

T.C.
GEBZE TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DA SAĞLIK TESİSLERİNİN GELİŞİMİ VE YETERLİLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: FİZİKSEL KAPASİTE VE İNSAN GÜCÜ
GÖSTERGELERİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

ONUR YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ŞEHİR VE BÖLGE PLANLAMA ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZGÜL ACAR ÖZLER

TEMMUZ 2025

T.C.
GEBZE TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ANKARA'DA SAĞLIK TESİSLERİNİN GELİŞİMİ VE YETERLİLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: FİZİKSEL KAPASİTE VE İNSAN GÜCÜ
GÖSTERGELERİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

ONUR YILMAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ŞEHİR VE BÖLGE PLANLAMA ANABİLİM DALI

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZGÜL ACAR ÖZLER

TEMMUZ 2025

T.R.
GEBZE TECHNICAL UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL

**AN EVALUATION OF THE DEVELOPMENT AND ADEQUACY OF
HEALTHCARE FACILITIES IN ANKARA: AN ANALYSIS BASED ON
PHYSICAL CAPACITY AND HUMAN RESOURCE INDICATORS**

ONUR YILMAZ

A THESIS OF MASTER OF SCIENCE
DEPARTMENT OF CITY AND REGIONAL PLANNING

ADVISOR: ASSIST. PROF. DR. ÖZGÜL ACAR ÖZLER

JULY 2025

YÜKSEKLİSANS JÜRİ ONAY FORMU

GTÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun 16/06/2025 tarih ve 2025/32 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından 16/07/2025 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Onur YILMAZ'ın tez çalışması Şehir ve Bölge Planlama Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ

ÜYE

(TEZ DANIŞMANI) : Dr. Öğr. Üyesi Özgül Acar ÖZLER

ÜYE

: Doç. Dr. Ömür Kaygısız

ÜYE

: Dr. Öğr. Üyesi Nüket İpek ÇETİN

ONAY

Gebze Teknik Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun

...../...../..... tarih ve/..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR



*Eşime
ve
Biricik Oğluma*

ÖZET

Bu tez çalışması, Ankara Metropoliten Alanı ölçeğinde sağlık tesislerinin gelişimi ve yeterliliğini, kent planlama kararlarıyla olan ilişkisi üzerinden çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık tesisleri yalnızca sunum modelleri üzerinden değil; aynı zamanda altyapı yeterliliği ve insan gücü kapasitesiyle birlikte değerlendirilmiştir. Bu yaklaşımla, sağlık sisteminin kentleşme, imar politikaları ve planlama süreçleriyle kurduğu bütünsel yapı tarihsel ve karşılaştırmalı bir çerçevede incelenmektedir.

Araştırmada, sağlık altyapısının dönemsel gelişimi; nazım imar planları ve mevzuat düzenlemeleriyle birlikte değerlendirilmiştir. Tez kapsamında belirlenen kavramsal alanlar çerçevesinde Türkiye'nin ve Ankara'nın sağlık politikalarının dönüşümü analiz edilmiş; sağlık tesisi göstergeleri ulusal ve uluslararası ölçekte karşılaştırılmış; planlama değişkenleri ile sağlık altyapısı göstergeleri arasındaki ilişkiler korelasyon ve çoklu regresyon analizleriyle test edilmiştir. Ayrıca, Ankara'daki sağlık tesislerinin, Türkiye imar mevzuatında tanımlanan mekânsal standartları ne ölçüde karşıladığı normatif bir değerlendirme yaklaşımıyla incelenmiştir.

Çalışmanın yöntemi, hem nitel hem de nicel analizleri içeren çok katmanlı ve karma bir yapı üzerine kurgulanmıştır. Yapısal ve kurumsal analizler, gösterge temelli mekânsal karşılaştırmalar, istatistiksel ilişkisel analizler (korelasyon ve regresyon) ve mevzuat temelli yeterlilik değerlendirmesi birlikte kullanılmıştır. Böylece, hem planlama kararlarının sağlık tesisi altyapısına etkisi hem de sağlık göstergelerinin hizmet sunumu açısından yeterliliği çok boyutlu ve karşılaştırmalı olarak ortaya konulmuştur.

Bu tez, sağlık politikalarının yalnızca sektörel değil, kentsel planlama ve mekânsal gelişim kararlarıyla birlikte ele alınması gerektiğine vurgu yapmakta; sağlık-planlama ilişkisine dair kavramsal ve yöntemsel bütünlüğü ortaya koyan özgün bir yaklaşım sunmaktadır. Ankara üzerinden yapılan analizler, planlama sistemi ile sağlık tesislerinin kesişim alanlarını görünür kılarken; uluslararası göstergeler ışığında Türkiye'nin ve Ankara'nın mevcut durumunu değerlendiren analizler, sağlık tesislerinin nicel ve normatif yeterliliğine dair kapsamlı bir bakış sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Tesisleri, Sağlık Politikaları, Sağlık Performans Göstergeleri, Kentleşme ve Mekânsal Gelişim, Ankara Metropoliten Alanı

ABSTRACT

This thesis aims to evaluate the development and adequacy of healthcare facilities within the Ankara Metropolitan Area through a multidimensional approach, focusing on their relationship with urban planning decisions. Healthcare facilities are assessed not only in terms of service delivery models but also considering infrastructure adequacy and human resource capacity. With this approach, the integrated structure between the healthcare system and urbanization, zoning policies, and planning processes is examined within a historical and comparative framework.

The study evaluates the periodic development of healthcare infrastructure in conjunction with master zoning plans and legislative regulations. Within the conceptual framework defined in the thesis, the transformation of health policies in Turkey and Ankara is analyzed; healthcare facility indicators are compared on national and international scales; and the relationships between planning variables and healthcare infrastructure indicators are tested through correlation and multiple regression analyses. Furthermore, the extent to which healthcare facilities in Ankara meet the spatial standards defined in Turkey's zoning legislation is examined using a normative evaluation approach.

The methodology of the study is built on a multilayered and mixed structure that includes both qualitative and quantitative analyses. Structural and institutional analyses, indicator-based spatial comparisons, statistical relational analyses (correlation and regression), and legislation-based adequacy assessments are employed together. In this way, both the impact of planning decisions on healthcare facility infrastructure and the adequacy of health indicators in terms of service delivery are revealed in a multidimensional and comparative manner.

This thesis emphasizes that health policies should be addressed not only as a sectoral issue but also in conjunction with urban planning and spatial development decisions. It offers an original approach that establishes conceptual and methodological coherence regarding the health–planning relationship. The analyses based on Ankara make visible the intersections between the planning system and healthcare facilities, while the evaluations conducted in light of international indicators provide a comprehensive perspective on the quantitative and normative adequacy of healthcare facilities in both Türkiye and Ankara.

Keywords: Healthcare Facilities, Healthcare Policies, Health Performance Indicators, Urbanization and Spatial Development, Ankara Metropolitan Area

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca, emeğini ve desteğini esirgemeyen, değerli hocam ve aynı zamanda tez danışmanım olan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özgül ACAR ÖZLER'e değerli katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her döneminde desteklerini ve güvenlerini esirgemeyen, varlıklarıyla bana güç veren sevgili anneme, babama ve kardeşime; gösterdiği sonsuz ilgi, sevgi ve anlayış için sevgili eşime ve oğlum Barış Efe'ye; Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmama verdikleri değerli katkılar için Emine Aydın ve Eşref Kuloğlu'na; ayrıca desteklerini esirgemeyen mesai arkadaşlarım Hakan Demirtaş, Rabia Akkaya ve Ömer Faruk Bilgen'e en içten teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLOLAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Tezin Amacı	3
1.2. Tezin Kavramsal Çerçevesi	3
1.3. Tezin Kapsamı	5
1.4. Tezin Yöntemi	7
1.5. Tezin Literatüre Katkısı	10
2. TÜRKİYE’DE KENTLEŞME, İMAR VE SAĞLIK POLİTİKALARI	12
2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Kuruluş Süreci: 1960 Öncesi Dönem	13
2.1.1. 1923-1945 Dönemi	13
2.1.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	13
2.1.1.2. Sağlık Politikaları	15
2.1.2. 1946-1960 Dönemi	15
2.1.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	15
2.1.2.2. Sağlık Politikaları	17
2.2. Türkiye’de Sağlık Tesislerinde Planlama ve Dönüşüm:	17
1960 Sonrası Dönem	
2.2.1. 1961-1980 Dönemi	19
2.2.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	19
2.2.1.2. Sağlık Politikaları	20
2.2.2. 1981-2002 Dönemi	21
2.2.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	21
2.2.2.2. Sağlık Politikaları	23
2.2.3. 2003 Sonrası Dönem	24
2.2.3.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	24
2.2.3.2. Sağlık Politikaları	27
2.3. Bölüm Sonu Değerlendirme	29
3. ANKARA’DA KENTLEŞME, İMAR VE SAĞLIK POLİTİKALARI	33
3.1. Başkent’in İnşası ve Sağlık Sisteminin Kurumsallaşma Süreci:	33
1960 Öncesi Dönem	
3.1.1. 1923-1945 Dönemi	34
3.1.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	34
3.1.1.2. Sağlık Politikaları	37
3.1.2. 1946-1960 Dönemi	41
3.1.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	41
3.1.2.2. Sağlık Politikaları	43

3.2. Planlı Bir Başkent ve Sağlıkta Dönüşüm Süreci: 1960 Sonrası Dönem	46
3.2.1. 1961-1980 Dönemi	46
3.2.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	46
3.2.1.2. Sağlık Politikaları	49
3.2.2. 1981-2002 Dönemi	52
3.2.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	52
3.2.2.2. Sağlık Politikaları	55
3.2.3. 2003 Sonrası Dönem	59
3.2.3.1. Kentleşme ve İmar Politikaları	59
3.2.3.2. Sağlık Politikaları	62
3.3. Bölüm Sonu Değerlendirme	65
4. ANKARA SAĞLIK TESİSLERİ PERFORMANS GÖSTERGELERİ ANALİZİ	72
4.1. Sağlık Göstergeleri: Fiziksel Kapasite ve İnsan Gücü Kapasitesi	72
4.2. Türkiye Sağlık Göstergeleri Analizi	76
4.2.1. Türkiye Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Gelişimi (1923-Günümüz)	77
4.2.1.1. 1923-1945 Dönemi	77
4.2.1.2. 1946-1960 Dönemi	80
4.2.1.3. 1961-1980 Dönemi	82
4.2.1.4. 1981-2002 Dönemi	85
4.2.1.5. 2003-Sonrası Dönem	88
4.2.1.6. Değerlendirme	91
4.2.2. Türkiye Sağlık Göstergelerinin Uluslararası Karşılaştırılması	93
4.2.2.1. Türkiye Fiziksel Kapasite Verisinin Karşılaştırılması	93
4.2.2.2. Türkiye İnsan Gücü Verilerinin Karşılaştırılması	94
4.2.2.2.1 Bin Nüfusa Düşen Hekim Sayısı	94
4.2.2.2.2 Bin Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı	95
4.2.2.2.3 Bin Nüfusa Düşen Eczacı Sayısı	96
4.2.2.2.4 Bin Nüfusa Düşen Hemşire-Ebe Sayısı	97
4.3. Ankara Sağlık Göstergeleri Analizi	98
4.3.1. Ankara'da Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Gelişimi (1960-Günümüz)	99
4.3.1.1. 1961-1980 Dönemi	99
4.3.1.2. 1981-2002 Dönemi	101
4.3.1.3. 2003-Sonrası Dönem	104
4.3.1.4. Değerlendirme	106
4.3.2. Ankara Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve Diğer Ülkeler ile Karşılaştırılması	109
4.3.2.1. Ankara Fiziksel Kapasite Verisinin Karşılaştırılması	109
4.3.2.2. Ankara İnsan Gücü Verilerinin Karşılaştırılması	111
4.3.2.2.1 Bin Nüfusa Düşen Hekim Sayısı	111
4.3.2.2.2 Bin Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı	113
4.3.2.2.3 Bin Nüfusa Düşen Eczacı Sayısı	114
4.3.2.2.4 Bin Nüfusa Düşen Hemşire-Ebe Sayısı	116
4.4. Bölüm Sonu Değerlendirme	117

5. ANKARA’DA SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE PLANLAMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ	120
5.1. Korelasyon ve Regresyon Temelli İstatistiksel Yöntemsel Yaklaşım	120
5.2. Planlama Değişkenleri ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin İstatistiksel Değerlendirilmesi	122
5.2.1. Analizde Kullanılan Değişkenler	122
5.2.1.1. Bağımlı Değişkenler: Sağlık Sistemine Ait Performans Göstergeleri	123
5.2.1.2. Bağımsız Değişkenler: Kentsel Planlama ve Demografik Göstergeler	123
5.2.2. Analiz ve Bulgular	124
5.2.2.1. Bulgular	128
5.3. Bölüm Sonu Değerlendirme	129
6. ANKARA’DA SAĞLIK TESİSLERİ YETERLİLİĞİNİN MEVZUAT STANDARTLARI ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ	131
6.1. Mekânsal Planlama Yapım Yönetmeliği Kapsamında Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin İncelenmesi	133
6.1.1. Şehir Hastaneleri	134
6.1.2. Üniversite Hastaneleri	136
6.1.3. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	138
6.1.4. Genel ve İlçe Hastaneleri	142
6.1.5. Özel Hastaneler	145
6.1.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanesi	148
6.2. Bölüm Sonu Değerlendirme	151
7. SONUÇLAR ve YORUMLAR	154
KAYNAKLAR	161
ÖZGEÇMİŞ	169
TEZ METNİNDEN TÜRETİLEN YAYINLAR/SUNUMLAR	170

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ADSH	: Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi
ADSM	: Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
Ç.H.H.	: Çocuk Hastalıkları Hastanesi
ÇŞİDB	: Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
F.T.R.	: Fizik, Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
G.H.	: Genel Hastane
İ.H.	: İlçe Hastanesi
K.D.Ç.H.	: Kadın, Doğum ve Çocuk Hastanesi
M.H.H.	: Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
Ö.F.T.R.	: Özel Fizik, Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
Ö.G.H.	: Özel Genel Hastane
Ö.GÖZ.	: Özel Göz Hastalıkları Hastanesi
Ö.K.D.H.	: Özel Kadın, Doğum Hastanesi
Ö.PSK.	: Özel Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hastanesi
Ö.Ü.H.	: Özel Üniversite Hastanesi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
Ş.H.	: Şehir Hastanesi
TİTCK	: Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu
TOKİ	: Toplu Konut İdaresi Başkanlığı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
Ü.H.	: Üniversite Hastanesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 1.1:	Araştırma Soruları ve Kavramsal Alan İlişkisi 4
Şekil 1.2:	Kavramsal Alan ve Tez Kapsamı 6
Şekil 1.3:	Tez Kapsamı ve Yöntemi 7
Şekil 1.4:	Tezin Kurgusu 11
Şekil 3.1:	Lörcher Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri 35
Şekil 3.2:	Jansen Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri 36
Şekil 3.3:	1923-1945 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları 38
Şekil 3.4:	Lörcher Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 39
Şekil 3.5:	Jansen Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 40
Şekil 3.6:	Yücel-Uybadin Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri 42
Şekil 3.7:	1946-1960 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları 44
Şekil 3.8:	Yücel-Uybadin Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 45
Şekil 3.9:	1970 Yılı Arazi Kullanım Haritası Üzerinde Sağlık Tesisleri 48
Şekil 3.10:	Ankara 1990 Nazım İmar Planı Yeni Önerilen Sağlık Tesis Alanları 49
Şekil 3.11:	1961-1980 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları 50
Şekil 3.12:	Ankara 1990 Nazım İmar Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 51
Şekil 3.13:	2015 Yapısal Plan Seması 54
Şekil 3.14:	2025 Metropoliten Alan Plan Çalışması 55
Şekil 3.15:	1981-2002 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları 57
Şekil 3.16:	2015 Yapısal Plan Şeması Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 58
Şekil 3.17:	2025 Planlama Çalışması Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 59
Şekil 3.18:	2023 Başkent Nazım İmar Planı Yeni Önerilen Sağlık Kompleksi Alanları 61
Şekil 3.19:	2003-2025 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları 63
Şekil 3.20:	Başkent 2023 Nazım İmar Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri 65
Şekil 3.21:	Dönemler İçerisinde Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri ve Plan Verileri 70
Şekil 4.1:	1923-1945 Yılları Arasında Bin Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı 78
Şekil 4.2:	1923-1945 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı 79
Şekil 4.3:	1945-1960 Yılları Arasında Bin Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı 81
Şekil 4.4:	1945-1960 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı 82

Şekil 4.5:	1961-1980 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	83
Şekil 4.6:	1961-1980 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	84
Şekil 4.7:	1981-2002 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	86
Şekil 4.8:	1981-2002 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	87
Şekil 4.9:	2003-2023 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	89
Şekil 4.10:	2003-2023 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	90
Şekil 4.11:	10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	94
Şekil 4.12:	Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	95
Şekil 4.13:	Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	96
Şekil 4.14:	Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	97
Şekil 4.15:	Bin Kişiyeye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	98
Şekil 4.16:	Ankara'da 1961-1980 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	100
Şekil 4.17:	Ankara'da 1981-2002 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	102
Şekil 4.18:	Ankara'da 1981-2002 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	103
Şekil 4.19:	Ankara'da 2003-2023 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı	105
Şekil 4.20:	Ankara'da 2003-2023 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı	106
Şekil 4.21:	Ankara'da 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	110
Şekil 4.22:	Ankara'da 10.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması	110
Şekil 4.23:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	111
Şekil 4.24:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Hekim Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması	112
Şekil 4.25:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	113
Şekil 4.26:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Diş Hekimi Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması	114
Şekil 4.27:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	115
Şekil 4.28:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Eczacı Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması	115
Şekil 4.29:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması	116
Şekil 4.30:	Ankara'da Bin Kişiyeye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması	117

Şekil 4.31:	Üç Dönemde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları	119
Şekil 5.1:	Dönem Aralıkları	125
Şekil 6.1:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Şehir Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	136
Şekil 6.2:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Üniversite Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	138
Şekil 6.3:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	141
Şekil 6.4:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Devlet Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	144
Şekil 6.5:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Özel Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	147
Şekil 6.6:	Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları	150



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1: Türkiye’de Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları	29
Tablo 3.1: Ankara’da Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları	66
Tablo 4.1: Dünya Sağlık Örgütü Temel Sağlık Performans Göstergeleri	73
Tablo 4.2: OECD Temel Sağlık Performans Göstergeleri	74
Tablo 4.3: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Performans Göstergeleri	75
Tablo 4.4: Tez Kapsamında Kabul Edilen Göstergeler	76
Tablo 4.5: 1923-1945 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	77
Tablo 4.6: 1945-1960 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	80
Tablo 4.7: 1961-1980 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	82
Tablo 4.8: 1981-2002 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	85
Tablo 4.9: 2003-2023 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	89
Tablo 4.10: 1923-2023 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri	91
Tablo 4.11: 1961-1980 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri	99
Tablo 4.12: 1981-2002 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri	101
Tablo 4.13: 2003-2023 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri	104
Tablo 4.14: 1961-2023 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri	107
Tablo 5.1: Bağımlı-Bağımsız Değişken Verileri	125
Tablo 5.2: Korelasyon Analizi Sonuçları	126
Tablo 5.3: Yatak Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	127
Tablo 5.4: Hekim Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	127
Tablo 5.5: Diğer Sağlık Personel Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları	128
Tablo 6.1: Mekânsal Planlar Yönetmeliği Ek-2 Tablo	132
Tablo 6.2: Ankara Metropolitan Alanı Şehir Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması	135
Tablo 6.3: Ankara Metropolitan Alanı Üniversite Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması	137
Tablo 6.4: Ankara Metropolitan Alanı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması	140
Tablo 6.5: Ankara Metropolitan Alanı Devlet Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması	143

Tablo 6.6:	Ankara Metropoliten Alanı Özel Hastaneler Standart Alan Karşılaştırılması	146
Tablo 6.7:	Ankara Metropoliten Alanı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması	149
Tablo 6.8:	Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin Mevzuat Standartları Üzerinden Değerlendirilmesi	151
Tablo 7.1:	Türkiye’de Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları ve Sağlık Performans Göstergelerinin Dönemler Arası Karşılaştırılması	155
Tablo 7.2:	Ankara’da Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları ve Sağlık Performans Göstergelerinin Dönemler Arası Karşılaştırılması	156
Tablo 7.3:	Göstergelere Dayalı Değerlendirme	157
Tablo 7.4:	İstatistiksel İlişki Analizi	157
Tablo 7.5:	Parsel ve Standart Uygunluğu	158
Tablo 7.6:	Genel Değerlendirme	160



1. GİRİŞ

Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâli içinde olması durumudur. Bu tanım, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1946 yılında yapılmış olup, sağlık olgusunu yalnızca biyomedikal bir durum olarak değil, bireyin yaşam koşullarıyla bütünleşik, çok boyutlu bir yapı olarak ele almaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu ve kapsayıcı bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık sistemleri, bu bağlamda yalnızca hizmet sunum modelleri üzerinden değil; aynı zamanda hizmetlerin mekânsal organizasyonu, erişilebilirliği ve altyapısal yeterliliği üzerinden de değerlendirilmelidir. Özellikle kentleşmenin hız kazandığı ülkelerde sağlık sisteminin mekânsal planlama ile eşgüdümlü bir biçimde ilerlememesi, toplumsal sağlık eşitsizliklerine ve mekânsal adaletsizliklere neden olmaktadır. Kentleşme, sadece fiziksel büyümeyi değil, aynı zamanda hizmetlere erişim, yönetim yapıları ve yaşam kalitesi üzerinde derin etkiler yaratır [Keleş, 2016].

Hızlı kentleşme ve nüfus artışı sürecinde sağlık hizmetlerinin mekânsal planlamayla birlikte yürütülmemesi, özellikle düşük gelir gruplarının yaşadığı bölgelerde sağlık tesislerine erişimi zorlaştırmakta; bu da hizmette eşitsizlikleri artırmaktadır [Vlahov ve diğerleri, 2007]. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin topluma etkin, adil ve sürdürülebilir bir şekilde sunulması yalnızca sağlık politikalarıyla değil, aynı zamanda kentleşme ve imar politikalarıyla da yakından ilişkilidir.

Bu noktada sağlık hizmetlerinin mekânsal yönünün değerlendirilmesi, yalnızca mevcut sağlık tesislerinin fiziki yeterliliği açısından değil, aynı zamanda bu tesislerin kentsel gelişim ve planlama süreçleriyle nasıl ilişkilendiği üzerinden de ele alınmalıdır. Sağlık tesislerinin kapasitesi ve hizmet sunum düzeyi; planlama sistemi, öngörülen nüfus projeksiyonları, kentsel büyüme ve sağlık mevzuatına ilişkin yasal düzenlemelerle doğrudan bağlantılıdır. Planlama süreçlerinde belirlenen kentsel gelişim ve projeksiyon nüfus gibi temel göstergeler, sağlık tesislerinin dağılımını, erişilebilirliğini ve altyapı yeterliliğini şekillendiren başlıca unsurlardır. Bu bağlamda, sağlık tesislerinin yeterliliği yalnızca sağlık politikalarının değil, aynı zamanda imar ve kentleşme kararlarının da sonucudur.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan göstergeler, sistemin performansını ölçmek ve hizmetlerin yeterliliğini belirlemek açısından kritik öneme sahiptir. Bu göstergeler genellikle iki temel grupta ele alınmaktadır: fiziksel kapasite göstergeleri (örneğin yatak sayısı, tesis büyüklüğü, erişim mesafesi vb.) ve insan gücü göstergeleri (örneğin hekim, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni sayısı vb.). Bu göstergeler, sağlık hizmetlerinin mekânsal planlama süreci içerisinde hangi düzeyde ve nasıl ele alındığını ortaya koyar. Aynı zamanda mevzuatta tanımlanan standartlara ne ölçüde uyulduğunu ve sağlık sisteminin uluslararası normlara göre nerede konumlandığını değerlendirme imkânı sağlar. Dolayısıyla bu göstergeler üzerinden yapılan analizler, sağlık planlamasının kentleşme ve imar politikalarıyla bütüncül bir şekilde değerlendirilmesini mümkün kılar.

