı yapılması	Doğacak olan çevre sorunları için önlem alınması
Hastane Başhekimi	Personel eksikliğinin giderilmesi	Personel eğitimi	Araç-gereç alınması	Nitelikli yönetici personel	Çevre

## KAYNAK İHTİYACI

GAP'ın entegre bir bölge kalkınma projesi olarak yürütülebilmesi ve istenilen hedeflere varılabilmesi önemli ölçüde kaynağın projeye tahsis edilmesine bağlı bulunmaktadır. Beş Yıllık Hareket Planı'nın yatırım ihtiyacı, 1992 sabit fiyatlarıyla 73.3 trilyon TL'dir. Bu ödenek ihtiyacının 1993-1997 arasında yıllar itibariyle dağılımı, sırasıyla 16.2, 15.6, 13.9, 15.1 ve 12.5 trilyon TL'dir. Bu durumda kamu yatırım ödeneklerinin en az %15'i ile %20'si arasında bir miktarın her yıl GAP bölgesine tahsis edilmesi gerekmektedir.

En büyük ödenek ihtiyacı 19 trilyon TL ile tarım ve orman sektöründedir. Bundan sonra 18.5 trilyon TL ile enerji, 16.3 trilyon TL ile ulaştırma ve haberleşme, 6.7 trilyon TL ile eğitim ve 4.8 trilyon TL ile altyapı hizmetleri sektörü gelmektedir. Kamu konutları ve sağlık sektörleri için de önemli miktarda kaynak ayırmak gerekmektedir (Tablo 12).

Tablo 12. Sağlık sektörü yatırımları (4).

Yıl	Miktar (milyon TL)	Genel toplam içindeki payı (%)
1993	356,856	2.2
1994	496,570	3.2
1995	346,461	2.5
1996	318,070	2.1
1997	222,703	1.8
1993-1997	1,740,660	2.4

## SONUÇ

GAP Master Planında belirlenen ve insanı kalkınmanın odak noktası olarak kabul eden anlayış, son yıllarda kalkınmanın sürdürülebilirliği kavramı ile tamamlanmaktadır. Kalkınma: doğal ve insanî kaynakların optimum kullanımı yoluyla, gelecek kuşakların olanakları tüketilmeden üretimde ve refahta artış sağlanması, sağlıklı, iş sahibi, kendini geliştirebilen, kısaca mutlu bireylerden oluşan bir toplum yaratılmasıdır (1,2).

Sosyal kalkınmanın başlıca araçlarını, eğitim ve sağlığa yapılan yatırımların artırılmasının yanısıra, kadının üretime dönük eğitilmesi ve geliştirilmesi olgusu oluşturmaktadır (8,9,11).

GAP Sosyal Eylem Planı, bu amaca yönelik eylem uygulamalarının belirlendiği ilk belgeyi oluşturmaktadır (13).

Tüm bu olumlu çalışmalara karşın, Türkiye genelindeki sağlık hizmetleri sorunlarının bu bölgede daha ileri düzeyde olduğunu görüyoruz. Bölgenin mevcut sağlık göstergeleri, gelişmekte olan bir toplumun varlığını ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

- 1- Akın A: Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, *Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*, Ankara, Mart (1995).
- 2- Akın A: Sürdürülebilir kalkınma için sağlık politika ve stratejileri (Türkiye ve GAP bölgeleri için), *Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*, Ankara, Mart (1995).
- 3- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: GAP'ın tarihçesi, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara (1997).
- 4- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: GAP hareket planı, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara (1997).
- 5- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: GAP nedir?, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara (1997).
- 6- GAP Bölge Kalkınma İdaresi, Basın bildirisi; GAP'ın proje stoku tamamlanıyor, kent altyapıları için proje ve belediye yardımları başlatılıyor, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, 4 Eylül (1996).
- 7- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP bölgesinde kanalizasyon ve arıtma tesisi etüd-proje ve mühendislik hizmetleri için ihale açılıyor, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, 3 Eylül (1996).
- 8- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP'ta kurulan ilk kadın kooperatifi ürünlerini sergiliyor, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, 2 Eylül (1996).
- 9- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP'ta kadının statüsü ve kalkınmaya katılımı araştırıldı, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, Eylül (1996).
- 10- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; Güneydoğu Anadolu projesi, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, Eylül (1996).
- 11- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP'ta kadınlara yönelik çok amaçlı toplum merkezleri kuruluyor, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, 2 Ocak (1996).
- 12- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP bölgesi nüfusu hızla kentleşiyor, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, Eylül (1995).
- 13- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP için sosyal eylem planı hazırlandı, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, Mayıs (1995).
- 14- GAP Bölge Kalkınma İdaresi: Basın bildirisi; GAP ile birlikte Güneydoğu'da göç tersine mi dönüyor?, *GAP Bölge Kalkınma İdaresi*, Ankara, Temmuz (1994).
- 15- Sağlık Bakanlığı: TBMM'ne sunulmak üzere hazırlanan ulusal sağlık politikası taslak dökümanı, *Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara, Mayıs (1992).
- 16- Sağlık Bakanlığı: I.Ulusal Sağlık Kongresi çalışma grupları raporları, *Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara, Mayıs (1992).
- 17- Sağlık Bakanlığı: II. Ulusal Sağlık Kongresi çalışma grupları raporları, *Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara, Mart (1994).
- 18- Sağlık Bakanlığı: GAP Sağlık Sektörü Master Planı, *Sağlık Bakanlığı APK Başkanlığı*, Ankara.