Bu çalışmada alan araştırması için Ankara seçilmiştir. Bunun temel nedeni, başkent olarak Türkiye'nin planlı kentleşme sürecinin en erken ve en sistematik biçimde uygulandığı şehir olmasıdır. Ankara'nın başkent ilan edilmesiyle birlikte kente yönelik yapılan planlama çalışmaları, yalnızca fiziksel yapılaşmayı değil, aynı zamanda kamusal hizmetlerin, özellikle de sağlık tesislerinin nasıl ve ne şekilde örgütleneceğini yönlendirmiştir. Ankara bu yönüyle yalnızca yönetsel bir merkez değil; aynı zamanda Türkiye'nin kentleşme, sağlık planlaması ve mevzuat uygulamaları açısından model ve öncü bir örneğidir. Bu nedenle, Ankara Metropoli Alanı ölçeğinde yapılan değerlendirmeler, sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimini, planlama kararlarını ve mevzuata dayalı standartlarını analiz etmek açısından kapsamlı ve anlamlı bir zemin sunmaktadır.

Tez kapsamında Ankara'da sağlık tesislerinin gelişimi belirlenen göstergeler üzerinden analiz edilmektedir. Bu göstergeler, hem Türkiye sağlık mevzuatında belirlenen normlar hem de uluslararası karşılaştırmalı veriler (OECD, DSÖ) çerçevesinde değerlendirilmektedir. Planlama süreci içerisinde bu göstergelerin dönemsel değişimi, Türkiye planlama sisteminde nasıl ele alındığı ve mevzuatta tanımlanan standartları ne ölçüde karşıladığı analiz edilmektedir. Aynı zamanda, bu göstergelerin uluslararası ölçekte karşılaştırmalı olarak sunulması, sağlık hizmetlerinin yeterliliğini çok boyutlu bir perspektiften değerlendirmeye imkân tanımaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmada sağlık hizmetlerinin yeterliliği ile planlama politikaları ve kentsel gelişme arasındaki ilişki sorgulanmaktadır. Hem Türkiye'ye özgü belirlenen

standartlar hem de uluslararası karşılaştırmalı veriler doğrultusunda yapılan analizler çerçevesinde şu temel araştırma sorularına yanıt aranmaktadır:

- Türkiye’de sağlık sistemi ve kentleşme-imar politikaları tarihsel olarak nasıl bir dönüşüm geçirmiştir?
- Ankara’da sağlık sisteminin gelişimi, kent planlama kararları ve yasal düzenlemelerle birlikte nasıl şekillenmiştir?
- Türkiye ve Ankara’da sağlık sistemine ilişkin göstergeler (yatak, hekim, hemşire vb.) dönemsel olarak nasıl değişmiştir ve bu değişim planlama süreçleriyle ne ölçüde ilişkilidir?
- Ankara’nın sağlık göstergeleri Türkiye ve diğer ülkelerle karşılaştırıldığında nasıl bir konumda yer almaktadır?
- Ankara’da planlama kararlarına ilişkin mekânsal ve demografik göstergeler ile sağlık altyapısı arasında nasıl bir istatistiksel ilişki vardır?
- Ankara’daki sağlık tesislerinin yeterliliği, yürürlükteki ulusal mevzuat ve planlama standartları çerçevesinde nasıl değerlendirilebilir?

1.1. Tezin Amacı

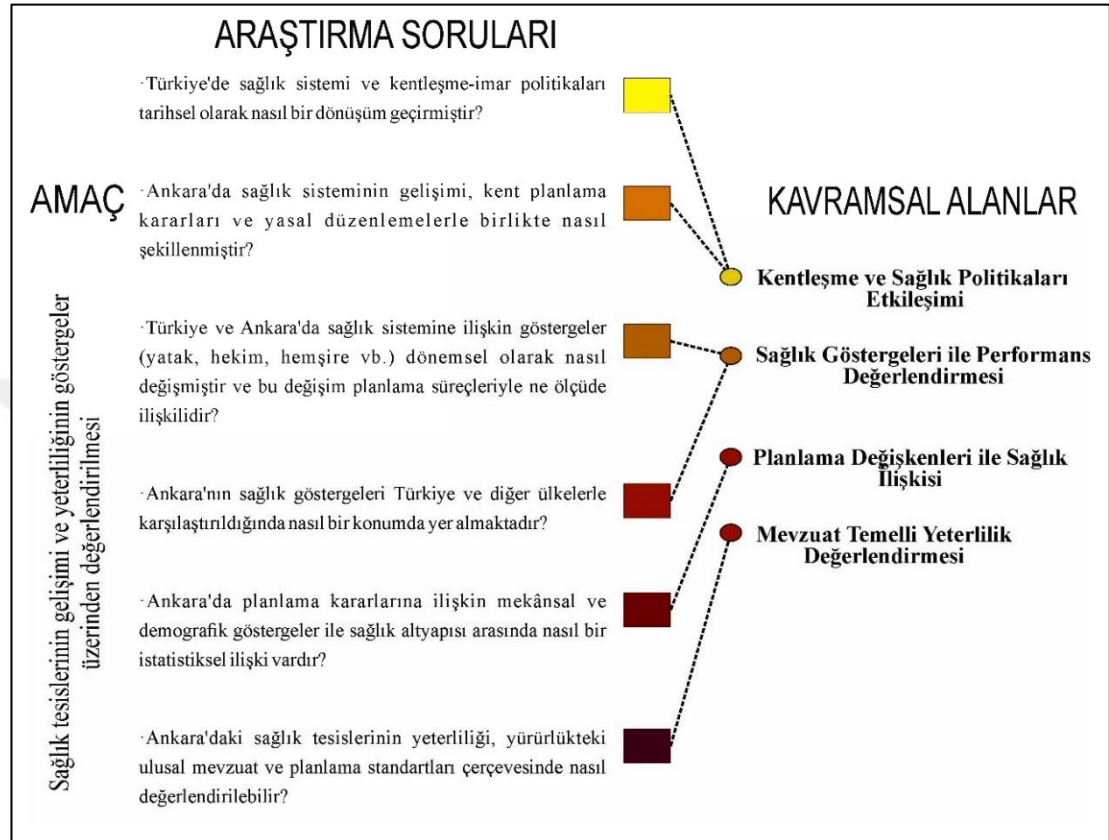
Bu tez, Ankara Metropolitan Alanı ölçeğinde sağlık hizmetlerinin fiziksel kapasitesi ve insan gücü göstergeleri üzerinden dönemsel gelişimini incelemeyi; bu gelişimi kentsel politikalar, planlama kararları, sağlık mevzuatı ve kentleşme dinamikleriyle bütüncül biçimde ilişkilendirerek değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Çalışma, sağlık tesislerinin yeterliliğini yalnızca nicel göstergeler (yatak sayısı, hekim ve sağlık personeli dağılımı vb.) üzerinden değil; aynı zamanda bu göstergelerin hangi dönemsel kentleşme eğilimleri, planlama yaklaşımları ve yasal/kurumsal çerçeveler içinde şekillendiğini analiz ederek ele almaktadır. Böylece sağlık sisteminin mekânsal gelişimi ile kent planlama süreçleri arasındaki çok boyutlu etkileşim, tarihsel ve karşılaştırmalı bir perspektifle ortaya konulmaktadır.

1.2. Tezin Kavramsal Çerçevesi

Bu tezde sağlık altyapısının gelişimi ve yeterliliği; yalnızca fiziksel ve sayısal veriler üzerinden değil, aynı zamanda bu göstergelerin hangi kentleşme politikaları, planlama kararları ve mevzuat bağlamında ortaya çıktığını irdeleyen çok boyutlu bir yaklaşımla

ele alınmıştır. Araştırma soruları doğrultusunda, çalışma dört temel kavramsal çerçeve etrafında kurgulanmış olup söz konusu yaklaşım Şekil 1.1'de görselleştirilmiştir. Her bir kavramsal alan, tezde kullanılan yöntemsel yaklaşımların temelini oluşturmaktadır.



Şekil 1.1: Araştırma Soruları ve Kavramsal Alan İlişkisi

Tez kapsamında belirlemem kavramsal alanlar;

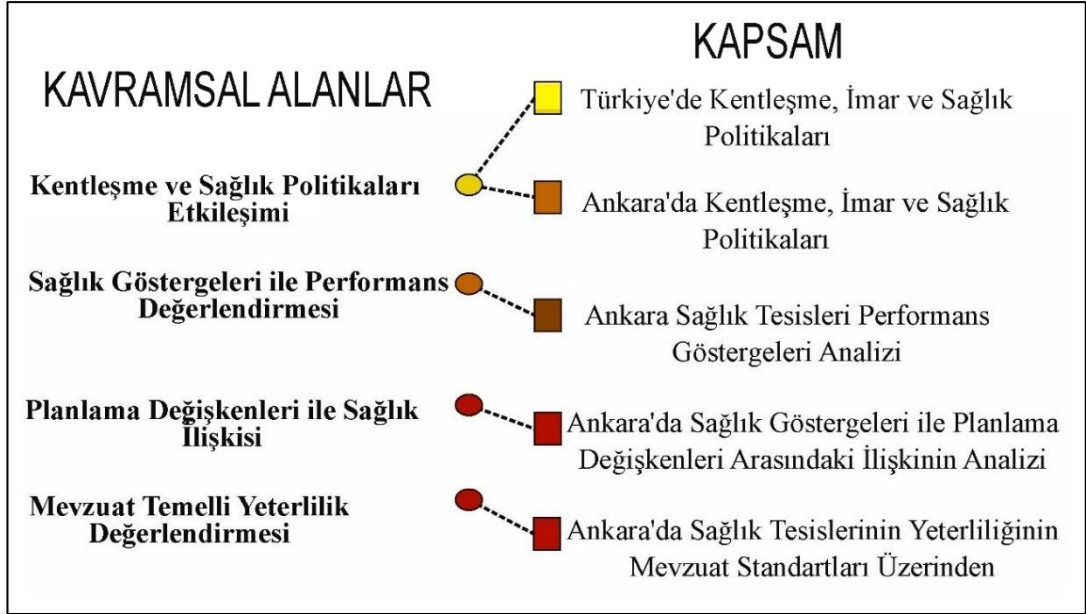
- **Kentleşme ve Sağlık Politikaları Etkileşimi:** Bu çerçeve, Türkiye’de sağlık ve kentleşme politikalarının tarihsel gelişimi ile bu politikaların sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısı ve mekânsal organizasyonu üzerindeki etkilerini ele alır. Özellikle sağlık sisteminin devlet eliyle kurulması, planlama sistemine entegrasyonu ve bu süreçteki dönüşüm, dönemsel olarak değerlendirilir. Türkiye ve Ankara’nın sağlık sistemi ile kentleşme ve imar politikaları arasındaki ilişkiler bu çerçevenin ana konusudur.
- **Sağlık Göstergeleri ile Performans Değerlendirmesi:** Bu çerçeve, sağlık altyapısının performansını değerlendirmek amacıyla kullanılan fiziksel kapasite (örneğin yatak sayısı) ve insan gücü (örneğin hekim, hemşire, ebe, eczacı vb.) göstergelerine odaklanır. Göstergeler hem Türkiye ortalamaları

hem de OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilir. Ayrıca Ankara'nın Türkiye ortalamasına ve diğer büyükşehirlerle konumuna göre değerlendirilmesi, sağlık sisteminin mekânsal ve kurumsal kapasitesini belirlemek açısından bu çerçevede ele alınır.

- **Planlama Değişkenleri ile Sağlık İlişkisi:** Bu çerçeve, Ankara'da planlama süreçlerinde belirlenen mekânsal ve demografik göstergeler (kentsel yerleşim alanı, planlama alanı, mevcut ve projeksiyon nüfus) ile sağlık sistemi performans göstergeleri (yatak sayısı, hekim ve diğer sağlık personeli sayısı) arasındaki nedensel ilişkileri ele alır. Planlama kararlarının sağlık altyapısı üzerindeki etkisi istatistiksel olarak değerlendirmek, kentleşme süreçleri ile sağlık sisteminin kapasite artışı arasındaki ilişkiyi sorgulamam bu çerçevenin konusudur.
- **Mevzuat Temelli Yeterlilik Değerlendirmesi:** Bu çerçevede, Türkiye'de yürürlükte olan sağlık tesislerine ilişkin mekânsal standartlar ve planlama mevzuatı doğrultusunda, Ankara'daki sağlık tesislerinin bu normlara uygunluğu değerlendirilmektedir.

1.3. Tezin Kapsamı

Bu tez, Ankara Metropolitan Alanı ölçeğinde sağlık hizmetlerinin gelişimi ve yeterliliğini; kent planlama kararları, yasal çerçeve ve uluslararası standartlarla ilişkili biçimde, tarihsel, mekânsal ve karşılaştırmalı açılardan ele almakta; bu doğrultuda çok boyutlu bir değerlendirme sunmayı amaçlamaktadır. Çalışma, her biri farklı bir kavramsal çerçeveye dayanan altı bölümden oluşmakta; her bölüm belirli bir araştırma sorusuna ve analiz yöntemine karşılık gelmektedir. Çalışmanın kavramsal alanı ve kapsamı Şekil 1.2 ile görselleştirilmiştir.



Şekil 1.2: Kavramsal Alan ve Tez Kapsamı

Birinci bölüm, çalışmanın amacı, kapsamı, araştırma soruları ve kavramsal çerçevesi ile birlikte izlenen yöntemsel yaklaşıma ilişkin açıklamaları içermektedir. Bu bölümde ayrıca, araştırma sorularının hangi kavramsal alanlara karşılık geldiği ve her bir kavramsal çerçevenin analiz sürecindeki işlevi tanımlanmaktadır.

İkinci bölümde, Türkiye’de sağlık sisteminin tarihsel gelişimi, kentleşme, imar ve sağlık politikaları bağlamında ele alınmaktadır. 1923 sonrası sağlık altyapısının kurumsal yapılanması, planlama yaklaşımları, kalkınma planları ve mevzuat düzenlemeleri değerlendirilerek, sağlık sisteminin devlet eliyle örgütlenişi ve planlama sistemine entegrasyonu tartışılmaktadır.

Üçüncü bölüm, Ankara özelinde kentsel büyüme süreçleri ile sağlık altyapısındaki mekânsal dönüşüm arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Farklı dönemlerde geliştirilen nazım plan kararları ile sağlık hizmetlerinin örgütlenişi karşılaştırmalı olarak ele alınmakta, yerel planlama bağlamında hizmet yeterliliği değerlendirilmektedir.

Dördüncü bölüm, Türkiye ve Ankara’ya ilişkin sağlık göstergelerinin dönemsel gelişimini sayısal verilerle analiz etmekte; güncel fiziksel kapasite ve insan gücü göstergelerini başta OECD ve AB ülkeleri olmak üzere uluslararası örneklerle karşılaştırmalı olarak değerlendirmektedir. Bu bölüm, göstergelere dayalı yeterlilik çerçevesi kapsamında ulusal performansı ve uluslararası konumu birlikte ortaya koymaktadır.

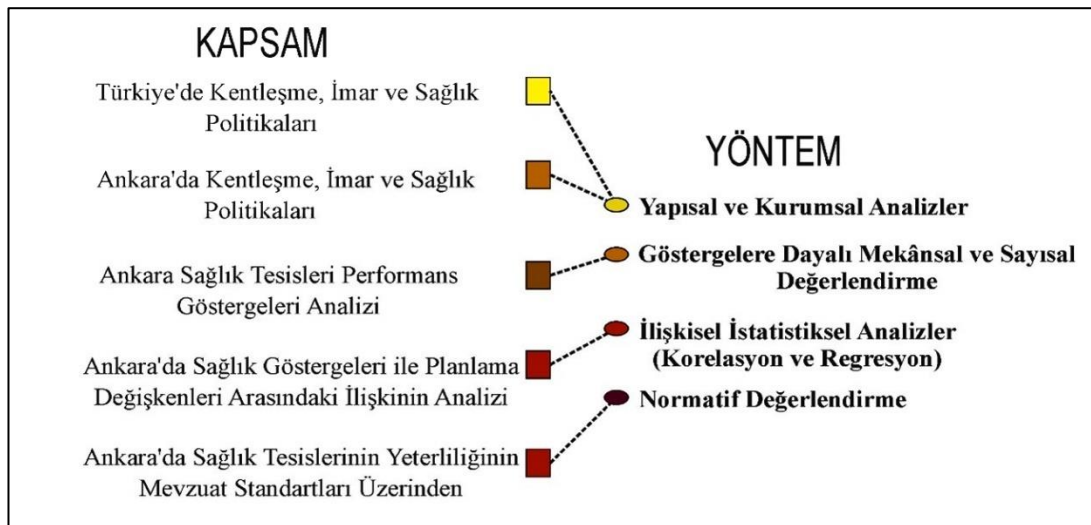
Beşinci bölüm, Ankara'daki sağlık göstergeleri ile planlama süreçlerinde öngörülen demografik ve mekânsal büyüklükler (nüfus, plan alanı, kentsel yerleşim alanı) arasındaki ilişkiyi istatistiksel yöntemlerle analiz etmektedir. Bu sayede, planlama kararlarının sağlık hizmet kapasitesine etkisi, korelasyon ve regresyon temelli bir yaklaşımla ortaya konmaktadır.

Altıncı bölüm, Türkiye imar mevzuatında sağlık tesislerine ilişkin belirlenen mekânsal standartlar doğrultusunda, Ankara'daki altyapının bu standartlara uyum düzeyini değerlendirmektedir. Bu bölümde normatif uygunluk değerlendirmesi yoluyla, planlama uygulamalarının mevzuatla örtüşme derecesi sorgulanmaktadır.

Sonuç bölümünde, tüm bulgular kavramsal çerçeveler doğrultusunda bütüncül bir şekilde değerlendirilmektedir. Sağlık altyapısının planlama sistemi içerisindeki yeri, dönemsel gelişimi, hukuki uygunluğu ve uluslararası normlarla uyumu analiz edilerek; çalışmanın sınırlılıkları ve ileri araştırmalara yönelik öneriler sunulmaktadır.

1.4. Tezin Yöntemi

Bu tezde, sağlık hizmetlerinin gelişimi ve yeterliliği; tarihsel, mekânsal ve karşılaştırmalı açılardan bütüncül bir biçimde değerlendirilmiş; bu değerlendirme, dört temel kavramsal alan etrafında şekillendirilmiştir. Her bir kavramsal alan, özgün yöntemsel araçlar aracılığıyla analiz edilmiştir. Çalışma hem belge temelli çözümlemelere hem de nicel veri analizlerine dayalı çok düzeyli ve karma yöntemli bir yaklaşımı benimsenmiş olup söz konusu yaklaşım Şekil 1.3'te görselleştirilmiştir.



Şekil 1.3: Tez Kapsamı ve Yöntemi

Tez kapsamında kullanılan yöntemler, içeriksel benzerliklerine göre belirli başlıklar altında gruplandırılmıştır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- **Yapısal ve Kurumsal Analizler:** Bu tezde ilk olarak, sağlık ve imar politikalarının tarihsel gelişimini değerlendirmek üzere yapısal ve kurumsal analiz yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, “Sağlık, Kentleşme ve Planlama Politikaları” başlığı altında tanımlanan kavramsal alan ile ilişkilidir. Türkiye’de sağlık sisteminin kuruluşu, kurumsallaşması ve devlet eliyle hizmet sunumunun şekillenışı; kalkınma planları, yasa ve yönetmelikler, sağlık mevzuatı ve imar düzenlemeleri gibi birincil belgeler üzerinden çözümlenmiştir.

Ayrıca Ankara’da farklı dönemlerde (1961–1980, 1981–2002, 2003 sonrası) hazırlanmış olan nazım planların açıklama raporları ve plan kararları da bu analiz kapsamında değerlendirilmiştir. Böylece hem ulusal hem de kentsel ölçekte sağlık sisteminin mekânsal gelişimi ile kent planlama süreçleri arasındaki tarihsel ve yönetsel ilişki derinlemesine incelenmiştir. Bu yöntem ağırlıklı olarak tezin ikinci ve üçüncü bölümlerinde kullanılmış olup kavramsal ve yasal dönüşümün sağlık altyapısına etkisi mekânsal bağlamda ortaya konmuştur.

- **Göstergelere Dayalı Mekânsal ve Sayısal Değerlendirme:** Tezin ikinci yönetsel yaklaşımı, sağlık altyapısının fiziksel kapasitesi ve insan gücü göstergeleri üzerinden yapılan göstergelere dayalı mekânsal ve sayısal değerlendirmedir. Bu yaklaşım, “Göstergelere Dayalı Yeterlilik” başlığı altında tanımlanan kavramsal alanla ilişkilidir. Sağlık sisteminin hizmet kapasitesi, yatak sayısı, hekim ve sağlık personeli sayıları gibi temel göstergeler üzerinden incelenmiş; bu göstergeler Türkiye geneli ve Ankara özelinde derlenerek dönemsel gelişimi analiz edilmiştir.

Veriler, Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü gibi kurumlardan sağlanmış; ayrıca OECD, DSÖ gibi uluslararası kuruluşların tanımladığı göstergelerle karşılaştırmalı analiz yapılabilmesine olanak sunacak biçimde düzenlenmiştir.

Bu yöntem, özellikle dördüncü bölümde (4.1–4.3) kullanılmakta olup hem Türkiye’nin genel durumu hem de Ankara özelinde sağlık sisteminin gelişimi veriye dayalı biçimde ortaya konmaktadır.

- **İlişkisel İstatistiksel Analizler (Korelasyon ve Regresyon):** Tezin üçüncü yöntemsel yaklaşımı, “Planlama Göstergeleri ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişki” başlığı altında toplanan kavramsal çerçeveye dayalı olarak yürütülen ilişkisel istatistiksel analizlerdir. Bu yöntemde, sağlık sistemine ilişkin göstergeler (yatak, hekim ve diğer sağlık personeli sayıları), Ankara’daki planlama süreçlerinde öngörülen demografik ve mekânsal göstergelerle (mevcut nüfus, projeksiyon nüfusu, kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı) ilişkilendirilmiştir.

Korelasyon analizi ile bu değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve gücü değerlendirilmiş; ardından çoklu regresyon analizi yoluyla, planlama göstergelerinin sağlık kapasitesi üzerindeki etkisi dönemsel olarak test edilmiştir. Böylece yalnızca sayısal bir karşılaştırma değil, aynı zamanda nedensel ilişki yapısının analizi de gerçekleştirilmiştir.

Bu yöntem, esas olarak beşinci bölümde uygulanmıştır. Ankara örneğinde, planlama kararlarının sağlık altyapısı üzerindeki etkisi nicel biçimde değerlendirilmiş ve elde edilen istatistiksel sonuçlar doğrultusunda politika ve planlama önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır.

- **Normatif Değerlendirme:** Tezin son yöntemsel yaklaşımı, Ankara’nın sağlık altyapısını Türkiye planlama mevzuatında tanımlanan standartlara göre değerlendirmektedir. Ayrıca Türkiye’de yürürlükte olan mekânsal planlama standartları doğrultusunda Ankara’daki mevcut durumun uygunluğu analiz edilmiştir.

Bu yöntem altıncı bölümde kullanılmakta; böylece hem hizmet sunumunun yeterliliği hem de planlama süreçlerinin normatif düzeydeki karşılığı değerlendirilmiş olmaktadır.

Bu dört yöntemsel yaklaşım, tezin araştırma sorularına çok katmanlı ve disiplinler arası bir perspektiften yanıt verilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin yalnızca mevcut durumunu değil; bu durumun hangi tarihsel, yönetsel, mekânsal ve normatif yapılar içerisinde şekillendiğini de ortaya koyan bütüncül bir değerlendirme sunmaktadır.

1.5. Tezin Literatüre Katkısı

Mevcut literatürde sağlık politikalarının kentleşme süreçleriyle ilişkisi çoğunlukla halk sağlığı perspektifiyle ele alınmakta; erişilebilirlik, mekânsal eşitsizlikler, bulaşıcı hastalıkların yayılımı ve çevresel sağlık riskleri gibi temalar üzerinden incelenmektedir. Ancak sağlık politikalarının nazım imar planları, planlama standartları ve mekânsal karar araçlarıyla doğrudan ilişkisini ortaya koyan, bu ilişkiyi planlama belgeleri ve sağlık altyapısı göstergeleri üzerinden veri temelli biçimde değerlendiren çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu tez, sağlık tesislerinin fiziksel kapasite ve insan gücüne ilişkin göstergelerini, Ankara’da farklı dönemlerde geliştirilen planlama belgelerinde tanımlı mekânsal değişkenlerle ilişkilendirerek analiz etmektedir. Böylece, planlama sisteminin sağlık altyapısının şekillenmesindeki rolü istatistiksel ve karşılaştırmalı yöntemlerle ortaya konmakta; plan kararları ile sağlık hizmetleri arasındaki nedensel bağlara dikkat çekilmektedir. Ankara özelinde yapılan dönemsel karşılaştırmalar, bu ilişkiyi tarihsel ve yönetsel bağlamda ele alan bütüncül bir değerlendirme sunmaktadır.

Ayrıca tez, uluslararası kuruluşlar tarafından tanımlanan göstergeler ile Türkiye’de yürürlükte olan planlama mevzuatındaki normları birlikte ele alarak, sağlık hizmetlerini yalnızca hizmet sunumu yönünden değil; planlama sistematigi ve yasal uygunluk düzeyi açısından da çok boyutlu biçimde değerlendirmektedir.

Bu yönüyle çalışma, sağlık sistemine ilişkin performans göstergelerinin kent planlama süreçleriyle nasıl örtüştüğünü ne ölçüde yönlendirildiğini ve mevzuata ne derece uyum sağladığını irdeleyen hem kuramsal hem de yöntemsel açıdan literatüre özgün katkılar sunan bir araştırmadır.

ARAŞTIRMA SORULARI

·Türkiye'de sağlık sistemi ve kentleşme-imar politikaları tarihsel olarak nasıl bir dönüşüm geçirmiştir?

·Ankara'da sağlık sisteminin gelişimi, kent planlama kararları ve yasal düzenlemelerle birlikte nasıl şekillenmiştir?

·Türkiye ve Ankara'da sağlık sistemine ilişkin göstergeler (yatak, hekim, hemşire vb.) dönemsel olarak nasıl değişmiştir ve bu değişim planlama süreçleriyle ne ölçüde ilişkilidir?

·Ankara'nın sağlık göstergeleri Türkiye ve diğer ülkelerle karşılaştırıldığında nasıl bir konumda yer almaktadır?

·Ankara'da planlama kararlarına ilişkin mekânsal ve demografik göstergeler ile sağlık altyapısı arasında nasıl bir istatistiksel ilişki vardır?

·Ankara'daki sağlık tesislerinin yeterliliği, yürürlükteki ulusal mevzuat ve planlama standartları çerçevesinde nasıl değerlendirilebilir?

KAVRAMSAL ALANLAR

Kentleşme ve Sağlık Politikaları Etkileşimi

Sağlık Göstergeleri ile Performans Değerlendirmesi

Planlama Değişkenleri ile Sağlık İlişkisi

Mevzuat Temelli Yeterlilik Değerlendirmesi

KAPSAM

Türkiye'de Kentleşme, İmar ve Sağlık Politikaları

Ankara'da Kentleşme, İmar ve Sağlık Politikaları

Ankara Sağlık Tesisleri Performans Göstergeleri Analizi

Ankara'da Sağlık Göstergeleri ile Planlama Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi

Ankara'da Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin Mevzuat Standartları Üzerinden

YÖNTEM

Yapısal ve Kurumsal Analizler

Göstergelere Dayalı Mekânsal ve Sayısal Değerlendirme

İlişkisel İstatistiksel Analizler (Korelasyon ve Regresyon)

Normatif Değerlendirme

Şekil 1.4: Tezin Kurgusu

2. TÜRKİYE 'DE KENTLEŞME, İMAR VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Bu çalışmada Ankara'daki sağlık tesislerinin gelişimi, Türkiye'nin sağlık sistemi ve kentleşme politikalarındaki yapısal dönüşümler doğrultusunda 1960 öncesi ve sonrası olmak üzere iki temel dönem üzerinden incelenmektedir. Bu dönemlendirme yalnızca tarihsel bir ayırım değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin örgütlenme biçimi, planlama pratikleri ve veri üretim süreçlerinde yaşanan kırılmaları anlamak açısından analitik bir çerçeve sunmaktadır.

1960 yılı, Türkiye sağlık sistemi açısından önemli bir dönüm noktasına işaret etmektedir. 1961 tarihli 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, ilk kez ulusal düzeyde kapsayıcı, bölge temelli ve kademeli sağlık hizmeti sunumu modelini kurumsallaştırmıştır. Bu yasa ile sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla birinci basamak hizmetlerinin kırsal ve kentsel alanlara sistematik biçimde yayılması hedeflenmiş, hekim dağılımı ve tesisleşme süreci merkezi planlamaya ve veri temelli karar alma süreçlerine bağlanmıştır. Bu bağlamda yasa, Türkiye'de sosyal devlet anlayışının sağlık sistemine yansımaları olarak politik, yönetsel ve mekânsal bir kırılma olarak değerlendirilmektedir.

Benzer biçimde, kentleşme ve mekânsal planlama açısından da 1960 sonrası, planlı kalkınma ilkelerinin benimsendiği ve mekânsal kararların teknik-rasyonel esaslarla biçimlendirilmeye başlandığı bir dönemdir. Devlet Planlama Teşkilatı'nın 1960'ta kurulması ve Beş Yıllık Kalkınma Planlarının uygulanmaya başlanması, sağlık donatı alanlarının planlı gelişimini doğrudan etkilemiş; hizmet erişim ölçütleri, tesis büyüklükleri ve dağılım kararları bu planlar doğrultusunda belirlenmiştir.

Ayrıca, 1960 sonrası dönemde sağlık sistemine ilişkin niceliksel veriler daha düzenli, kapsamlı ve karşılaştırılabilir biçimde toplanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın il ve bölge düzeyinde düzenli veri üretimine geçmesi, planlama belgelerinde sağlık altyapısına dair detaylı bilgi sunulması ve resmi istatistiklerin sistematikleşmesi, Ankara özelinde yapılan analizlerin de bu dönemden itibaren daha güçlü verilere dayandırılabilmesine olanak tanımaktadır.

Dolayısıyla bu çalışmada gerek sağlık sisteminin örgütlenme biçiminde gerekse Ankara özelinde sağlık tesislerinin mekânsal biçimlenişinde, 1960 öncesi ve sonrası ayrımı; tarihsel süreklilikleri ve yapısal kırılmaları analiz etmeye olanak tanıyan kuramsal ve veriye dayalı bir çerçeve olarak ele alınmaktadır.

2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Kuruluş Süreci: 1960 Öncesi Dönem

Türkiye’de modern sağlık sisteminin temellerinin atıldığı ve kentleşme ile mekânsal planlama politikalarının kurumsallaşma sürecine girdiği bir evre olarak öne çıkmaktadır. Bu bölümde, bir yandan sağlık hizmetlerinin devlet eliyle örgütlenişi, koruyucu sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması ve altyapı yatırımlarının yönü incelenmekte; diğer yandan da erken Cumhuriyet döneminden itibaren kentleşme sürecine yön veren yasal, kurumsal ve mekânsal dönüşümler ele alınmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin kamusal bir sorumluluk olarak tanımlanması ve imar düzenlemelerinin teknik esaslara dayalı olarak kurgulanması hem kamu hizmetlerinin mekânsal dağılımını hem de kentleşme biçimlerini doğrudan etkilemiştir. Bu bağlamda, dönemin dinamikleri iki alt başlık altında incelenmektedir.

2.1.1. 1923-1945 Dönemi

2.1.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları:

1923 ile 1945 yılları arasında Türkiye’de kentleşme olgusu, büyük ölçüde siyasal rejimin modernleşme vizyonu çerçevesinde şekillenmiş, ancak sınırlı bir mekânsal yayılım ve demografik değişim göstermiştir. Cumhuriyet’in ilanıyla birlikte yeni rejim, kentleşmeyi çağdaşlaşmanın bir aracı olarak görmüş; özellikle Ankara, bu idealin somutlaştığı bir model kent haline getirilmiştir. Ancak Türkiye genelinde kır nüfusunun baskın olması, sanayileşmenin sınırlılığı ve ekonomik kaynakların yetersizliği nedeniyle kitlesel bir kentleşme sürecinden söz etmek mümkün değildir [Türk, 2016].

1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımına göre Türkiye nüfusunun yaklaşık %76’sı köylerde, %24’ü ise kentlerde yaşamaktaydı. 1945 yılına gelindiğinde bu oranlarda kayda değer bir değişiklik görülmemektedir. Bu durum, söz konusu dönemde

Türkiye'nin esasen bir kır toplumu niteliğini koruduğunu göstermektedir. Ankara dışındaki şehirlerde kentleşme süreci yavaş ilerlemiş, İstanbul ve İzmir gibi büyük kentlerde dahi nüfus artışı ve mekânsal dönüşüm sınırlı kalmıştır [Sağlam, 2016].

Dönem içerisinde kentleşme, imar ve konut politikalarını yönlendirmek amacıyla çıkarılan başlıca yasal ve kurumsal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

- **1930 tarihli 1580 Sayılı Belediye Kanunu:** Belediyelere hukuki kişilik kazandıran, görev ve yetkilerini tanımlayan temel kanundur. Belediyelere imar planı yapma ve uygulama sorumluluğu verilmiş, şehir hizmetlerinin kurumsal çerçevesi oluşturulmuştur [Resmî Gazete, 1930].
- **1930 tarihli 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu:** Kentlerde sağlık, temizlik ve hijyen koşullarını düzenlemek amacıyla çıkarılmıştır. Şehirlerin sağlıklı gelişimi bu kanunla birlikte kentsel planlamanın bir parçası olarak ele alınmıştır [Resmî Gazete, 1930].
- **1933 tarihli 2290 Sayılı Belediye Yapı ve Yollar Kanunu:** Bu yasa ile yolların açılması, genişletilmesi ve yapı düzenlemeleri planlı kentleşmenin parçası haline gelmiştir. İmar uygulamaları teknik standartlara bağlanmıştır [Resmî Gazete, 1933].
- **1933 tarihli 2301 Sayılı Belediyeler Bankası Hakkında Kanun:** Belediyelere mali kaynak sağlamak amacıyla kurulan Belediye Bankası ile altyapı yatırımları desteklenmiştir. Bu banka, sonraki yıllarda İller Bankası'na dönüşecektir.
- **1934'teki 2497 Sayılı Belediyece Yapılacak İstimlak Hakkında Kanun:** Kamulaştırma işlemlerini düzenleyerek belediyelerin imar planlarını uygulama konusunda önünü açmıştır. Yol, meydan, park gibi kamu hizmetleri için arazi elde edilmesini kolaylaştırmıştır [Resmî Gazete, 1934].
- **1935 tarihli 2763 Sayılı Belediyeler İmar Heyetinin Kuruluş Kanunu:** Her belediyede bir "imar heyeti" kurulması zorunluluğu getirerek plan yapım ve uygulama süreçlerine teknik denetim mekanizması kazandırmıştır. Böylece şehircilik kararları daha profesyonel temellere dayandırılmıştır [Resmî Gazete, 1935].

2.1.1.2. Sağlık Politikaları:

Türkiye 'de sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınmasının başlangıcı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasıyla olmuştur. TBMM, 3 Mayıs 1920'de kabul ettiği 3 sayılı kanunu ile Sıhhiye ve Muavenat-ı İctimaiye Vekâleti'ni (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurarak, sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlık çatısı altında yürütülen asli bir devlet görevi haline getirmiştir. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Sağlık Bakanı Dr. Necdet Adıvar'dır. 1920–1923 yılları arasında Türkiye'de uygulanan sağlık politikaları, savaşın yarattığı olağanüstü koşullar altında mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılması, salgın hastalıkların kontrol altına alınması ve mevzuat düzenlemelerinin yapıldığı dönemdir [Akdur, 1999].

1923-1937 yılları arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapan Dr. Refik Saydam döneminde; koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkarılmış, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde etkin bir şekilde yürütülmesi amacıyla il merkezlerinde İl Sağlık Müdürlükleri ve ilçe merkezlerinde hükümet tabiplikleri kurulmuştur. Ayrıca salgın hastalıklarla mücadele için geniş çaplı aşı kampanyaları başlatılmış, toplum sağlığı bilincinin artırılmasına yönelik eğitimler düzenlenmiştir. Ayrıca bu dönemde, sağlık altyapısının geliştirilmesinin yanı sıra, sağlık personeli sayısının artırılması ve niteliğinin yükseltilmesi amacıyla yeni tıp fakülteleri açılmış, sağlık çalışanları yetiştirilmiş ve mezunların zorunlu hizmet yapmaları uygulaması başlatılmıştır [Yılmaztürk, 2023].

Ülkemizde sağlık hizmetlerine öncülük etmek amacıyla 1924 yılında Ankara, Erzurum, Sivas ve Diyarbakır'da, 1936'da İstanbul Haydarpaşa'da, 1946 yılında ise Trabzon'da Numune Hastaneleri açılmıştır. Hâlen yürürlükte olan ve sağlık mevzuatının temelini oluşturan “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)” ve “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930)” gibi önemli kanunlar bu dönem içerisinde çıkarılmıştır.

2.1.2. 1946-1960 Dönemi

2.1.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları:

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Türkiye ekonomisinde, savaş öncesi dönemde benimsenen ve büyük ölçüde iç pazara dayalı, devletçi kalkınma anlayışına dayanan

kapalı ekonomik modelin yerine, özellikle tarımsal modernleşme öncülüğünde dışa açılma politikaları benimsenmiştir. Tarımda hızlı makineleşme, verimlilik artışı ve pazar için üretime geçiş; kırsal alanlarda çözümlere, kırdan kente kopuşlara ve ani göç dalgalarına neden olmuştur. Savaş öncesi yalnızca Ankara’da gözlemlenen yüksek nüfus artışı, savaş sonrasında tüm kentlerde görülmeye başlamış; Türkiye ilk kez eş zamanlı ve yaygın bir kentleşme süreciyle karşı karşıya kalmıştır. Ancak bu dönüşümün hızı hem yerel yönetimlerin hem de merkezi kurumların kurumsal kapasitesini aşmış; kentleşme büyük ölçüde kontrolsüz, plansız ve kendiliğinden ilerlemiştir [Tekeli ve Ortaylı, 1978].

Ortaya çıkan bu plansız büyüme süreci, kentlerin çevresinde gecekondu kuşaklarının oluşmasına neden olmuş; kırsal kökenli nüfus, kamu politikalarının dışında, kendi çabalarıyla barınma sorununa çözüm üretmeye yönelmiştir. Kent içi ulaşımında da benzer biçimde, kamusal taşıma sistemleri yetersiz kaldığından, alternatif çözümler olarak dolmuş sistemleri ortaya çıkmıştır. Alt yapı yatırımları, artan talebe karşılık verememiş; kentlerin teknik altyapıdan yoksun biçimde büyümesi beraberinde ciddi çevresel ve yapısal sorunlar doğurmuştur [Tekeli, 2011].

Dönem içerisinde kentleşme, imar ve konut politikalarını yönlendirmek amacıyla çıkarılan başlıca yasal ve kurumsal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

- **1948 tarihli 5237 sayılı Belediye Gelirleri Kanunu:** Belediyelerin mali gelirlerini artırmaya yönelik çıkarılmıştır.
- **1954 tarihli 6235 sayılı yasayla Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu:** Mühendislik ve mimarlık mesleklerinin kurumsallaşmasını sağlamıştır.
- **1956 tarihli 6875 sayılı İmar Kanunu:** Belediye sınırları dışında kalan alanlar için de planlama yükümlülüğü getirilmiş; böylece “müccavir alan” kavramı planlama sistemine dâhil edilmiştir. Hızlı kentleşme sonucu belediye sınırlarının yetersiz kaldığı birçok yerleşimde, özellikle gecekondu bölgelerinde denetimsiz yapılaşmanın önüne geçilmesi hedeflenmiştir [Resmî Gazete, 1956].
- **1958 tarihli 7116 sayılı İmar ve İskân Vekâleti Kuruluş ve Vazifeleri Hakkında Kanun:** Türkiye’de hızlı kentleşmenin yol açtığı sorunlara merkezi düzeyde kurumsal çözümler üretmek amacıyla İmar ve İskân Bakanlığı kurulmuştur.

2.1.2.2. Sağlık Politikaları:

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Türkiye'de modern sağlık sisteminin temellerinin atılması açısından önemli bir kilometre taşıdır. 12 Aralık 1946'da Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan bu plan, ülke genelindeki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve sağlık personelinin eğitilmesi gibi hedefleri kapsamaktadır. Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanmasına rağmen yasalaşamayan plan, ileriki yıllarda sağlık politikalarının şekillenmesinde yol gösterici bir rol oynamıştır **[Sağlık Bakanlığı, 2025]**.

Plan kapsamında ülke, yedi ayrı sağlık bölgesine (Ankara, Balıkesir, Erzurum, Diyarbakır, İzmir, Samsun ve Seyhan) ayrılması ve her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması planlanmıştır. Bu sayede hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması hedeflenmektedir. Ayrıca, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla, her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezi kurulması planlanmıştır **[Devlet Planlama Teşkilatı, 1973]**.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ve Dünya Sağlık Teşkilatı gibi uluslararası kuruluşların desteğiyle, 1953 yılında Ankara'da Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi kurulmuştur.

Dönem içerisinde bazı Tıp mesleklerinin ve sivil toplum kuruluşlarının hukuki altyapısı oluşturan; 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954), 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956) gibi kanunlar çıkarılmıştır.

2.2. Türkiye’de Sağlık Tesislerinde Planlama ve Dönüşüm: 1960 Sonrası Dönem

1960 sonrası Türkiye’de sağlık ve kentleşme politikaları, toplumsal dönüşümler ve ekonomik gelişmeler doğrultusunda yeniden yapılandırılmıştır. 1960’lı yıllarda büyük şehirlerde hızlı kentleşme süreci yaşanmış; metropoliten planlama anlayışı gelişmiş, gecekondu üretimi yaygınlaşmış ve ilk defa hukuki çerçeveye alınmıştır. Aynı dönemde şehir planlama mesleği kurumsallaşmış, büyük kentlerde modern planlama teknikleri uygulanmaya başlanmıştır. Belediyelere yönelik reformlarla yerel demokrasi güçlendirilmiş, arsa üretimini kolaylaştırmaya yönelik yasal düzenlemeler

hayata geçirilmiştir. Sağlık alanında, 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı yasa ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedeflenmiş, bölgesel sağlık sistemleri kurulmuştur. Nüfus planlaması ve temel sağlık hizmetlerine erişim ön planda tutulmuş, sağlık ocakları ve sağlık evleri ile köy düzeyinde sağlık altyapısı yaygınlaştırılmıştır.

1980 sonrası dönemde dışa açık kalkınma modeli ile kentleşme dinamikleri değişmiş; büyükşehirlerin ve bazı Anadolu kentlerinin mekânsal büyümesi hızlanmıştır. 1985'te çıkarılan İmar Kanunu ile yerel yönetimlere plan yapma yetkisi verilmiş; merkeziyetçi yapıdan uzaklaşarak yerel planlama güçlendirilmiştir. Bu dönemde TOKİ kurulmuş, toplu konut politikası devlet eliyle yaygınlaştırılmış, turizm bölgeleri, kültürel miras alanları ve özel planlama bölgeleri için özgün yasal düzenlemeler yapılmıştır. Sağlıkta ise 1987'de çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlayan reform süreci, 1990'lı yıllarda kapsamlı sağlık politikalarının geliştirilmesine yol açmıştır. Ulusal sağlık politikası belgeleri, sağlık sigortalarının birleştirilmesi, aile hekimliği uygulaması ve hastanelerin özerkleştirilmesi gibi hedeflerle sistemin yeniden yapılandırılmasını amaçlamıştır. 1992'de başlatılan Yeşil Kart uygulaması ile yoksul vatandaşların ücretsiz sağlık hizmetine erişimi sağlanmıştır.

2000'li yıllarla birlikte sağlık ve kentleşme politikalarında neoliberal yaklaşımlar belirginleşmiş, TOKİ ve benzeri merkezi kurumlara geniş planlama yetkileri verilmiş, kamu-özel ortaklığıyla yürütülen şehir hastaneleri gibi projeler ön plana çıkmıştır. 2000'li yıllar, Türkiye sağlık sistemi için kapsamlı bir dönüşüm sürecini başlatmıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren "Sağlıkta Dönüşüm Programı", hizmet sunumu, finansman ve yönetim alanlarında yapısal reformları içermiştir. Bu programla birlikte sağlık hizmetlerinde erişim kolaylaştırılmış, hizmetlerin eşitliği artırılmış ve sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmeler sağlanmıştır. Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmuş, SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi kurumsal ayrımlar kaldırılarak tüm vatandaşların tek çatı altında sağlık güvencesine erişmesi sağlanmıştır. Aile hekimliği sistemi yaygınlaştırılmış, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiştir. Hastaneler tek çatı altında Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak yönetsel bütünlük sağlanmış, performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir.

2.2.1. 1961-1980 Dönemi

2.2.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

Bu dönemde kentleşme süreci hem hızlanmış hem de nitelik değiştirmiştir. Ankara, İstanbul ve İzmir metropol ölçeğinde gelişmiş; bu kentlerin çevresinde belediye sınırları yetersiz kalınca çok sayıda yeni belediye ortaya çıkmış ve yönetim modeli parçalanmıştır. Türkiye’de ilk kez kent merkezleriyle birlikte çevreleyen alanların birlikte planlanmasını gerekli kılan metropoliten planlama anlayışı gelişmiştir. Aynı dönemde özel otomobil sahipliğinin artışı, yüksek gelirli grupların kent dışı alanlara yönelmesine neden olmuş; bu da banliyöleşme eğilimlerinin ve parçalı büyümenin başlamasına zemin hazırlamıştır. Konut sunum biçimleri açısından ise gecekondular, yapsat ve konut kooperatifleri üç ana model olarak ön plana çıkmıştır. Gecekondular üretimi yalnızca barınma değil, aynı zamanda kent rantına katılım biçimi haline gelmiş; 1966 yılında çıkarılan 775 Sayılı Gecekondular Kanunu ile bu yapılar hukuken tanınarak ıslah ve önleme bölgeleri oluşturulmuştur [Arslan, 2014].

Bu dönemde İmar ve İskân Bakanlığı’nın İstanbul, Ankara ve İzmir’de kurduğu Metropoliten Planlama Büroları, çağdaş tekniklerin ve modellemelerin ilk kez kent planlarına entegre edildiği alanlar olmuştur. Arazi kullanımı ve ulaşım ilişkileri bu bürolarda analitik biçimde değerlendirilmiştir [Tekeli, 2011].

1960’lı yıllardan itibaren planlama mesleği de giderek kurumsallaşmış, üniversitelerde şehir ve bölge planlama bölümleri açılmıştır. 1961’de Orta Doğu Teknik Üniversitesi’nde, 1971’de İstanbul Teknik Üniversitesi’nde kurulan bu bölümler, yalnızca teknik eleman yetiştirmekle kalmamış, aynı zamanda planlamaya sosyolojik, ekonomik ve çevresel boyutlar kazandıran akademik birikimin oluşmasına katkı sağlamıştır [Tekeli, 2023].

Dönem içerisinde kentleşme, imar ve konut politikalarını yönlendirmek amacıyla çıkarılan başlıca yasal ve kurumsal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

- **1963 tarihli 307 Sayılı Belediye Kanunu’nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun:** Bu düzenleme ile belediye yönetimi halkın doğrudan seçimiyle şekillenmiş; belediye başkanlarının, belediye meclis üyelerinden değil, doğrudan halk oyu ile seçilmesi sağlanmıştır [Resmî Gazete, 1963].

- **1966 tarihli 775 Sayılı Gecekondu Kanunu:** Türkiye’de gecekondu olgusunu ilk kez yasal bir çerçeveye oturtmuş ve mevcut gecekondu alanlarını tesviye, ıslah ve önleme bölgeleri olarak sınıflandırmıştır. Yasayla İmar ve İskân Bakanlığı’na ve belediyelere gecekondu politikalarını uygulamak üzere arsa tahsisi ve kaynak yaratma yetkileri verilmiştir [**Resmî Gazete, 1966**].
- **1969 tarihli 1164 Sayılı Arsa Ofisi Kanunu:** Düşük ve orta gelirli grupların konut ihtiyacını karşılamak ve planlı, düşük maliyetli arsa üretimini sağlamak amacıyla, İmar ve İskân Bakanlığı’na bağlı olarak Arsa Ofisi Genel Müdürlüğü kurulmuştur [**Resmî Gazete, 1969**].
- **1972 tarihli 1605 Sayılı 6785 sayılı İmar Kanunu’nda Bazı Değişiklikler Yapılması Hakkında Kanun:** İmar ve İskân Bakanlığı’na, metropoliten alanlarda belediyelerin üstünde nazım imar planı yapma veya yaptırma yetkisi verilmiştir [**Resmî Gazete, 1972**].

2.2.1.2. Sağlık Politikaları

Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanan “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun”, 1961 yılında yasalaşmış ve ilk olarak 1963’te Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama ile vatandaşların, ödedikleri prim ve kamu kaynaklarından ayrılan bütçe sayesinde sağlık hizmetlerine ücretsiz ya da düşük bir katılım payıyla eşit biçimde erişebilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda, her 50.000 nüfusa bir sağlık grubu başkanlığı oluşturulmuş, bu sağlık gruplarına 50-200 yataklı bir bölge hastanesi ve sağlık ocakları bağlanmıştır. Ayrıca nüfusu 5.000 ile 10.000 arasında olan yerleşimlere en az bir hekim yönetiminde sağlık ocakları, bu ocaklara bağlı olarak da köy ebelerinin görevlendirildiği sağlık evleri kurulması planlanmıştır [**Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1971**].

1965 yılında çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfus artışını teşvik eden politikadan, nüfus artış hızını sınırlamayı amaçlayan bir politikaya geçilmiştir. Ayrıca 1967 yılında “Genel Sağlık Sigortası” için bir kanun tasarısı hazırlanmış, ancak bu tasarı yasalaşmamıştır.

2.2.2. 1981-2002 Dönemi

2.2.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

1980 yılı sonrası Türkiye’de imar politikaları, yalnızca mekânsal planlama teknikleri üzerinden değil, aynı zamanda ekonomi politikalarındaki köklü değişimlerle birlikte şekillenmiş; kentleşme dinamikleri, göç desenleri ve kamu müdahalelerinin kapsamı bu yeni dönemle birlikte farklılaşmıştır. Bu dönemde kırdan kente göçün ivme kaybettiği, buna karşın kentler arası göçün ön plana çıktığı görülmektedir. Özellikle 1980 sonrası uygulamaya konulan dışa açık, ihracata dayalı kalkınma modeli, Türkiye’nin dünya pazarlarıyla bütünleşmesini hızlandırmış; bu süreç, yerleşim sisteminde büyük metropollerin ve gelişen orta ölçekli kentlerin öncülüğünde yeni bir mekânsal yapılanmayı beraberinde getirmiştir. İstanbul’un başı çektiği büyükşehirlerdeki nüfus artışı, sanayileşme ve turizm yatırımları ile Anadolu’daki bazı girişimci kentlerin de büyümesini tetiklemiştir [Tekeli, 2009].

1985 yılında yürürlüğe giren 3194 Sayılı İmar Kanunu, Türkiye’nin planlama sisteminde önemli bir kırılma noktası olmuş, yerel yönetimlere plan yapma ve onama yetkisi tanıyarak merkeziyetçi yapıdan yerele doğru bir yetki devrini temsil etmiştir. [Bal, 2011].

Dönem içerisinde kentleşme, imar ve konut politikalarını yönlendirmek amacıyla çıkarılan başlıca yasal ve kurumsal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

- **1982 tarihli 2634 Sayılı Turizmi Teşvik Kanunu:** Turizm sektörünü canlandırmak, yatırımları teşvik etmek ve turizm bölgelerinde hızlı kalkınmayı sağlamak amacıyla çıkartılmıştır. Kanun kapsamında turizm yatırımlarına vergi muafiyetleri, arsa tahsisi ve imar kolaylıkları gibi çeşitli teşvikler sağlanmıştır. Ayrıca, Turizm Alanları ve Merkezleri ilan edilerek bu bölgelerde planlama yetkisi merkezi idareye devredilmiş; böylece yerel planlama süreçlerinden bağımsız, turizme özgü özel bir planlama çeşidi ortaya çıkmıştır [Resmî Gazete, 1982].
- **1983 tarihli 2942 Sayılı Kamulaştırma Kanunu:** Kamu yararı amacıyla özel mülkiyetteki taşınmazların hukuki ve mali esaslara uygun şekilde kamulaştırılmasını düzenlemek amacıyla çıkarılmıştır. Kanun, başta imar uygulamaları olmak üzere, altyapı yatırımları, toplu konut projeleri ve kentsel

dönüşüm gibi alanlarda devletin taşınmaz edinme süreçlerini yasal bir çerçeveye oturtmuştur. Kamulaştırma bedelinin belirlenmesi, ödeme şekilleri, dava süreçleri ve acele kamulaştırma gibi kritik konular bu yasa kapsamında düzenlenmiştir [Resmî Gazete, 1983].

- **1983 tarihli 2863 Sayılı Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu:** Türkiye'nin kültürel ve doğal mirasını koruma altına almak amacıyla çıkarılmış temel yasal düzenlemelerden biridir. Kanun, tarihî yapılar, arkeolojik alanlar, doğal sitler ve anıtsal yapılar gibi varlıkların tespiti, tescili, korunması ve restorasyonu ile ilgili esasları belirlemiştir. Ayrıca, Koruma Kurulları aracılığıyla bu alanlarda yapılacak her türlü planlama, yapılaşma ve müdahaleyi denetim altına almıştır. Planlama süreçlerine “koruma amaçlı imar planı” kavramını getirerek, kültürel ve doğal değerlerin kentleşme baskısı altında yok olmasını önlemeye yönelik kurumsal bir mekanizma oluşturmuştur [Resmî Gazete, 1983].
- **1983 tarihli 2960 Sayılı Boğaziçi Kanunu:** İstanbul Boğazı ve çevresinin tarihî, kültürel ve doğal özelliklerini korumak amacıyla çıkarılmıştır. Kanun ile Boğaziçi Sahil Şeridi ve Öngörünüm Bölgesi başta olmak üzere belirli alanlarda yapılaşma, imar ve kullanım koşulları özel kurallara bağlanmıştır.
- **1984 tarihli 3030 Sayılı Büyük Şehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun:** Türkiye’de metropoliten ölçekli kent yönetimini kurumsallaştırmak amacıyla çıkarılmıştır. Bu yasa ile İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde iki kademeli belediye sistemi (büyükşehir ve ilçe belediyeleri) oluşturulmuştur. Büyükşehir belediyelerine altyapı hizmetleri, ulaşım, çevre düzeni ve imar planlarının koordinasyonu gibi geniş yetkiler verilmiştir [Resmî Gazete, 1984].
- **1984 tarihli 2985 Sayılı Toplu Konut Kanunu:** Türkiye’de hızlı şehirleşmenin doğurduğu konut ihtiyacına devlet eliyle çözüm üretmek amacıyla çıkarılmış ve Toplu Konut İdaresi Başkanlığı'nın (TOKİ) kurulmasına yasal zemin hazırlamıştır. Bu kanun, 1981 tarihli 2487 sayılı kanunun yetersizlikleri üzerine hazırlanmış; dar ve orta gelir gruplarına konut sağlanmasını, toplu konut projelerinin finansmanını ve arsa üretimini devlet politikası haline getirmiştir [Resmî Gazete, 1984].

- **1985 tarihli 3194 Sayılı İmar Kanunu:** Hem yapılaşma süreçlerini hem de planlama yetkilerini yeniden tanımlamış; nazım ve uygulama imar planı ayrımını sistematik hale getirerek plan hiyerarşisini netleştirmiş; yapı ruhsatı, iskân izinleri, yapı denetimi ve kamuya terk işlemleri gibi konularda kapsamlı hükümler içermektedir. Ayrıca, planlama yetkilerinin merkezi ve yerel düzeyde nasıl paylaşılacağını belirleyerek, kentsel gelişmenin hukuki altyapısını oluşturmuştur [**Resmî Gazete, 1985**].

2.2.2.2. Sağlık Politikaları

Bu dönemin en önemli düzenlemelerinden biri, 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. Ardından 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı'nın yürüttüğü "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" ve 1992–1993 yıllarında gerçekleştirilen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri, sağlık reformlarının başlangıcı olarak kabul edilmiştir. 1992 yılında başlatılan Yeşil Kart uygulaması ile ödeme gücü yetersiz vatandaşların sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya düşük maliyetle yararlanması sağlanmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası" programı; destekleyici çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlıklı Türkiye hedefleri gibi bölümler içermiştir. [**İleri, 2016**].

1990'lı yıllardaki sağlık reformu çalışmalarının ana hedefleri ise şunlardır:

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi ve Genel Sağlık Sigortası kurulması,
- Aile hekimliği uygulamasıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın, hizmet sunumundan çok koruyucu sağlık hizmetlerini planlayan ve denetleyen bir kurum haline getirilmesidir [**Sağlık Bakanlığı, 2025**].

2.2.3. 2003 Sonrası Dönem

2.2.3.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

2003 sonrası dönemde Türkiye’de imar politikaları, neoliberal kentleşme anlayışına dayalı, merkezileşmiş ve proje odaklı bir yapıya dönüşmüştür. Bu dönüşümle birlikte kamu yararı temelli planlama anlayışının yerini, rant üretimine dayalı ve gayrimenkul yatırımlarını önceliklendiren bir mekânsal örgütlenme biçimi almıştır. Kentlerin planlanması, kentlilerin ihtiyaçlarına değil, yatırımcıların taleplerine göre şekillendirilmiştir. Planlama yetkileri yerel yönetimlerden alınarak merkezi kurumlara devredilmiş, TOKİ ve Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı gibi kurumlar, kentleşme politikalarının ana aktörleri haline gelmiştir. TOKİ’ye, her ölçekte plan yapma, onama, yenileme ve uygulama yetkileri verilmiş; kentsel dönüşüm projeleri, gecekondü dönüşümleri ve kâr amaçlı projelerle birlikte yürütölmeye başlanmıştır.

İmar mevzuatında yapılan düzenlemeler, devletin yasa yapıcı rolünü piyasa koşulları lehine yeniden konumlandırarak, doğal ve yapılı çevrenin sermaye lehine dönüştürölmesini kolaylaştırmıştır. Bu bağlamda, neoliberal kentsel yeniden yapılanma sürecinin önündeki hukuki engeller torba yasalar aracılığıyla aşölmüş; planlama sistemi esneklik adı altında demokratik denetimden uzaklaştırılmıştır. Yasa yapım süreçlerinde toplumsal katılımın sınırlılığı, planların ilan ve itiraz süreçlerinden muaf tutulması, kent hakkı tartışmalarının ve kamu yararı ilkesinin zayıflamasına neden olmuştur. [Bal, 2011].

Dönem içerisinde kentleşme, imar ve konut politikalarını yönlendirmek amacıyla çıkarılan başölica yasal ve kurumsal düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır.

- **2003 tarihinde 2985 Sayılı Toplu Konut Kanunu’nda yapılan değişiklik:**

Bu değişiklikle birlikte, Toplu Konut İdaresi Başkanlığı’nın yetki ve görev alanı kapsamlı biçimde genişletilmiş, kurum yalnızca sosyal konut üretmekle sınırlı bir yapı olmaktan çıkarılarak kentleşme sürecinde merkezi bir aktör haline getirilmiştir. Yapılan değişiklik ile TOKİ, kamuya ait araziler üzerinde doğrudan tasarruf yetkisine sahip olmuş; köyler, gecekondü bölgeleri, tarihi ve yöresel mimariye sahip alanlar ile doğal afet bölgelerinde projeler geliştirme ve uygulama görevini üstlenmiştir. Ayrıca, yalnızca yurtiçinde değil,

yurtdışında da kaynak yaratma amacıyla kâr odaklı projeler gerçekleştirme yetkisi tanınmıştır [Özalp ve Erkut, 2016].

- **2004 tarihli 5272 sayılı Belediye Kanunu:** Belediyelere, kentin gelişimine uygun olarak eskiyen bölgeleri dönüştürme yetkisi verilmiş; konut, sanayi, ticaret ve sosyal alanlar oluşturmak, deprem riskine karşı önlem almak veya tarihi dokuyu korumak amacıyla “kentsel dönüşüm ve gelişim alanı” ilan edebilme hakkı tanınmıştır. 2010 yılında yapılan değişiklikle bu yetki genişletilerek, yapı olup olmamasına ya da imar durumuna bakılmaksızın tüm alanların dönüşüm kapsamına alınması mümkün hâle gelmiş; uygulama yetkisi ise Bakanlar Kurulu ve büyükşehir kapsamında olan illerde Büyükşehir Belediye Meclislerine verilmiştir [Resmî Gazete, 2004].
- **2005 Tarihli 5366 Sayılı Yıpranan Tarihi ve Kültürel Taşınmaz Varlıkların Yenilenerek Korunması ve Yaşatılarak Kullanılması Hakkında Kanun:** Sit alanı içinde kalan, kullanım değerini yitirmiş veya fiziki yıpranma sürecine girmiş tarihi ve kültürel alanların yeniden işlevlendirilmesi amacıyla yürürlüğe konulmuştur. Söz konusu düzenleme, sit alanı içerisinde yer alan bu bölgelerin “yenileme alanı” olarak ilan edilmesine ve bu alanlarda belediyeler ya da il özel idareleri aracılığıyla projelerin gerçekleştirilmesine olanak tanımaktadır. Yenileme alanı ilanı, Cumhurbaşkanı kararı ile gerçekleştirilmektedir [Resmî Gazete, 2005].
- **2008 tarihli 5793 sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun:** TOKİ mülkiyeti kendisine ait olan alanlarda veya valilikler tarafından toplu konut iskân sahası olarak belirlenen bölgelerde her tür ve ölçekte plan yapma ve gerekli durumlarda, üç ay içinde ilgili idare tarafından onaylanmayan planları resen onaylama yetkisi verilmiştir. Ayrıca; Özelleştirme İdaresi Başkanlığına, özelleştirme kapsamına alınan arsa ve arazilerde üzerinde her ölçekteki imar planlarında ilan ve askı süreci olmadan değişiklik yapma, yaptırma ve onaylama yetkisi verilmiştir [Resmî Gazete, 2008].
- **2011 tarihli 644 sayılı Çevre ve Şehircilik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname:** Kentsel dönüşüm, çevresel düzenleme, imar planlarının onaylanması gibi farklı bakanlıklara dağıtılmış olan yetkileri tek bir çatı altında toplamak amacıyla Çevre

ve Şehircilik Bakanlığı kurulmuştur. 2021 yılında ismi Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Ayrıca Bakanlık, tüm üst ölçekli planların hazırlanması, onaylanması ve uygulanmasında yetkili tek kurum haline getirilmiştir [Resmî Gazete, 2011].

- **2012 tarihli 6306 sayılı Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Hakkında Kanun:** Afet riski taşıyan alanlar ile bu alanlar dışındaki riskli yapıların bulunduğu arsa ve arazilerde, fen ve sanat normları ile mühendislik esaslarına uygun biçimde sağlıklı, güvenli ve yaşanabilir kentsel çevrelerin oluşturulmasını amaçlamaktadır. Kanun kapsamında “riskli yapı”, “riskli alan” ve “rezerv yapı alanı” gibi yeni kavramlar tanımlanmış; bu tanımlar üzerinden dönüşüm süreçleri hızlandırılmış ve olağan imar prosedürlerinden muaf tutulmuştur [Resmî Gazete, 2012].
- **2012 tarihli ve 6360 sayılı On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun:** Bu yasa ile Antalya, Aydın, Balıkesir, Denizli, Hatay, Malatya, Manisa, Kahramanmaraş, Mardin, Muğla, Tekirdağ, Trabzon, Şanlıurfa ve Van illerinde büyükşehir belediyeleri kurulmuş ve bu illerin tamamı büyükşehir belediyesi sınırlarına dahil edilmiştir. İl özel idareleri kaldırılmış, tüm belde belediyeleri ve köy tüzel kişilikleri mahalle statüsüne dönüştürülerek merkezî yönetime ve büyükşehir belediyelerine bağlı hale getirilmiştir. Büyükşehir belediyelerinin sınırları il mülki sınırlarına kadar genişletilmiştir [Resmî Gazete, 2012].
- **2014 tarihli 29030 sayılı Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği:** Türkiye’de mekânsal planlama sürecinin bütüncül, katılımcı ve sürdürülebilir ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesini amaçlayan temel düzenleyici çerçevedir. Bu yönetmelik, 3194 sayılı İmar Kanunu’na dayanarak, ülke genelindeki tüm planlama faaliyetlerinde plan türlerinin, ölçeklerinin, içeriklerinin ve yapım süreçlerinin standartlaştırılmasını amaçlamaktadır [Resmî Gazete, 2014].

Yönetmelik, fiziki, doğal, tarihi ve kültürel değerlerin korunması ve geliştirilmesi, koruma-kullanma dengesinin sağlanması, ülke, bölge ve şehir ölçeğinde sürdürülebilir kalkınmanın desteklenmesi ve sağlıklı, güvenli yaşam çevrelerinin oluşturulması amacıyla mekânsal planların yapım ve uygulama süreçlerine ilişkin usul ve esasları belirlemektedir [Başa, 2014].

Kapsamı; her tür ve ölçekteki mekânsal planlar ile bunların revizyon, ilave ve değişikliklerini, ayrıca özel amaçlı plan ve projelere yönelik düzenlemeleri içermektedir. Yönetmelik, mekânsal strateji planı, çevre düzeni planı, nazım ve uygulama imar planı, bütünleşik kıyı alanı planı ve kentsel tasarım projeleri gibi plan türlerini tanımlamakta ve plan yapımında esas alınacak ilkeler, yapılacak araştırma–analizler, elde edilecek veriler ile afet ve kentsel risk etütleri doğrultusunda alınacak önlemleri hükme bağlamaktadır. Ayrıca planların onay öncesi kamuoyuna sunulması, onay sonrası ilanı, itiraz ve kesinleşme süreçleri düzenlenmiştir **[Resmî Gazete, 2014]**.

Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nin Ek-2 tablosu, kentsel alanlarda kişi başına düşmesi gereken asgari sosyal donatı alanlarını belirler. Eğitim, sağlık, yeşil alan ve teknik altyapı gibi kamu hizmetlerine yönelik bu standartlar, nüfus projeksiyonlarına göre hesaplanır ve planlamada alt sınırı oluşturur. Tablo, yaşam kalitesini artırmayı, hizmetlere erişimi kolaylaştırmayı ve dengeli kentsel gelişimi sağlamayı amaçlar.

2.2.3.2. Sağlık Politikaları

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye sağlık sisteminde köklü bir reform sürecinin başlangıcı olmuştur. Program, daha önceki uygulamalardan ve uluslararası örneklerden yararlanılarak geliştirilmiş; Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarını planlayan, hizmetleri koordine eden ve denetleyen bir kurumsal yapıya kavuşturulmuştur. Bu kapsamda merkez ve taşra teşkilatları yeniden yapılandırılmış, hizmetlerin etkinliğini artıracak biçimde düzenlenmiştir. **[Aydın ve diğerleri, 2023]**.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye sağlık sisteminin daha erişilebilir, etkin, kaliteli ve hakkaniyetli bir yapıya kavuşturulması amacıyla 8 ana tema etrafında yapılandırılmıştır. Bunlar: **[Sağlık Bakanlığı, 2025]**.

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - Etkili ve kademeli sevk zinciri,

- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donatılmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Söz konusu programa 2007 yılında 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Kamu-özel iş birliği modeli devreye alınmış ve şehir hastaneleri inşa edilmiştir. Bu modelde sağlık tesisleri özel firmalar tarafından inşa edilmekte, uzun süreli sözleşmelerle devlete kiralanmakta ve çekirdek hizmetler dışındaki işlemler yüklenici firmalar tarafından yürütülmektedir [Savaş ve diğerleri, 2020].

Programın temel bileşenlerinden biri olan Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerinin finansmanı yeniden düzenlenmiştir. Türkiye’de tüm vatandaşların ve yasal olarak ikamet eden bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit, sürekli ve kapsamlı şekilde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik sistemidir. 2008 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile yasal zemine oturtulmuş, 2012 yılında ise fiilen yürürlüğe girmiştir. Programla birlikte kalite ve akreditasyon politikaları da sağlık sistemine entegre edilmiştir. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü, sağlık kurumlarında kalite standartlarının belirlenmesi ve denetlenmesini üstlenmiştir. İlaç ve tıbbi cihaz yönetimi de reform sürecine dahil edilmiştir. 2011 yılında kurulan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile bu alandaki düzenleme, denetim ve izin süreçleri merkezileştirilmiş; aynı yıl yürürlüğe giren Tıbbi Cihaz Yönetmeliği ile kullanıcı, hasta ve üçüncü şahıslar için güvenlik standartları belirlenmiştir [İleri, 2016].

2.3. Bölüm Sonu Değerlendirme

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanından günümüze kadar geçen süreçte sağlık, kentleşme ve imar politikalarının tarihsel gelişimi beş ayrı döneme ayrılarak incelemiştir. Her bir dönem, dönemin siyasal, toplumsal ve ekonomik koşulları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve kentlerin planlanmasına yönelik mevzuat, uygulama ve kurumsal yapılanmalardaki dönüşümleri kapsamlı biçimde ele almaktadır. Her dönemin genel özelliklerini ve karşılaştırmalı biçimde değerlendirilmesini içeren özet bilgiler Tablo 2.1'de sunulmaktadır.

Tablo 2.1: Türkiye’de Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları

Dönem	Sağlık Politikaları	Kentleşme ve İmar Politikaları	Genel Değerlendirme
1923–1945	Koruyucu sağlık öncelikli, temel mevzuat ve kurumsallaşma; Numune hastaneleri; Hekimlere zorunlu hizmet. Hıfzıssıhha Kanunu,	Modernleşme odaklı sınırlı kentleşme; Ankara model kent; Belediye Kanunu, Belediyelerde İmar Heyetleri.	Devletin sağlıkta kurumsallaşması ve modern kentleşmenin hukuki altyapısının atıldığı, ancak sınırlı mekânsal yayılıma sahip erken dönemdir.
1946–1960	1946 Milli Sağlık Planı; Sağlık bölgeleri, Köy sağlık merkezleri; Sağlık personeli yasaları	Gecekondulaşma ve kontrolsüz kentleşme; İmar ve İskân Bakanlığı İmar Kanunu, Mücavir alan kavramı. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu,	Sağlıkta bölgesel planlama düşüncesi ve sağlık personel yasaları artmış; Düzensiz kentleşme ve gecekondu alanları oluşmaya başlamıştır.
1961–1980	224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası; Sağlık ocakları, Nüfus planlaması; Genel sağlık sigortası tasarısı.	Metropolitan planlama bürolarının kurulması; gecekondu yasası, Arsa Ofisi, Planlamanın kurumsallaşması	Sosyal devlet ilkesiyle sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırıldığı, planlamanın hem sağlıkta hem şehircilikte kurumsallaştığı dönemdir.
1981–2002	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu; Yeşil Kart; Ulusal Sağlık Politikası açıklanması; Sağlık kongreleri	3194 Sayılı İmar Kanunu; TOKİ, Büyükşehir belediyeleri, Kültürel koruma yasaları, Turizm merkezli planlama.	Neoliberal dönüşüm öncesi geçiş dönemidir; sağlıkta reform arayışları başlamış, planlama yasaları yeniden yapılandırılmıştır.
2003 Sonrası	Sağlıkta Dönüşüm Programı; Genel Sağlık Sigortası, Şehir Hastaneleri; TİTCK, Kalite ve akreditasyon	Planlamada merkezileşme; TOKİ yetki genişletilmesi, ÇŞİDB kurulması, Yeni Büyükşehir modeli. Popüler ve rant odaklı projeler Kentsel dönüşüm	Sağlıkta piyasalaşma ve merkezileşme; kentlerde planlamanın rant ve proje odaklanması, kamu yararı ilkesinin zayıfladığı dönemdir.

1923–1945 dönemi, Türkiye’de modern sağlık ve kentleşme politikalarının temellerinin atıldığı bir süreçtir. Sağlık hizmetleri ilk kez devlet görevi olarak

tanımlanmış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuştur. Dr. Refik Saydam döneminde koruyucu sağlık hizmetleri, aşı kampanyaları ve sağlık personeli yetiştirme politikaları öne çıkmıştır. Bu dönemde Numune hastaneleri açılmış, temel sağlık yasaları yürürlüğe girmiş ve sağlık altyapısında önemli artışlar yaşanmıştır. Kentleşme politikaları ise modernleşme vizyonu doğrultusunda şekillenmiş, ancak kır nüfusunun ağırlığı ve ekonomik yetersizlikler nedeniyle sınırlı kalmıştır. Ankara örnek bir başkent olarak planlanırken, diğer şehirlerde dönüşüm yavaş ilerlemiştir. Belediye ve imar kanunlarıyla belediyelere planlama, kamulaştırma ve altyapı yatırımı yapma yetkisi verilerek kurumsal bir şehircilik anlayışı geliştirilmeye başlanmıştır.

1946–1960 dönemi, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin planlı gelişimiyle birlikte hızlı ve kontrolsüz kentleşmenin başladığı bir geçiş sürecidir. Bu dönemde Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile sağlık bölgeleri oluşturulmuş, tıp fakülteleri ve kırsal sağlık merkezleri planlanmış, personel sayısında ve altyapıda önemli artış sağlanmıştır. Uluslararası iş birlikleri ve sağlık mesleklerinin kurumsallaşmasına yönelik yasalar da bu döneme damga vurmuştur. Öte yandan, tarımsal modernleşmeyle başlayan iç göç dalgaları, kentlerde plansız büyümeye, gecekondu alanlarının oluşmasına ve altyapı sorunlarına neden olmuştur. Bu gelişmelere yanıt olarak imar yasaları yenilenmiş, mücavir alan kavramı getirilmiş ve İmar ve İskân Bakanlığı kurulmuştur.

1961–1980 dönemi, Türkiye’de hem sağlık sisteminin yaygınlaştırıldığı hem de kentleşmenin hızlandığı ve çeşitlendiği bir dönüşüm sürecidir. Bu süreçte 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile sağlık hizmetlerine eşit ve ücretsiz erişim hedeflenmiş, bölgesel sağlık örgütlenmesi ve kırsal alanlara sağlık ocakları kurulması planlanmıştır. Aynı dönemde kentleşme, metropoliten büyüme, banliyöleşme ve gecekondu üretimi gibi dinamiklerle daha karmaşık bir yapıya bürünmüş; Gecekondu Kanunu ile bu yapılar hukuken tanınmıştır. Kent planlamasında analitik yaklaşımlar benimsenmiş, İstanbul, Ankara ve İzmir’de metropoliten planlama büroları kurulmuştur. Ayrıca planlama eğitiminin kurumsallaşmasıyla şehircilik alanında akademik altyapı gelişmiş, yeni imar ve arsa politikalarıyla düşük gelirli gruplara yönelik konut üretimi desteklenmiştir. Bu dönem, devletin hem sağlık hem de kentleşme politikalarında yapısal müdahalelerde bulunduğu ve modernleşme yönünde önemli adımlar attığı bir evre olarak öne çıkmaktadır.

1980–2002 dönemi, Türkiye’de sağlık hizmetlerinde reform arayışlarının başladığı ve kentleşme politikalarının neoliberal dönüşümle yeniden şekillendiği bir süreçtir. 1987’de yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve ardından gelen ulusal kongreler ile sağlık sektöründe kurumsal dönüşüm hedeflenmiş; 1992’de başlatılan Yeşil Kart uygulaması ile yoksul grupların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmıştır. Neoliberal ekonomik modelle birlikte metropoller büyümüş, kentler arası göç öne çıkmış ve mekânsal yapı sanayi, turizm ve girişimci kentler etrafında yeniden şekillenmiştir. 3194 Sayılı İmar Kanunu ile planlama yetkisi yerel yönetimlere devredilmiş; toplu konut üretimi, kültürel mirasın korunması, büyükşehir belediye sisteminin kurulması ve turizm bölgeleri için özel planlama yetkileri gibi düzenlemelerle kentleşme politikaları çeşitlenmiştir. Bu dönem, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya yönelik sosyal politikalar ile planlama sisteminde yerelleşme ve kurumsallaşmanın birlikte ilerlediği bir geçiş evresi olarak öne çıkmaktadır.

2003 sonrası dönem, Türkiye’de sağlık sisteminde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kapsamlı yapısal reformların başlatıldığı ve kentleşme politikalarının merkeziyetçi, proje odaklı bir yapıya evrildiği bir süreçtir. Sağlıkta eşit, erişilebilir ve kaliteli hizmet sunumunu hedefleyen programla birlikte, Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici rol üstlenmiş; aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası ve şehir hastaneleri gibi uygulamalar yaygınlaşmıştır. Kalite ve akreditasyon mekanizmaları oluşturulmuş, ilaç ve tıbbi cihaz alanında kurumsal düzenlemeler yapılmıştır. Kentleşme alanında ise TOKİ ve Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı gibi merkezi kurumlar ön plana çıkmış; kentsel dönüşüm, gecekondu ıslahı ve büyük ölçekli projelerle mekânsal planlama yeniden tanımlanmıştır. İmar ve mülkiyetle ilgili düzenlemeler torba yasalar ve kanun hükmünde kararnameler aracılığıyla esnekleştirilmiş; bu durum, kamu yararı ilkesinin geri planda kalmasına ve mekânsal planlamanın giderek daha fazla rant temelli şekillenmesine yol açmıştır. Aynı dönemde çıkarılan yasal ve yönetsel düzenlemelerle birlikte, planlama süreçlerinde yerel katılım gerilemiş, imar yetkileri merkezi kurumların kontrolüne geçmiş ve neoliberal kentleşme yaklaşımı kurumsal düzeyde yerleşmiştir.

Sonuç olarak, Türkiye’de Cumhuriyetin ilanından bugüne sağlık ve kentleşme politikaları birlikte evrilen, karşılıklı etkileşim içinde dönüşen iki temel kamu politikası alanı olmuştur. Sağlık alanında koruyucu hizmetler ve kurumsallaşma ile başlayan süreç, neoliberal politikaların etkisiyle piyasa odaklı bir yapıya dönüşmüş;

sağlık altyapısında göstergelere dayalı önemli gelişmeler sağlanmıştır. Öte yandan, imar ve kentleşme politikaları 1960 sonrası kurumsallaşma adımlarına rağmen 1980 sonrası dönemde merkeziyetçi ve proje-temelli bir karakter kazanmış, planlama süreçlerinde kamu yararı ilkesi giderek zayıflamıştır. Bu çift yönlü dönüşüm, sağlık hizmetlerinin mekânsal planlamayla olan bağını güçlendirmiş; özellikle büyükşehirlerde sağlık tesislerinin yeri, kapasitesi ve dağılımı gibi konular, yalnızca sağlık politikalarıyla değil, aynı zamanda imar rejimi, kalkınma stratejileri ve mekânsal düzenlemelerle birlikte şekillenmiştir.



3. ANKARA'DA KENTLEŞME, İMAR VE SAĞLIK POLİTİKALARI

Bu bölümde, Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze uzanan süreçte Ankara Metropolen Alanı'nda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ile kentleşme ve imar politikalarının eş zamanlı dönüşümü incelenmektedir.

Ankara'daki sağlık tesislerinin gelişimi, 1960 öncesi ve sonrası olmak üzere iki temel dönem üzerinden incelenmektedir. Bu dönemlendirme, yalnızca Türkiye'de sağlık sisteminin örgütlenmesindeki yapısal dönüşümleri değil, aynı zamanda kentsel planlama politikalarının ve veri üretim pratiklerinin değişimini de yansıtmaktadır. Türkiye genelinde 1960 yılı, planlı kalkınma dönemine geçişin, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin (224 Sayılı Kanun, 1961) ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın kurulmasıyla birlikte sağlık altyapısının sistematik biçimde ele alınmaya başlandığı bir dönüm noktasıdır. Aynı zamanda bu dönem, kırsal-kentsel nüfus dengesinin değiştiği, kentleşmenin hızlandığı ve buna paralel olarak sağlık tesislerinin mekânsal dağılımının yeniden şekillendiği bir zaman dilimidir.

Öte yandan, 1980 sonrası neoliberal sağlık politikalarının etkilerini anlayabilmek ve bu politikaların önceki dönemlerle kıyaslamasını yapabilmek açısından da 1960 sonrası sürecin bütüncül şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Ankara özelinde ise 1960 sonrası dönemde sağlık tesislerine ilişkin niceliksel veriler daha düzenli ve detaylı biçimde tutulmaya başlanmış, plan açıklama raporlarında, imar kararlarında ve kurumsal arşivlerde bu verilere daha sık ve sistematik biçimde yer verilmiştir.

3.1. Başkent'in İnşası ve Sağlık Sisteminin Kurumsallaşma Süreci: 1960 Öncesi Dönem

1960 öncesi dönem, Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarına denk gelen ve modernleşme sürecinin devlet eliyle şekillendirildiği bir geçiş evresidir. Bu dönemde, sağlık ve kentleşme politikaları yalnızca teknik birer uygulama alanı olarak değil, aynı zamanda yeni rejimin ideolojik hedeflerinin mekânda somutlaştırılması aracı olarak ele alınmıştır. Özellikle başkent Ankara, Cumhuriyet ideallerinin temsil mekânı olarak kurgulanmış; fiziksel çevrenin planlanması, kamu sağlığına yönelik yatırımlar ve idari düzenlemeler, bu yeni toplumsal yapının taşıyıcısı olmuştur.

3.1.1. 1923-1945 Dönemi

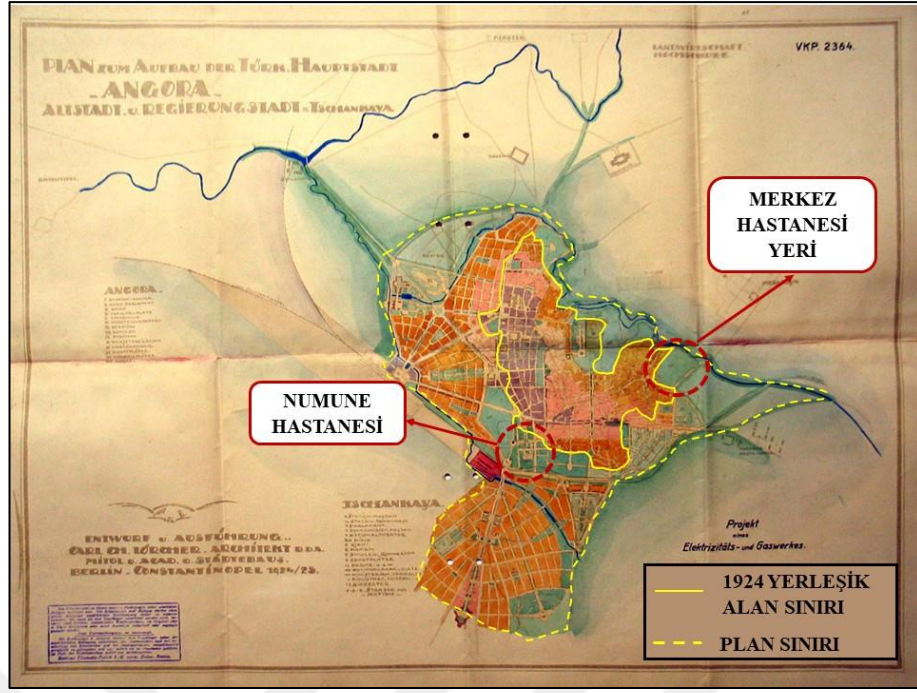
3.1.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

1923 yılında Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanı ile, yeni devletin temel hedeflerinden biri, Batılılaşma ve modernleşme ideallerine uygun bir toplum ve mekân düzeni kurmaktır. Bu kapsamda imar politikaları, sadece fiziksel çevrenin düzenlenmesi değil, aynı zamanda yeni yurttaş tipinin inşası ve devlet otoritesinin mekânda görünür kılınmasının bir aracı olarak değerlendirilmiştir. 1923-1945 dönemi, şehircilik tarihimizde planlı kentleşmenin temellerinin atıldığı, yasal ve kurumsal altyapının oluşturulduğu, özellikle başkent Ankara üzerinden şekillenen bir modernleşme sürecine sahne olmuştur. 1928 yılında çıkarılan 1351 sayılı yasa ile güçlü yetkilere sahip Ankara Şehri İmar Müdürlüğü kurulmuş ve modern planlama sürecine geçilmiştir [Tekeli, 2009].

1924–1925 yıllarında Ankara'nın modernleşme sürecinde atılan ilk kapsamlı imar planı hazırlanmıştır. Alman mimar Dr. Carl Christoph Lörcher tarafından hazırlanan bu plan, kentin eski yerleşim alanı ve yeni genişleme alanları arasındaki geçişi düzenlemeyi, kamulaştırma ve altyapı çalışmalarını planlamayı hedeflemiştir. 1924 yılında eski kent (kale ve çevresi) için hazırlanan plan uygulamaya alınmamış; 1925'te hazırlanan ve Lörcher Planı olarak adlandırılan yeni kent planı ise uygulanmış olmasına rağmen, hızlı nüfus artışı ile düzensiz ve kaçak yerleşimlerin gelişmesi sebebiyle beklenen etkiyi verememiştir. [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007].

Lörcher Planı, Ankara'nın başkent olarak yeniden yapılandırılmasında, çağdaş bir şehir vizyonu sunmuştur. Plan, demiryolunu şehir planlamasında merkezî bir öge olarak kabul etmiş; bu eksen etrafında yeni bir istasyon, hükümet kompleksi, anıtsal meydanlar ve simgesel yapılarla desteklenen bir Yenişehir dokusu önermiştir. Elektrikli tramvay hatları ve geniş bulvarlarla desteklenen modern ulaşım ağı hem Eski hem de Yeni Ankara'yı birbirine bağlamayı amaçlamıştır. Plan, sadece fiziksel bir düzenleme değil, aynı zamanda Cumhuriyet'in ideallerini yansıtan sembolik bir kent tasarımıdır [Yavuz, 2023].

Plan çerçevesinde sağlık tesisi kullanımı amacıyla önerilen yeni alanlar, Şekil 3.1'de işaretlenmiştir



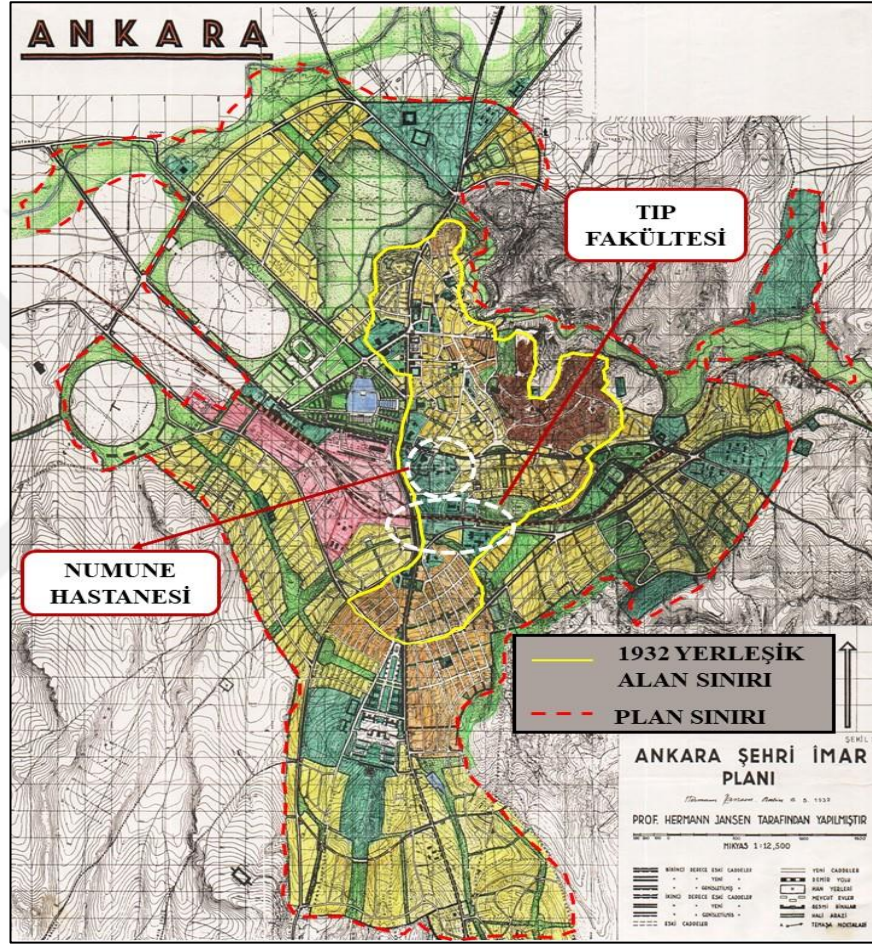
Şekil 3.1: Lörcher Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri [Cengizkan, 2003]

Şekil 3.1’de görüldüğü gibi, mevcut Numune Hastanesi arazisinin genişletilmesi uygun görülmüş ve ileride inşa edilecek Merkez Hastanesi için şehrin kuzeydoğusunda bir alan ayrılmıştır [Cengizkan, 2003].

Jansen Planı; Ankara’nın erken Cumhuriyet döneminde modern başkent olma sürecine paralel olarak ortaya konulan önemli kentsel plan çalışmasıdır. Bu plan, 1928 Ankara Plan Yarışması çerçevesinde, daha önce uygulamaya alınan Lörcher Planı’ndan alınan veriler ışığında şekillenmiş ve şehrin yeni gelişen bölgelerini düzenlemeyi hedeflemiştir.

Planda özellikle genç nüfusun sağlığı, oyun alanları ve çocuk yurtları gibi sosyal donatılarla desteklenmiş; konut alanlarında bina yoğunluğu ve kat yüksekliği sınırlanarak sağlıklı yaşam alanları teşvik edilmiştir. Kent planlamasında ekonomik uygulanabilirliği esas almış; yol sistemlerinin düşük maliyetli ve işlevsel olmasına dikkat ederek projelerin sürdürülebilirliğini güvence altına almayı amaçlamıştır. Planın en önemli unsurlarından biri olan Hükûmet Kartiyesi, Ankara’nın idari merkezi olarak konumlandırılmış ve bu bölge, Lörcher Planı’ndan aktarılan simetrik yapının sadeleştirilmiş hâliyle yeniden yorumlanmıştır. Cumhuriyet Meydanı, şehir trafiği açısından sorunlu bulunduğu için kaldırılmış, yerine Kızılay Kavşağı ve Bulvar hattı ile daha akıcı bir ulaşım ağı tasarlanmıştır. Ayrıca, Ankara Kalesi’nin panoramik

görünümünü kent silüetine entegre ederek Gençlik Parkı gibi kamusal alanlardan bu manzarayı görünür kılmış; estetik ve tarihî değerleri koruyan bir şehir modeli geliştirmiştir. Tüm bu unsurlar, Jansen 'in yalnızca fiziksel değil, sosyal, ekonomik ve kültürel boyutlarıyla da bütüncül bir kent tasarımı hedeflediğini göstermektedir. [Yavuz, 2023]. Plan çerçevesinde sağlık tesisi kullanımı amacıyla önerilen yeni alanlar, Şekil 3.2’de işaretlenmiştir



Şekil 3.2: Jansen Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri [Jansen, H., 1932]

Plan açıklama raporunda sağlık ile ilgili, dönemin en önemli sağlık kurumu olan Numune Hastanesi'nin kapasitesinin yetersiz olduğu belirtilmiş ve yatak sayısının en az iki katına çıkarılması gerektiği vurgulanmıştır. Ancak bu genişlemenin, Amerikan şehirlerinde yaygın olan çok katlı blok yapılar aracılığıyla değil, çevresel ve mekânsal kaliteyi koruyacak şekilde yatayda büyüyen, alçak katlı yapılarla gerçekleştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu kapsamda, mevcut hastane binasının doğusunda, güneye yönelmiş bir arazide konumlandırılacak iki yeni bina tasarlanmış; bu yapıların,

birbirinin manzarasını ve ışığını kesmemesi için 5 ila 10 metre daha alçakta yerleştirilmesi planlanmıştır. Ayrıca, Tıp Fakültesi binaları da bu sistemle bütünleşik bir biçimde, hâlihazırda erkek lisesinin bulunduğu tepe üzerine konumlandırılarak hem coğrafi hem de işlevsel bir bütünlük oluşturulması amaçlanmıştır [Jansen, 1932]. Bu planlama yaklaşımı, Janssen'in sağlık yapılarında yalnızca nicel büyümeyi değil, mekânsal kalite, iklimsel uyum ve görsel bütünlük gibi niteliksel kriterleri de dikkate aldığını göstermektedir.

Ankara'nın kentleşme sürecinde çıkarılan yasalar ve kurulan kurumlar, tüm Türkiye'deki şehircilik uygulamalarını etkilemiştir. 1930 Belediye Kanunu, 1934 Tapu Kanunu ve 1939 İstimlâk Kanunu başta olmak üzere birçok düzenleme, Ankara'daki deneyimlere dayanarak hazırlanmıştır. Bu yasaların oluşturulmasında Ankara Belediyesi'nin ve İmar Müdürlüğü'nün etkisi büyüktür. 1928 yılında İçişleri Bakanlığı'na bağlı olarak kurulan Ankara İmar Müdürlüğü, yalnızca Ankara'nın değil, tüm Türkiye şehirlerinin imar planlarını denetlemiş ve onaylamıştır. Bu merkeziyetçi yapı, dünyada benzeri olmayan bir model sunmuş, ancak 1937 yılına kadar Ankara Belediyesi'ne bağlı hale getirilmemiştir [Tekeli, 2009].

Ankara'da hızla artan nüfus, konut sorununu beraberinde getirmiştir. Memurların yaşam koşullarını iyileştirmek amacıyla 1929 yılında "mesken tazminatı" uygulaması başlatılmış, 1944 yılında Saracoğlu Mahallesi'nin inşasına başlanmıştır. Bu mahalle, hem üst düzey bürokratlara yönelik bir toplu konut projesi olarak hem de Türkiye'deki ilk organize kiralık konut girişimi olarak önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, 1935 yılında kurulan Bahçelievler Yapı Kooperatifi, Türkiye'nin ilk kooperatif konut girişimi olarak kayıtlara geçmiştir. Ankara, aynı zamanda Türkiye'de gecekondulaşmanın ilk örneklerini de yaşamıştır. 1933 yazında Altındağ'da başlayan bu süreç, daha sonra Dikmen gibi bölgelere yayılmış ve "Teneke Mahalle" gibi adlarla anılan alanlarda yoğunlaşmıştır. Artan konut ihtiyacına rağmen planlı kentleşme yetersiz kalınca, gecekondulaşma hızla artmıştır [Keleş ve Duru, 2014].

3.1.1.2. Sağlık Politikaları

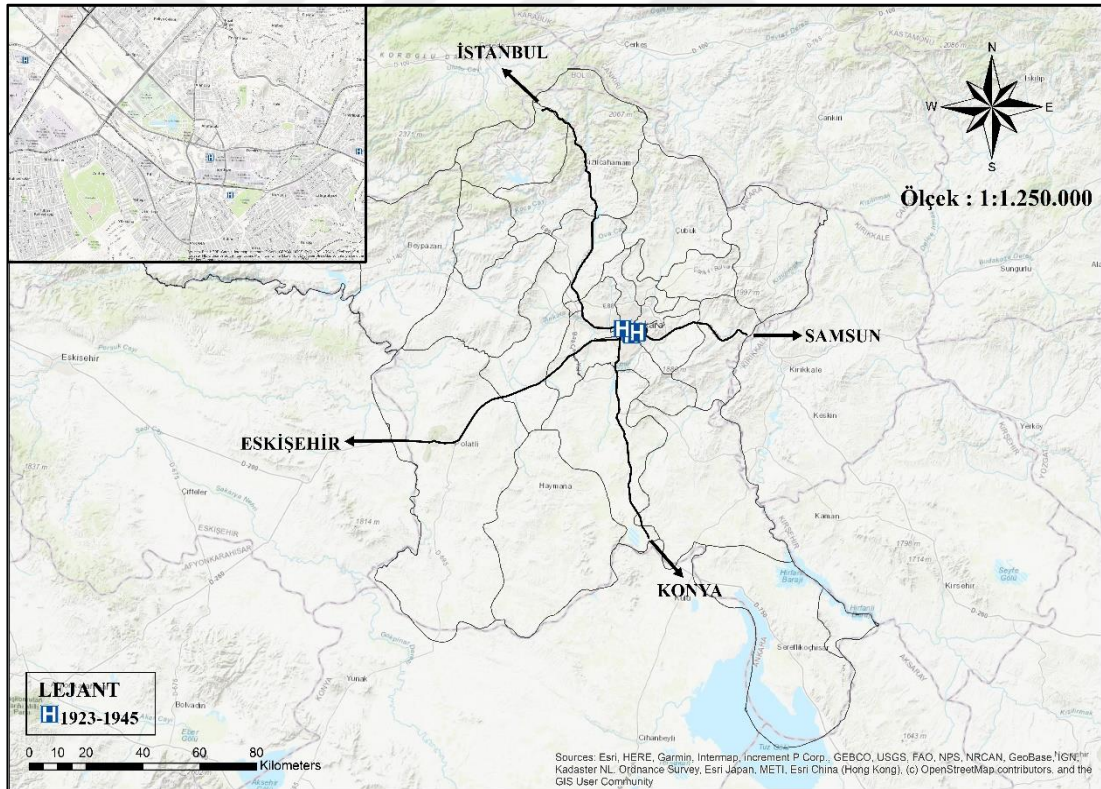
Türkiye'de sağlık hizmetlerinin devlet görevi olarak örgütlenmesi, 1920'de Sıhhiye ve Muavenat-ı İçtimaiye Vekâleti'nin kurulmasıyla başlamış; 1923 sonrası dönemde Dr. Refik Saydam'ın öncülüğünde koruyucu sağlık hizmetleri, aşı kampanyaları ve sağlık

personeli yetiştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ankara, Erzurum, Sivas, Diyarbakır ve İstanbul gibi şehirlerde Numune hastaneleri açılmış; 1928 tarihli 1219 sayılı Tababet Kanunu ve 1930 tarihli 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile sağlık mevzuatının temelleri atılmıştır.

Bu dönem içerisinde Ankara ilinde yeni hizmet vermeye başlayan sağlık tesisleri şunlardır:

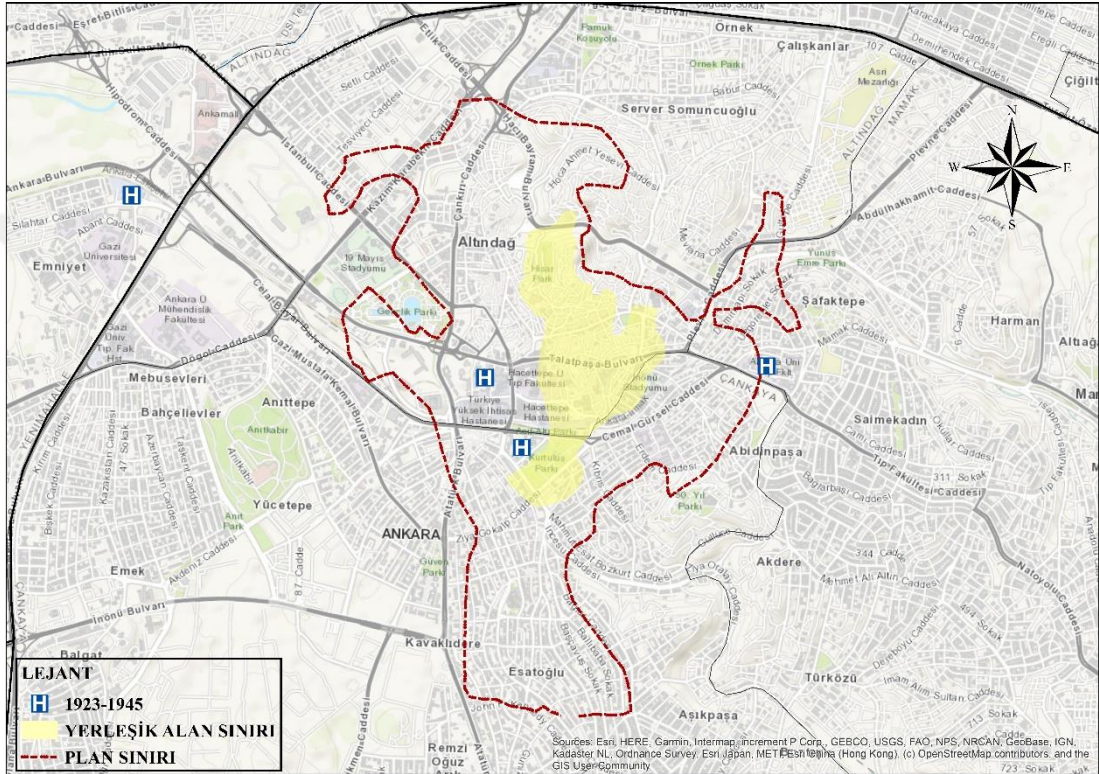
- Ankara Numune Hastanesi (1924)
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü (1928)
- Cebeci Merkez Hastanesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) (1941)
- T.C.D.D Ankara Hastanesi (1943)

Yukarıda belirtilen sağlık tesislerine ilişkin mekânsal dağılım, Ankara ili ölçeğinde haritalandırılarak Şekil 3.3'te gösterilmektedir.



Şekil 3.3: 1923-1945 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

içinde yer almamaktadır. Bu durum, erken Cumhuriyet döneminde sağlık yatırımlarının yalnızca mevcut nüfus yoğunluklarına değil, kentin öngörülen gelişim akslarına göre yönlendirildiğini ortaya koymaktadır. Lörcher Planı, Ankara'nın büyümesini doğu ve güney akslarında yapılandırmayı hedeflemiştir. Nitekim hastanelerin Hacettepe, Kurtuluş ve Cebeci yönlerinde konumlanması, bu yönlü kentsel yayılım stratejisiyle uyumludur.



Şekil 3.5: Jansen Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 3.5 incelendiğinde, sağlık tesislerinin hiçbirisi mevcut yerleşik alan sınırları içerisinde yer almamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin sunumunun yalnızca mevcut kent dokusuna değil, planlanan gelişme alanlarına göre kurgulandığını göstermektedir. Tesislerin üçü Jansen Planı'nın yönlendirdiği gelişim aksları içerisinde kalırken, biri plan sınırının dışına taşmaktadır. Özellikle tesislerin doğu (Cebeci), güneydoğu (Abidinpaşa) ve batı (Dışkapı) yönlerinde konumlanması, Jansen Planı'nın kenti merkezî alanlardan dışa doğru yaymayı amaçlayan desantralize yerleşim yaklaşımıyla örtüşmektedir.

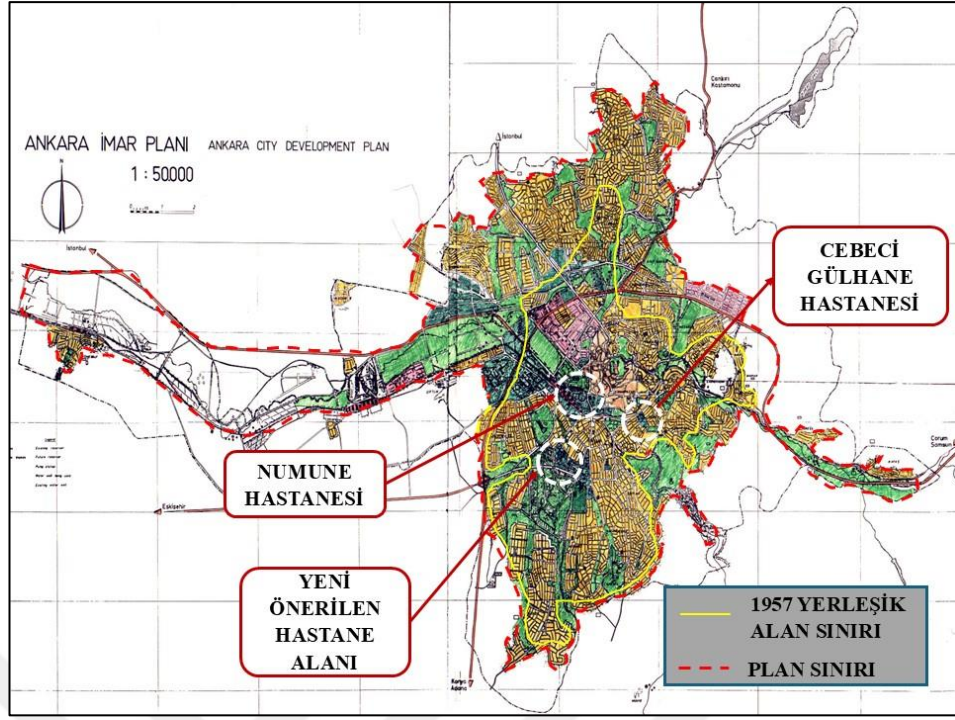
3.1.2. 1946-1960 Dönemi

3.1.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

Türkiye genelinde kırdan kente göçün hızlandığı, şehirlerin kontrolsüz bir biçimde büyümeye başladığı bir dönemdir. Tarımdaki makineleşme kırsal nüfusu kentlere yönlendirirken, Ankara da bu dalgadan payını almış ve gecekonduyla çevrilmeye başlamıştır. Bu yoğun göç ve yapılaşma baskısı, kentsel planlamayı zorlamış, sonuç olarak plan dışı büyüme yaygınlaşmıştır. Ankara'nın 1929'dan beri sahip olduğu "mesken tazminatı" uygulaması da 1951 yılında kaldırılarak başkente tanınan bu ayrıcalık sona erdirilmiştir. Bu durum, Ankara'nın artık diğer kentlerle aynı koşullarda gelişmeye çalıştığını göstermektedir [**Keleş ve Duru, 2014**].

Jansen Planı'nın işlevsiz hale gelmesiyle birlikte Ankara için ikinci büyük imar planı yapılması gündeme gelmiş, 1954 yılında açılan yarışma sonucunda Nihat Yücel ve Raşit Uybadin'in önerisi kabul edilmiştir. Hazırlanan plan 1957'de onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Bu planla Ankara, yalnızca belediye sınırları içinde, batı, kuzey doğu yönlerinde bir çevre yolu ile kuşatılmış, yağ lekesi şeklinde bir gelişme gösteren tek merkezli, gecekondu, oldukça yoğun ve görece homojen 750.000 nüfuslu bir kent olarak tasarlanmıştır [**Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007**].

Yücel-Uybadin Planı çerçevesinde sağlık tesisi kullanımı amacıyla önerilen yeni alanlar, Şekil 3.6'da işaretlenmiştir.



Şekil 3.6: Yücel-Uybadin Planı Üzerinde Sağlık Tesisleri [Uybadin ve Yücel, 1957]

Plan Açıklama Raporunun Kültür Siteleri başlıklı bölümünün 3. maddesinde, Sağlık Tesisleri şu ifadelerle ele alınmıştır: “Tıp sitesi, tüm tesisleriyle birlikte kurulması gereken temel kurumlardan biridir. Ancak ne mevcut Numune Hastanesi çevresi ne de Cebeci’deki Gülhane Hastanesi çevresi, bu tür bir kompleksin gelişmesi için yeterli alan sunmamaktadır. Bu nedenle, Yedek Subay Okulu’na ait iki binayı da kapsayan ve çevresindeki boş alanlarla birlikte oldukça geniş olan, Mevki Hastanesi’ne kadar uzanan saha, tıp kompleksinin yerleşimi için önerilmiştir. Yedek Subay Okulu binaları, ileride bu tesisin bir parçası olarak iki modern hastane pavyonuna dönüştürülebilecek potansiyeldedir. Bu alanda ayrıca her türlü hastane yapıları ile Tıp Fakültesi’nin tüm tesisleri yer alabilecektir.” [Uybadin ve Yücel, 1957].

Bu hüküm doğrultusunda geliştirilen plan kararlarında, yalnızca mevcut ihtiyaçlar değil, aynı zamanda uzun vadeli büyüme olanakları ve fonksiyonel dağılım dikkate alınmıştır. Plan, Tıp Fakültesi ile sağlık hizmeti sunumunun entegre edildiği, eğitim, araştırma ve uygulama birimlerini bir araya getiren kapsamlı bir tıp kampüsünün oluşturulmasını öngörmüştür. Aynı zamanda, mevcut yapı stokunun (Yedek Subay Okulu binaları gibi) yeniden işlevlendirilerek modern sağlık yapıları haline getirilmesi, planlamada sürdürülebilirlik ve kaynak verimliliği anlayışının da gözetildiğini göstermektedir.

Bu dönemde Ankara'nın Türkiye'nin kentleşme sürecine en olumlu katkılarından biri, kent planlama ve mimarlık eğitiminin burada kurumsallaşmasıdır. 1956 yılında ODTÜ'nün kurulması ve 1961'de Şehir ve Bölge Planlama Bölümü'nün açılması, planlamayı disiplinler arası bir yaklaşımla ele alan ilk adımlardan olmuştur. 1953'te Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi bünyesinde kurulan İskân ve Şehircilik Enstitüsü, mimarlık ve planlama konularını toplumsal ve siyasal boyutlarıyla birlikte değerlendiren ilk akademik yapıdır. Bu kurumlar aracılığıyla Ankara, planlama eğitiminin merkezi haline gelmiş ve ülkenin farklı kentlerine uzman yetiştirmiştir [Keleş ve Duru, 2014].

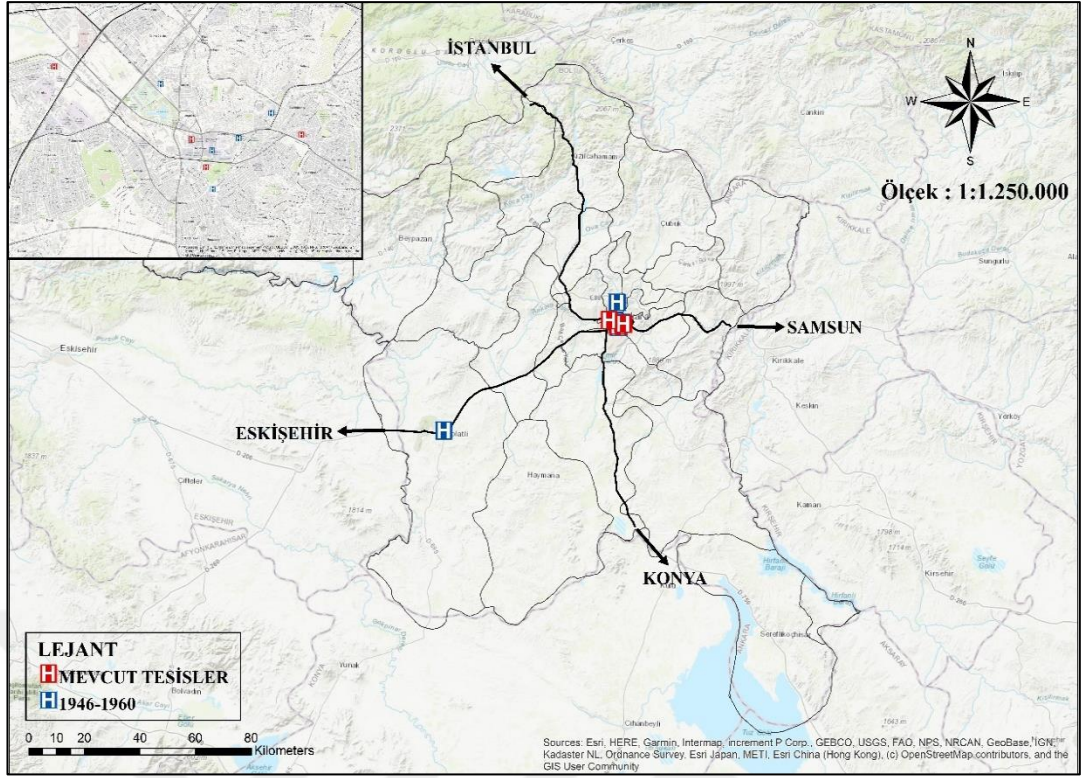
3.1.2.2. Sağlık Politikaları

1946'da açıklanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, Türkiye'de modern sağlık sisteminin temellerini atmayı amaçlamış, ülkenin yedi sağlık bölgesine ayrılmasını ve her bölgeye bir tıp fakültesi kurulmasını öngörmüştür. Her 40 köy için bir sağlık merkezi kurulması hedeflenmiş; koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması, sağlık altyapısının güçlendirilmesi ve personel yetiştirilmesi planlanmıştır. Plan yasalaşmasa da sağlık politikalarının yönünü belirlemiştir. 1953'te Ankara'da UNICEF ve WHO desteğiyle Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi açılmış; aynı dönemde hekim, eczacı ve hemşirelik mesleklerinin yasal altyapısını düzenleyen önemli kanunlar çıkarılmıştır [Sağlık Bakanlığı, 2025].

Bu dönem içerisinde Ankara ilinde yeni hizmet vermeye başlayan sağlık tesisleri şunlardır:

- Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi (1949)
- Ahmet Andıçen Onkoloji Hastanesi (1952)
- Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1953)
- Polatlı Duatepe Devlet Hastanesi (1956)
- Ulus Devlet Hastanesi (1956)
- Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1957)
- Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi (1958)

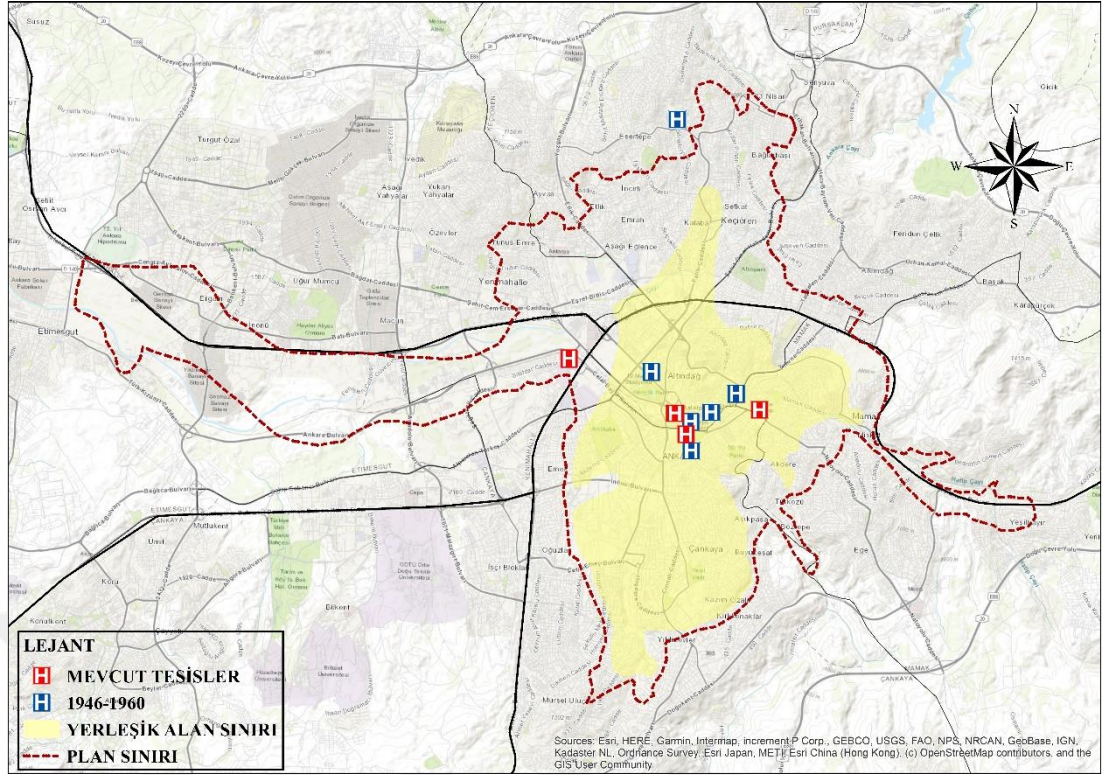
Yukarıda belirtilen sağlık tesislerine ilişkin mekânsal dağılım, Ankara ili ölçeğinde haritalandırılarak Şekil 3.7'de gösterilmektedir.



Şekil 3.7: 1946-1960 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

1946 sonrası Ankara, Türkiye’de sağlık planlamasının merkezlerinden biri hâline gelmiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı kapsamında bölgesel sağlık merkezi olarak belirlenmesi, Ankara’da sağlık altyapısının hızlı gelişimini tetiklemiştir. UNICEF ve DSÖ desteğiyle 1953’te kurulan Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi, kente uluslararası ölçekte bir misyon kazandırmıştır. Aynı dönemde açılan üniversite hastaneleri, özel uzmanlık gerektiren kadın doğum ve çocuk hastanesi ve onkoloji hastaneleri Ankara’nın yalnızca kamu hizmeti sunan bir başkent olmanın ötesine geçerek sağlık eğitimi ve araştırmalarının da odağı hâline geldiğini göstermektedir. Bu gelişmeler, Ankara’nın modern sağlık hizmetlerinin kurumsallaştığı öncü şehirlerden biri olarak konumlanmasını sağlamıştır.

1946–1960 döneminde faaliyete geçen sağlık tesislerinin, bu döneme ait plan kararlarıyla olan ilişkisi Şekil 3.8’de görselleştirilmiştir.



Şekil 3.8: Yücel-Uybadin Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 3.8 incelendiğinde, dönem içerisinde açılan sağlık tesislerinin çoğu yerleşik alan sınırları içinde konumlanmaktadır. Bu durum, erken Cumhuriyet dönemindeki çeper odaklı yaklaşımın aksine, bu dönemde sağlık hizmetlerinin kent merkezindeki nüfus yoğunluklarına yanıt verecek şekilde iç bölgelerde yoğunlaştığını göstermektedir. Ancak yeni tesislerden biri plan sınırları içinde, fakat yerleşik alan dışında konumlanmakta; bir diğeri ise plan sınırının da dışına taşmaktadır.

Bu dağılım, Yücel-Uybadin Planı'nın batıya yönelen kentleşme stratejisiyle tam anlamıyla örtüşmemektedir. Her ne kadar plan, kentin ağırlık merkezini batıya kaydırmayı hedeflese de sağlık tesislerinin büyük ölçüde mevcut yerleşik alana dönük konumlanması, uygulamada mevcut kent dokusu ve nüfus yoğunluğu dikkate alınarak hizmet sunumunun merkezde pekiştirildiğini göstermektedir. Plan sınırları dışına taşan bir tesis ise, plan dışı gelişmelerin veya yeni ihtiyaçlara göre esnek uygulamaların devreye girdiğini işaret etmektedir.

3.2. Planlı Bir Başkent ve Sağlıkta Dönüşüm Süreci: 1960 Sonrası Dönem

1960 sonrası dönem, Ankara Metropolen Alanı'nda sağlık, kentleşme ve imar politikalarının mekânsal yansımalarının belirginleştiği, hızlı nüfus artışı, göç hareketleri ve neoliberal dönüşüm politikalarıyla birlikte kentsel yapının önemli ölçüde yeniden şekillendiği bir süreci kapsamaktadır. Bu bağlamda, dönemselsel analiz 1961–1980, 1981–2002 ve 2003 sonrası olmak üzere üç alt başlık altında ele alınmaktadır.

3.2.1. 1961-1980 Dönemi

3.2.1.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

Bu dönemde Ankara, yoğun göç hareketlerinin etkisiyle hızlı nüfus artışı yaşamış, bu da kentsel mekânda ciddi değişimlere ve sorunlara yol açmıştır. 1957’de onaylanan Yücel-Uybadin Planı ile Ankara’nın kontrolsüz büyümesine çözüm üretilmeye çalışılmış olsa da planın öngördüğü nüfus değerlerine daha 1965 yılına gelmeden ulaşılmış ve kent, plan sınırlarını aşarak genişlemeye devam etmiştir. Planlanan alanların yetersiz kalması, düşük gelir gruplarının teknik ve sosyal altyapısı olmayan alanlarda, özellikle hazine arazilerinde, eğimli ve ulaşımı zor bölgelerde kendi imkânlarıyla yapı inşa etmesine yol açmış, bu süreç gecekondulugusunu Ankara’da hızlandırmıştır [Tekeli, 2009].

Gecekondulaşma; Etlik, Keçiören, Mamak, Kayaş, Öveçler ve Dikmen gibi bölgelerde yoğunlaşmış, zamanla bu alanlar kent dokusunun bir parçası hâline gelmiştir. Plan dışında gelişen bu yapılaşmalar, ulaşım, altyapı ve kamusal hizmetlerin sunumu açısından ciddi zorluklar yaratmıştır. Aynı zamanda 1965 yılında çıkarılan Kat Mülkiyeti Kanunu ile apartmanlaşmanın önü açılmış; Yenışehir gibi bölgelerde 2 katlı bahçeli evlerin yerine 4 ila 10 kat arasında değişen çok katlı bloklar inşa edilmeye başlanmıştır. Bu da Ankara'nın silüetini ve kentsel yoğunluğunu önemli ölçüde etkilemiştir [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007].

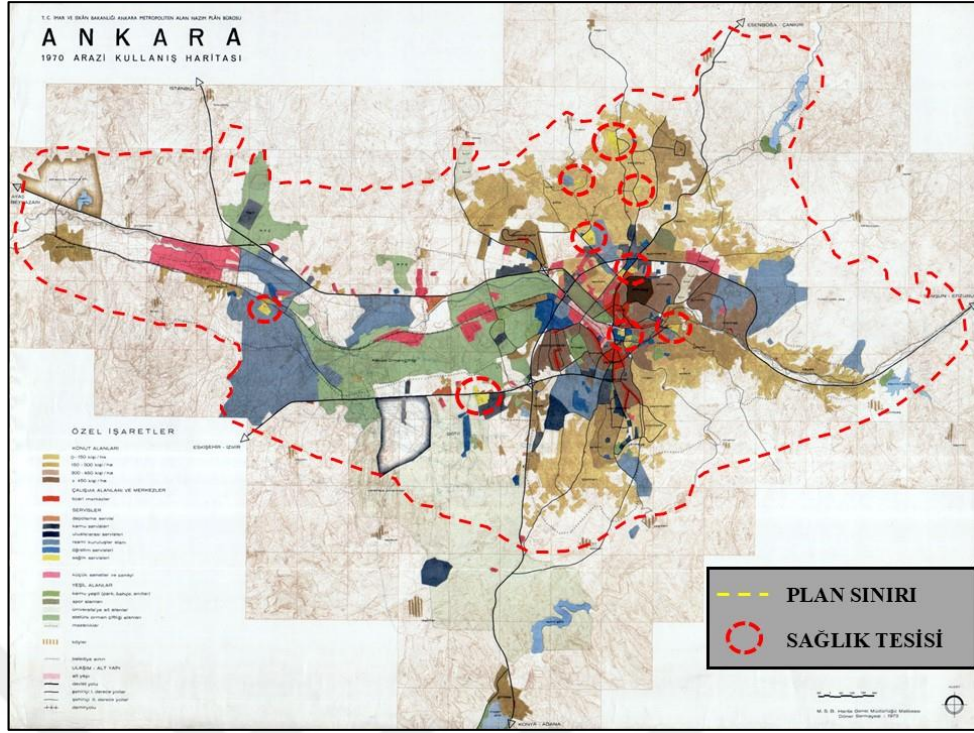
1965’te kurulan Nazım Plan Bürosu aracılığıyla planlama yetkisi İmar ve İskân Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu merkezileşme süreci, Ankara’da planlama pratiğine

yeni analiz yöntemlerinin kazandırılmasını sağlasa da uygulamada beklenen başarıyı sağlayamamıştır [**Keleş ve Duru, 2014**].

Ankara 1990 Nazım İmar Planı, 1960'lı yıllarda hızla büyüyen başkentten denetimsiz gelişimini kontrol altına almak amacıyla geliştirilen Türkiye'nin ilk metropoliten ölçekli planlama çalışmasıdır. 1969'da kurulan Ankara Metropoliten Alan Nazım Plan Bürosu tarafından 1970-1975 yılları arasında yürütülen kapsamlı araştırmalar sonucunda hazırlanan ve 1982'de onaylanan plan, bir imar planından çok, yapısal plan anlayışıyla şekillenmiştir [**Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007**].

Planın temel hedefi, Ankara'nın kuzey-güney doğrultulu gelişimini, batı koridoruna yönlendirerek hem topografik sınırları aşmak hem de hava kirliliğini azaltmak olmuştur. Bu doğrultuda Batıkent, Eryaman, Sincan gibi toplu konut alanları ile Sincan OSB gibi ekonomik merkezler geliştirilmiş, kent ağırlıklı olarak İstanbul yoluna kaydırılmıştır. Ancak planın uygulanmasından kısa bir süre sonra Karayolları Genel Müdürlüğü tarafından projelendirilen Ankara Çevre Otoyolu, planın makroform anlayışını zedeleyerek doğal alanlarda spekülasyon baskıları yaratmış ve sanayi/konut alanları için plan dışı yer seçimlerine neden olmuştur. Ayrıca artan parçacı plan değişiklikleri, gecekondu düzenleme çalışmaları, belediye sınırı dışındaki ruhsatsız yapılar ve kontrolsüz büyüme sonucunda plan, işlevselliğini giderek yitirmiştir. Tüm bu gelişmelere rağmen Ankara 1990 Nazım Planı, metropoliten düzeyde planlama geleneği açısından önemli bir deneyim ve kırılma noktası olarak değerlendirilmektedir [**Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007**].

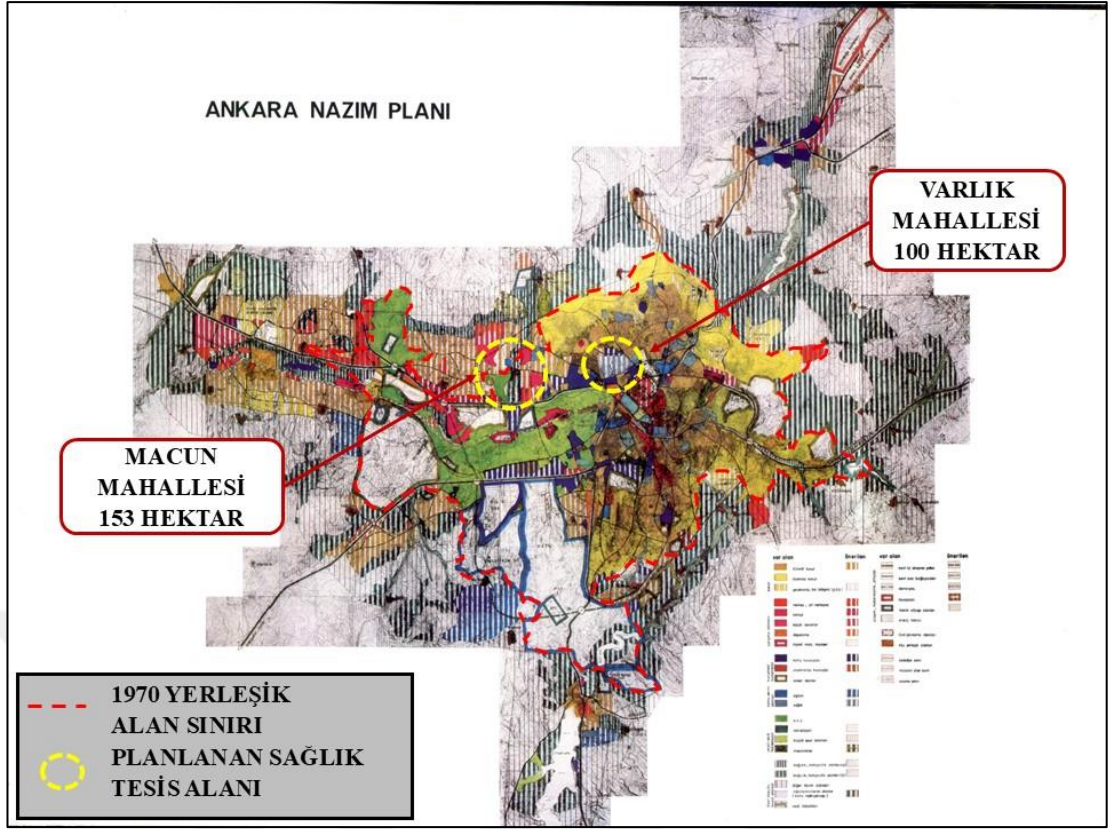
Plan çalışmalarında kullanılan arazi kullanım haritası üzerinde yer alan mevcut sağlık tesisleri Şekil 3.9'da işaretlenmiştir.



Şekil 3.9: 1970 Yılı Arazi Kullanım Haritası Üzerinde Sağlık Tesisleri [Ankara Metropolitan Alan Nazım Plan Bürosu, 1977]

Plan açıklama raporunda yer alan 1970 verilerine göre Ankara, sağlık hizmetleri yönünden ülke ölçeğinde ihtisaslaşmış bir kent konumundadır. Kentte toplam 9.243 hasta yatağı bulunmakta ve kişi başına düşen sağlık servis alanı $1,80 \text{ m}^2/\text{kişi}$ düzeyindedir. Toplam sağlık servis alanı ise 243,09 hektar olarak belirlenmiştir. Her ne kadar Ankara’da yatak kapasitesi ve sağlık kurumlarının uzmanlaşma düzeyi yüksek olsa da bu hizmetlerin kentli nüfusa doğrudan erişimi yeterli düzeyde değildir. Bunun temel nedeni, mevcut sağlık kuruluşlarının büyük oranda ülke ve bölge ölçeğinde hizmet veriyor olmasıdır. Bu eksikliği gidermek amacıyla Ankara Nazım Plan Bürosu, yeni gelişme alanlarında yeterli sağlık servis alanı ayrılmasını sağlayacak mekânsal standartları uygulamaya çalışmış; bu çerçevede 253 hektarlık yeni alan sağlık hizmetleri için ayrılmıştır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin merkezî yapısını kentsel ölçeğe yayma çabası olarak değerlendirilebilir. [Ankara Metropolitan Alan Nazım Plan Bürosu, 1977].

Ankara 1990 Nazım İmar Planı çerçevesinde sağlık tesisi kullanımı amacıyla önerilen yeni alanlar, Şekil 3.10’da işaretlenmiştir.



Şekil 3.10: Ankara 1990 Nazım İmar Planı Yeni Önerilen Sağlık Tesis Alanları [Ankara Metropolitan Alan Nazım Plan Bürosu, 1977]

Günümüzde, Ankara Nazım Planı üzerinde ayrılmış olan yeni sağlık tesis alanlarının bir kısmı somut projelere dönüşmüş durumdadır. Bu doğrultuda, Varlık Mahallesi’nde planlanan sağlık alanı üzerine Etlik Şehir Hastanesi inşa edilmiş; Macun Mahallesi’nde ayrılan alan ise günümüzde Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne ev sahipliği yapmaktadır. Bu gelişmeler, planlama sürecinde önerilen sağlık servis alanlarının uygulamaya geçirilerek nitelikli ve bölgesel ihtisas hastaneleriyle somutlaştırıldığını göstermektedir.

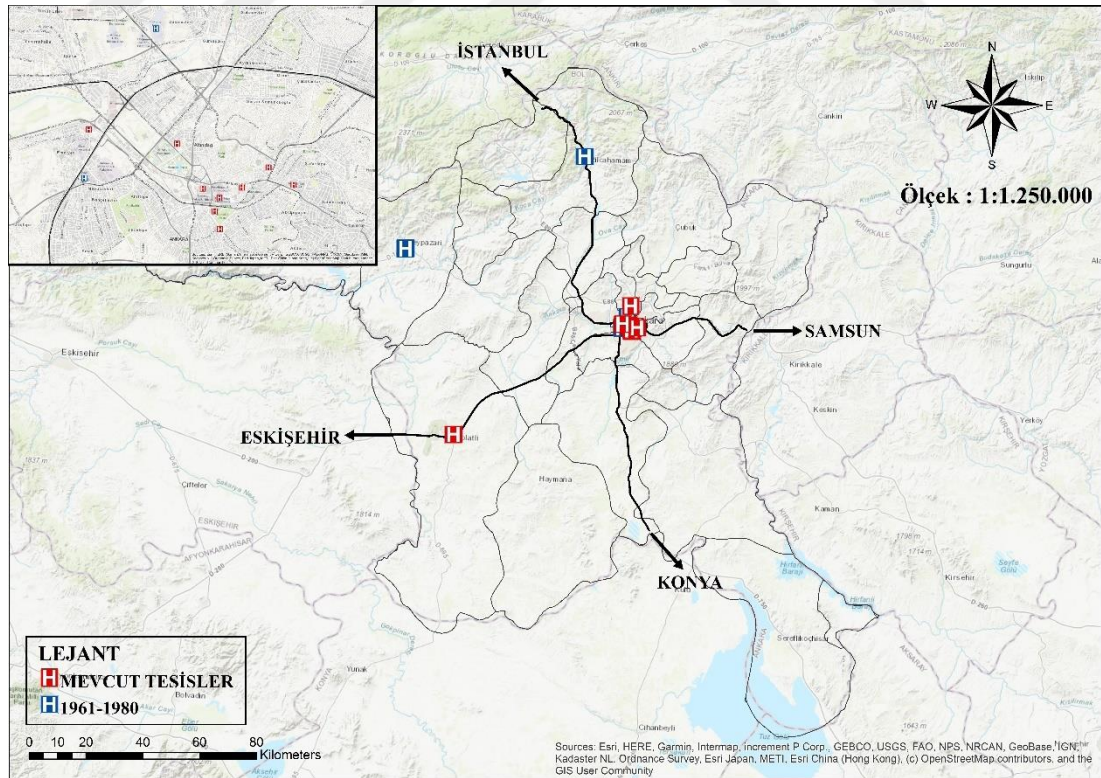
3.2.1.2. Sağlık Politikaları

1961’de yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile Türkiye genelinde her 50.000 nüfusa bir sağlık grubu başkanlığı kurulması, bu gruba bağlı bölge hastaneleri, sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla vatandaşların ücretsiz ya da düşük katılım payıyla sağlık hizmetlerine erişimi hedeflenmiştir [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1971].

Bu dönem içerisinde Ankara ilinde yeni hizmet vermeye başlayan sağlık tesisleri şunlardır:

- Beypazarı Devlet Hastanesi (1961)
- Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1963)
- Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1964)
- Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1964)
- Çubuk Halil Şıvgın Devlet Hastanesi (1965)
- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi (1967)
- Kızılcahamam Devlet Hastanesi (1969)
- Ankara (Etimesgut) Halk Sağlığı Laboratuvarı
- Gülhane Askeri Tıp Akademisi (1971)
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (1979)

Yukarıda belirtilen sağlık tesislerine ilişkin mekânsal dağılım, Ankara ili ölçeğinde haritalandırılarak Şekil 3.11’de gösterilmektedir.



Şekil 3.11: 1961-1980 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

1961–1980 yılları arasında hizmete giren sağlık tesislerinin önemli bir kısmı yerleşik alan sınırları içinde konumlanmaktadır. Yeni açılan birkaç tesisin (örneğin Keçiören ve Etlik çevresindeki) planın kuzey ve batı aksına yakın konumlandığı görülse de bu yatırımların sayıca sınırlı olması, sağlık altyapısının batıya yönelme hedefiyle sınırlı düzeyde örtüştüğünü ortaya koymaktadır.

3.2.2. 1981-2002 Dönemi

3.2.2.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

Bu yıllarda hem ülke genelinde uygulanan neoliberal politikalar hem de yerel ölçekte yapılan yönetim reformları kentin gelişimini doğrudan etkilemiştir. 1984’te çıkarılan 3030 sayılı yasa ile Ankara Büyükşehir Belediyesi kurulmuş, ilk aşamada beş, sonrasında sekiz ilçeyi kapsayan iki kademeli bir yönetim yapısı oluşturulmuştur.

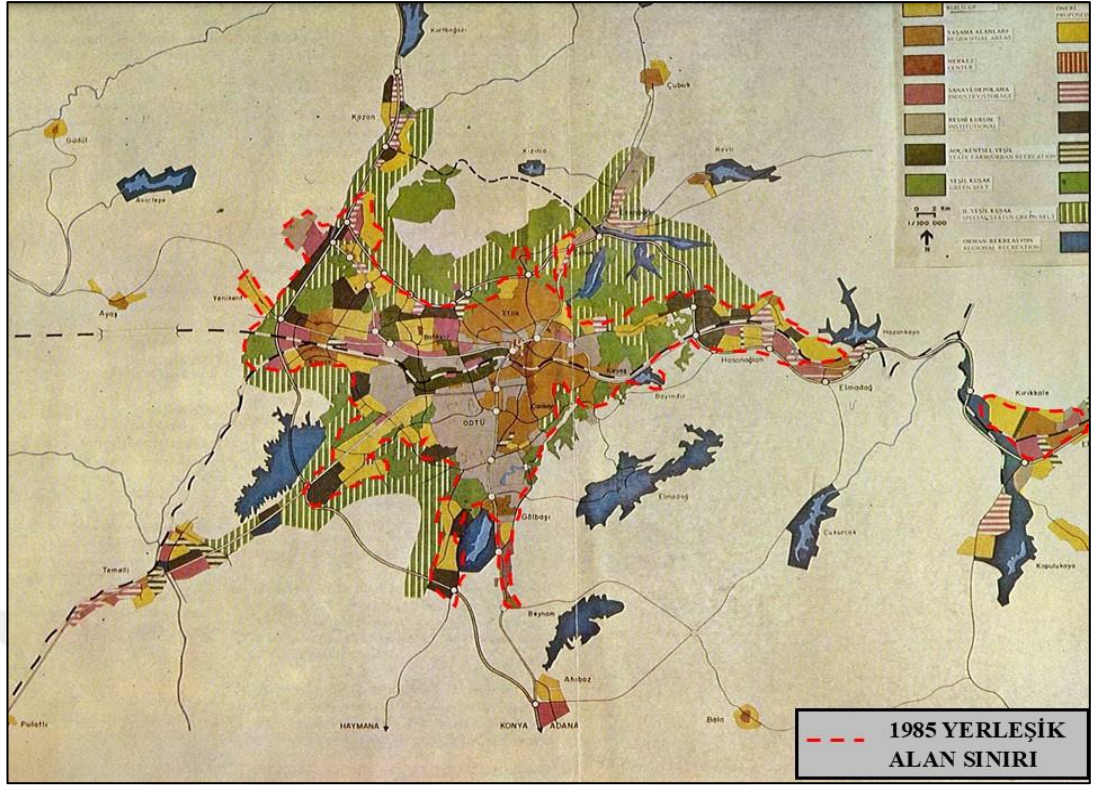
1980’li yıllar boyunca Ankara’da, “planlı plansızlık” olarak adlandırılabilen bir dönem yaşanmıştır. Art arda çıkan imar affı yasaları ve ıslah planları, gecekondu bölgelerinde çok katlı, altyapısız yapıların oluşmasına neden olmuş, sosyal ve teknik hizmet yetersizlikleri daha da derinleşmiştir. Bu süreç, kent merkezinde yaşanan yoğunlaşma ve kat artışı baskılarıyla birleşerek, gecekondu alanlarının varoşlara dönüşmesine yol açmıştır [**Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007**].

Bu yıllarda Ankara’da köprülülük kavşaklar, ulaşım altyapısı adına yapılan ama kent dokusuna zarar veren uygulamaların simgesi hâline gelmiştir. 1990’ların başında yeni bir yönetim anlayışıyla altyapı projelerine (metro, doğalgaz, arıtma tesisi) öncelik verilmiş, ancak kentsel dönüşüm yine büyük oranda rant odaklı yürütülmüştür. Tahvil ihracıyla belediyelerin borçlanması ve Portakal Çiçeği Vadisi gibi projeler, bu dönemin dikkat çeken uygulamaları arasındadır. Sonrasında ise Ankara; gösterişli ama kısa vadeli yatırımlarla gündeme gelmiş, planlı gelişim yerine popülist yaklaşımlar öne çıkmıştır. Katlı kavşaklar, apartmanlaştırılan gecekondu alanları ve sosyal yardım temelli belediyecilik, dönemin belirgin özellikleri olmuştur. Toplumcu belediyeciliğin ilkeleri ters yüz edilerek katılımcılık popülizme, kamu yararı rant üretimine dönüştürülmüştür [**Keleş ve Duru, 2014**].

Ankara 2015 Yapısal Plan Şeması, 1980 sonrası dönemde Türkiye’de uygulamaya konan serbestleşme politikaları ve yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılması

sürecinde ortaya çıkan kentsel büyüme, ulaşım ve çevresel sorunlara stratejik çözüm üretme amacıyla hazırlanmıştır. 1984 tarihli 3030 sayılı Kanun ile Ankara’da büyükşehir belediyesi kurulmuş, ancak yönetim sınırları kentin gerçek metropoliten etki alanını kapsayamamıştır. Bu kapsamda, 1986 yılında Ortadoğu Teknik Üniversitesi Şehir ve Bölge Planlama Bölümü tarafından, başlangıçta yalnızca Ankara Kentsel Ulaşım Projesi’ne altlık oluşturmak üzere başlatılan planlama çalışması, zamanla Ankara’nın mekânsal gelişimine yön verecek 1/100.000 ölçekli bir yapısal plana dönüşmüştür. Plan, 1990 Ankara Nazım Planı kararlarını temel alarak, yalnızca batı yönünde değil; kuzey, kuzeydoğu, doğu ve güney yönlerinde de yeni yerleşim, çalışma ve sanayi odakları önererek çok merkezli bir kent yapısını hedeflemiştir. Kentin topografik çanak içinde sıkışmış yapısını aşmak, hava kirliliğini azaltmak, bozulmuş iş-iskân ilişkilerini iyileştirmek ve ulaşım sistemini düzenlemek planın öncelikli amaçları arasında yer almıştır.

Ancak plan, Bayındırlık ve İskân Bakanlığı, Ankara Valiliği ve Ankara Büyükşehir Belediyesi arasında yapılan protokol ile “temel çerçeve” olarak kabul edilse de resmi olarak onaylanmamış ve bu nedenle plan kararları yasal olarak bağlayıcılık kazanamamıştır. Bu durum, özellikle Çayyolu, Beytepe, İncek ve Gölbaşı gibi bölgelerde mevzi planlar, spekülâtif arsa-arazi hareketleri, parsel bazlı yapılaşmalar ve yetki çatışmaları nedeniyle planın öngördüğü çok merkezli, dengeli ve sürdürülebilir gelişim modelinin zayıflamasına neden olmuştur. Bununla birlikte, 2015 Planı, her ne kadar yürürlüğe girmese de 1993 Ankara Ulaşım Ana Planı gibi üst ölçekli belgelerin oluşturulmasında temel teşkil etmiştir [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]. Ankara 2015 Yapısal Plan Şeması Şekil 3.13’te gösterilmektedir.



Şekil 3.13: 2015 Yapısal Plan Seması [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]

1990'lı yıllarda Ankara'nın kentsel gelişimini yönlendirmek, plansız yayılmayı önlemek ve desantralizasyon hedeflerini gerçekleştirmek amacıyla, 2015 Yapısal Planı'nın önerdiği gelişme akslarını ve Bayındırlık ve İskân Bakanlığı tarafından 1994 yılında onaylanan yaklaşık 202.000 hektarlık yeni bir mücavir alanı kapsayacak şekilde 2025 yılına yönelik planlama çalışmaları başlatılmıştır. Söz konusu çalışmalar, Büyükşehir Belediyesi İmar Dairesi tarafından tamamlanarak 30 Temmuz 1998 tarihinde Belediye Meclisi'ne onay için sunulmuştur. Ancak bu plan önerisinin, üst ölçekli bir planın sağlaması gereken kuramsal çerçevenin ötesinde, dönemin yavaşlayan nüfus artış hızına ve mevcut konut stoğunun yeterliliğine rağmen, abartılı bir nüfus projeksiyonuna dayandığı eleştirileri gündeme gelmiştir **[Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]**.

Danıştay'ın, Büyükşehir belediyelerinin 1/5000 ölçekten daha büyük ölçekli planları onaylama yetkisinin bulunmadığına yönelik kararı sonrasında, söz konusu planın onay süreci ve gündemdeki yeri de fiilen sona ermiştir. **[Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]**.

[illegible]

Günümüzde Etlik Şehir Hastanesi'nin bulunduğu alan, 1990 tarihli planda olduğu gibi, 2025 Nazım İmar Planı çalışmaları kapsamında da “Sağlık Tesis Alanı” olarak planlanmıştır.

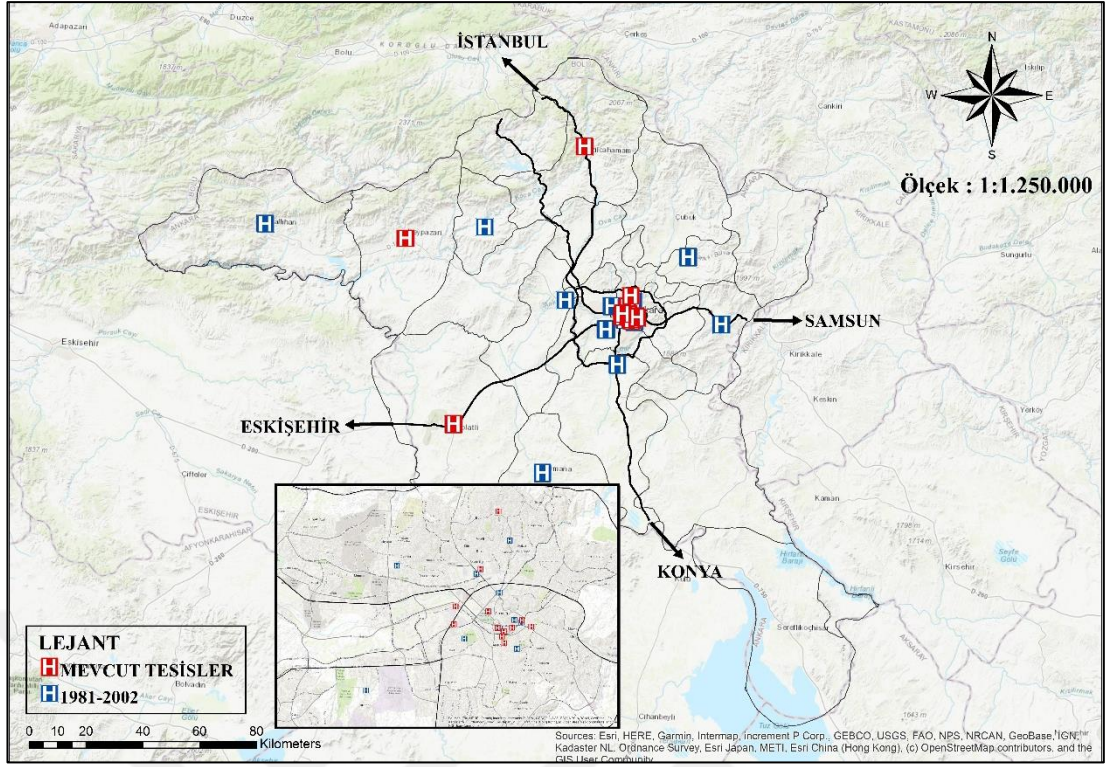
1987 yılında çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Türkiye’de sağlık alanında kapsamlı reformların zeminini hazırlamıştır. 1990’larda, bu reform süreci Sağlık Sektörü Master Planı, Ulusal Sağlık Kongreleri ve 1993 Ulusal Sağlık Politikası gibi stratejik adımlarla derinleştirilmiştir. Yeşil Kart uygulamasıyla dar gelirli vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi artırılmış; sosyal güvenlik sisteminin birleşmesi, aile hekimliği modeline geçiş, hastane özerkliği ve Sağlık Bakanlığı’nın rol değişimi gibi hedefler belirlenmiştir. Bu dönem, planlama ve politika geliştirme

odağının öne çıktığı, kurumsal ve yasal altyapının yeniden şekillendiği bir geçiş süreci olarak değerlendirilir [**Sağlık Bakanlığı, 2025**].

Bu dönem içerisinde Ankara ilinde hizmet vermeye başlayan sağlık tesisleri şunlardır:

- Nallıhan Devlet Hastanesi (1981)
- Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (1981)
- Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi (1982)
- Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi (1985)
- Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1990)
- Gölbaşı Devlet Hastanesi (1991)
- Elmadağ Dr. Hulusi Alataş Devlet Hastanesi (1991)
- Hacettepe Onkoloji Hastanesi (1993)
- Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi (1995)
- Dışkapı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi (1995)
- Güdül İlçe Entegre Devlet Hastanesi (1997)
- Sincan Dr. Nafiz Körez Devlet Hastanesi (1997)
- Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (1997)
- 75.Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (1997)
- Haymana Devlet Hastanesi (2000)
- Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2000)
- Akyurt Devlet Hastanesi (2001)

Yukarıda belirtilen sağlık tesislerine ilişkin mekânsal dağılım, Ankara ili ölçeğinde haritalandırılarak Şekil 3.15'te gösterilmektedir.



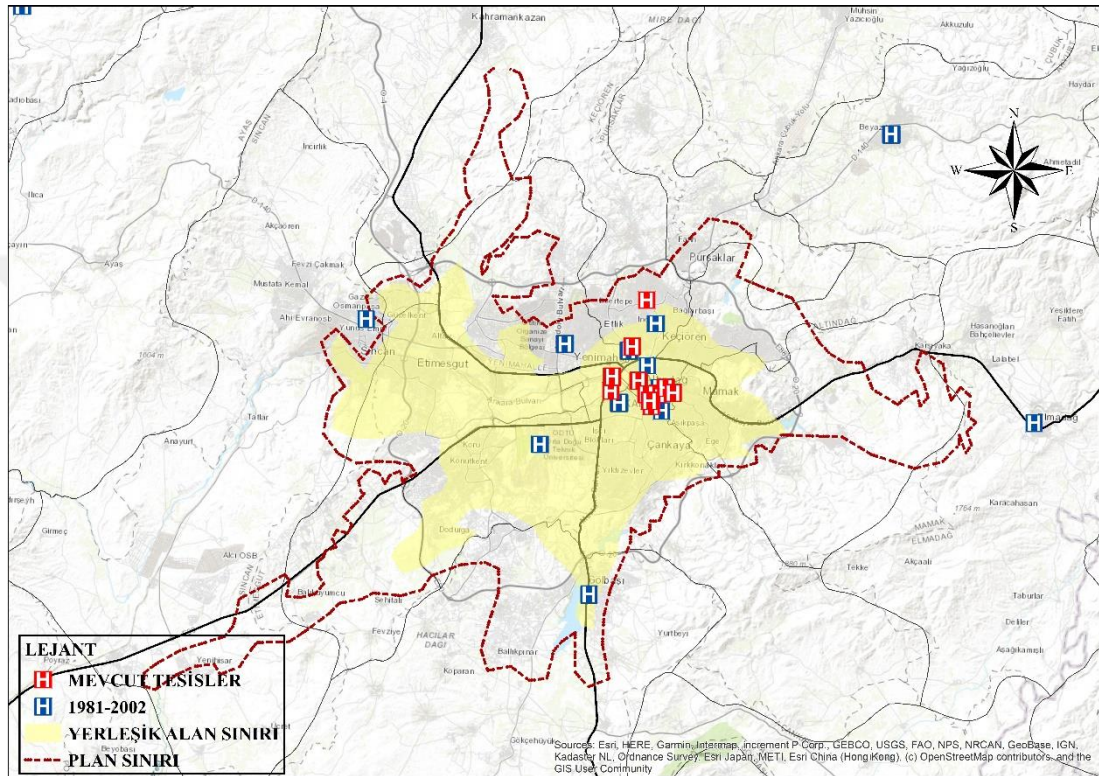
Şekil 3.15:1981-2002 Yılları Arasında Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

1980 sonrası dönemde Ankara’da hizmete giren sağlık tesisleri, hem sağlık hizmetlerinin mekânsal erişilebilirliğini artırmış hem de uzmanlık alanlarında çeşitliliği genişletmiştir. Yeni açılan Başkent Üniversitesi ve Ankara İbn-i Sina Üniversite Hastaneleri ile hem özel hem devlet üniversite hastanelerinin sağlık sistemine katkısı güçlenmiş ve tıp eğitimi ile hizmet sunumu arasında daha yakın bir ilişki kurulmuştur.

1990’lı yıllarla birlikte başkentte sağlık altyapısı hem yatayda yayılmış hem de hizmet türü bakımından çeşitlenmiştir. Etlik Zübeyde Hanım Hastanesi, Dışkapı Çocuk Hematoloji Onkoloji Hastanesi, Hacettepe Onkoloji Hastanesi ve Ulucanlar Göz Hastanesi gibi spesifik uzmanlık alanlarına sahip hastaneler, Ankara’yı yalnızca genel sağlık hizmetleri sunan bir merkez olmaktan çıkarıp, ileri düzey tedavi ve araştırma alanlarının da yoğunlaştığı bir sağlık üssü haline getirmiştir.

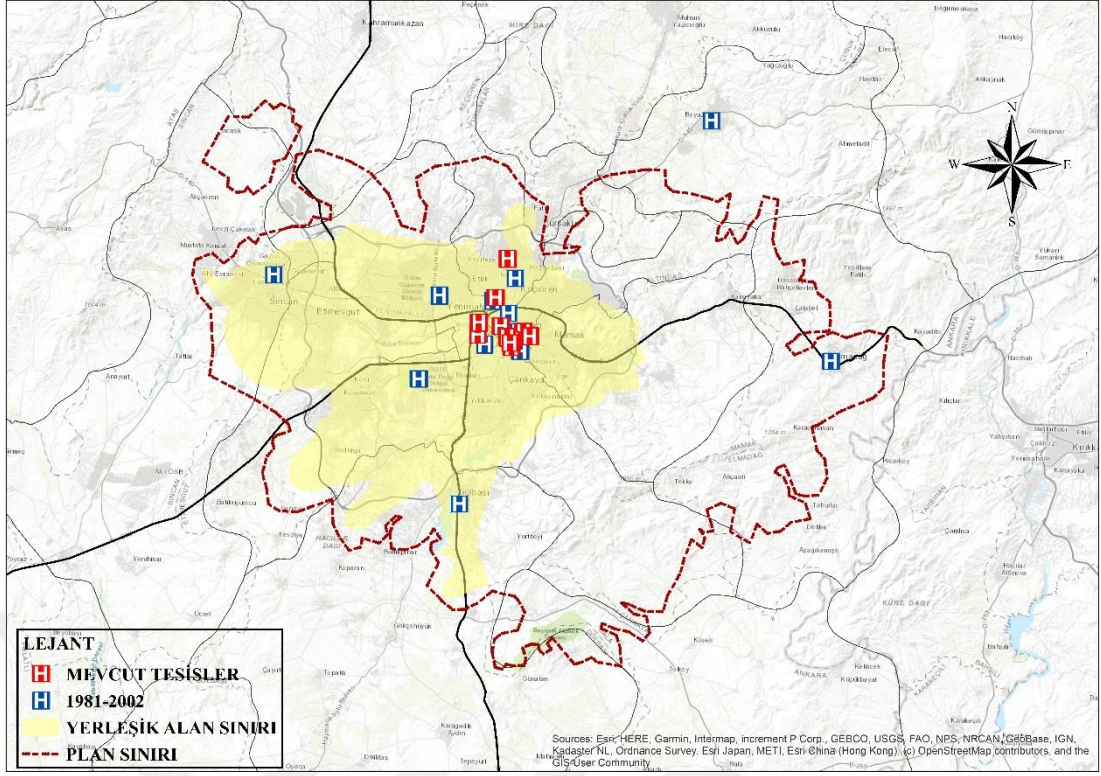
Ayrıca, Gölbaşı, Elmadağ, Güdül, Sincan, Haymana ve Akyurt gibi ilçe merkezlerinde açılan devlet hastaneleri ile birlikte sağlık hizmetlerinin kent merkezi dışına yayılması sağlanmış; böylece kırsal ve yarı-kentsel nüfusun hizmete erişimi kolaylaştırılmıştır.

1981–2002 döneminde faaliyete geçen sağlık tesislerinin, bu döneme ait plan kararlarıyla olan ilişkisi Şekil 3.16 ve 3.17’de görselleştirilmiştir.



Şekil 3.16:2015 Yapısal Plan Şeması Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 3.16 incelendiğinde; 1981–2002 döneminde açılan sağlık tesislerinin büyük bir kısmı yerleşik alan sınırı içinde konumlanmakta olup, yalnızca sınırlı sayıda tesis plan sınırının çeperlerinde yer almaktadır. Özellikle Sincan, Etimesgut, Gölbaşı ve Elmadağ gibi alanlarda konumlanan yeni yatırımlar, sağlık hizmetlerinin merkezden çevreye doğru yayılmaya başladığını göstermektedir. Bu dağılım, 2015 Yapısal Planı’nın öngördüğü çok merkezli ve dengeli kentsel gelişim modeliyle büyük ölçüde örtüşmektedir.



Şekil 3.17:2025 Planlama Çalışması Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 3.17 incelendiğinde; dönem içerisinde hizmet vermeye başlayan sağlık tesislerinin büyük çoğunluğu yerleşik alan sınırı içinde yer almakta olup, yalnızca Nallıhan, Elmadağ, Güdül, Akyurt ve Haymana ilçelerinde konumlanan tesisler bu sınırın dışındadır. Söz konusu ilçeler aynı zamanda Ankara metropoliten alan sınırı dışında kaldığı için planın resmi kapsamına dâhil edilmemekte; ancak sağlık yatırımları bu alanlara da fiilen ulaşmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin planlı gelişim sınırlarını aşarak kırsal ve yarı-kentsel çevre alanlara da yayılmaya başladığını göstermektedir. Plan sınırı içinde kalan ve yerleşik alan içinde konumlanan tesisler ise, merkezdeki nüfus yoğunluklarına hizmet etmek amacıyla yerleştirilmiş; sağlık altyapısının merkezdeki sürekliliği korunmuştur.

3.2.3. 2003 Sonrası Dönem

3.2.3.1. Kentleşme ve İmar Politikaları

2003 sonrası Ankara'daki kentleşme süreci, büyük ölçüde neoliberal dönüşüm politikalarının etkisiyle şekillenmiştir. Bu dönemde, özellikle Toplu Konut İdaresi

Başkanlığı'nın yetkilerinin genişletilmesiyle birçok gecekondulu alanı “riskli alan” ilan edilerek yüksek yoğunluklu konut projelerine dönüştürülmüştür. TOKİ, 2003 yılında yürürlüğe giren 4966 sayılı yasa ile yalnızca konut üretimi değil, aynı zamanda altyapı ve sosyal projeler yürütme, şirket kurma ve kâr amacı güden uygulamalar gerçekleştirme yetkisine sahip olmuştur. Bu yasal düzenleme, kentsel dönüşüm politikalarının kamu yararını önceleyen planlama ilkelerinden uzaklaşarak piyasa temelli bir konut üretim anlayışına dönüşmesine zemin hazırlamıştır **[Kılıç, 2016]**.

Dönüşüm projelerinin uygulama biçimi ise kamuoyunda sıklıkla eleştirilmiştir. Projeler, çoğunlukla katılımcı süreçler işletilmeden, toplumsal uzlaşma aranmadan ve üst ölçekli plan kararları göz ardı edilerek emrivaki biçimde hayata geçirilmiştir. Ankara'daki birçok önemli dönüşüm alanında (Kuzey Ankara Girişi, Güney Park ve Çukurambar gibi bölgelerde) yüksek değerli kent arazileri, üst gelir gruplarına yönelik lüks konutlar, alışveriş merkezleri ve ofis projelerine tahsis edilmiştir. Bu uygulamalar, kent merkezindeki sosyal çeşitliliği azaltırken, mekânsal ve sınıfsal ayrışmayı da derinleştirmiştir. **[Bektaş ve Türkün, 2017]**.

Ankara'nın kentsel gelişimini denetim altına almak, yeni projeksiyonlar üretmek ve mevcut kent dokusu üzerinde gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek amacıyla hazırlanan 2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı, Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından 2007 yılında tamamlanmıştır. Plan, doğal ve beşerî potansiyellerin korunması, sürdürülebilir gelişme politikalarının benimsenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, yerleşilebilirlik ilkesinin sağlanması ve koruma-kullanma dengesinin gözetilmesi gibi temel ilkeler doğrultusunda şekillendirilmiştir. 1990 Nazım Planı, 2015 Yapısal Planı ve 2025 yılı hedefli çalışmalar gibi geçmiş planlama deneyimlerini temel alarak geliştirilmiş plan toplamda 855.000 hektarlık bir alanı kapsayan plan, altı alt bölge üzerinden kurgulanmıştır: merkez, batı, güneybatı, güney, doğu ve kuzey planlama bölgeleri. Bu alt bölgeler, sahip oldukları fiziksel yapı, fonksiyonel özellikler ve öngörülen gelişme senaryoları açısından birbirinden farklılaşmakta; kentin geleceğinde farklı roller üstlenmeleri öngörülmektedir **[Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]**.

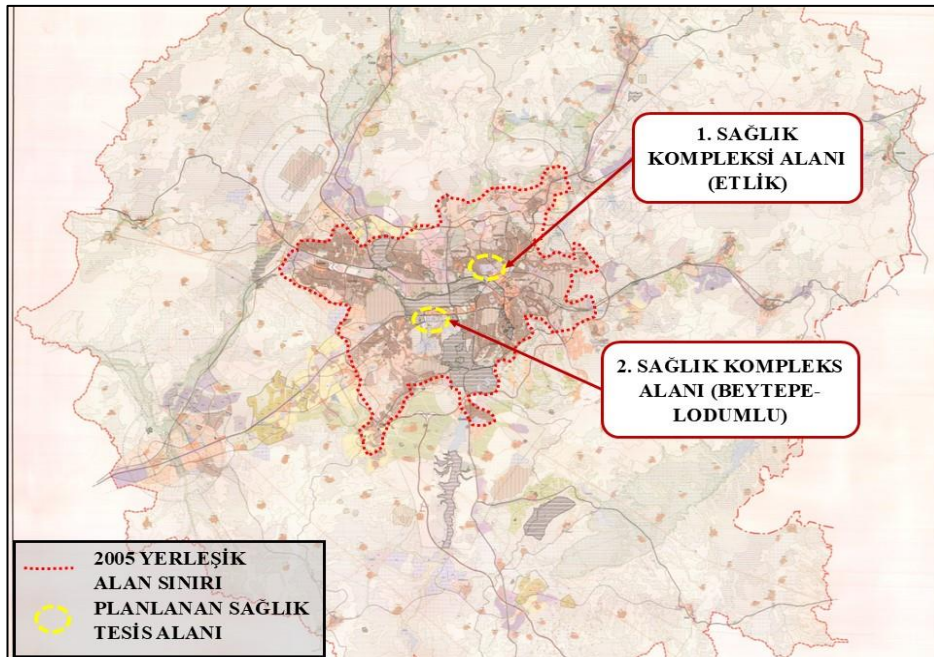
2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı, metropoliten alanı bütüncül biçimde ele alan ve özellikle 1990 sonrası hızla yayılan kentsel formu toparlayarak kompakt ve çok merkezli bir yapıyı hedefleyen bir planlama yaklaşımı sunmaktadır. Planın öngörülleri, kentte mekânsal yayılmayı sınırlamak, doğal ve kültürel değerleri korumak,

sürdürülebilir açık-yeşil alan sistemleri geliştirmek ve yerleşim alanlarının iç dinamiklerini güçlendirmek üzerine kurgulanmıştır [Sat ve diğerleri, 2017].

Plan kapsamında, Ankara'nın kuzey ve güneybatı bölgelerinde olmak üzere iki ayrı büyük ölçekli sağlık kompleksi geliştirilmesi öngörülmektedir. Kuzeyde, Etlik Kasalar Tesisleri ve çevresinin sağlık kompleksi olarak yeniden planlanması hedeflenirken; güneybatıda ise Beytepe–Lodumlu bölgesinde benzer bir kompleksin geliştirilmesi ve bu alanlara ilişkin alt ölçekli ulaşım ve otopark planlarının tamamlanması öngörülmektedir [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2006].

2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı'nda sağlık hizmetlerinin kentsel ve bölgesel düzeyde etkinliğini artırmaya yönelik uygulama stratejileri geliştirilmiştir. Plan, Ankara'nın ülke çapındaki sağlık kenti potansiyelini güçlendirmeyi hedeflemekte ve bu doğrultuda çeşitli mekânsal ve yönetsel müdahaleler öngörmektedir. Kent merkezindeki hastaneler bölgesi (Numune, Hacettepe, İbni Sina, Yüksek İhtisas vb.) için ulaşım, otopark ve erişilebilirlik koşullarını kapsayan, kentsel tasarım, örgütlenme ve finansman boyutlarını da içeren özel bir “Yönetim Planı” hazırlanması önerilmektedir.

2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı çerçevesinde sağlık tesisi kullanımı amacıyla önerilen yeni alanlar, Şekil 3.18'de işaretlenmiştir.



Şekil 3.18: 2023 Başkent Nazım İmar Planı Yeni Önerilen Sağlık Kompleksi Alanları [Ankara Büyükşehir Belediyesi, 2007]

Plan kararları doğrultusunda, Ankara'nın kuzey ve güneybatı bölgelerinde sağlık altyapısının güçlendirilmesi amacıyla ayrılan alanlar üzerinde günümüzde Etlik Şehir Hastanesi ve Bilkent Şehir Hastanesi'nin inşa edilmesi, 2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı'nın öngördüğü mekânsal sağlık stratejilerinin uygulamaya yansıyan somut örnekleri arasında yer almaktadır.

2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı'nın ardından, Ankara Büyükşehir Belediyesi tarafından 1/100.000 ölçekli "2038 Ankara İli Çevre Düzeni Planı" hazırlanmış ve Belediye Meclisi'nin 13.01.2017 tarih ve 116 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Ancak, Ankara 9. İdare Mahkemesi'nin 28.09.2020 tarih ve E:2018/551, K:2020/1610 sayılı kararıyla söz konusu plan iptal edilmiştir. Bu iptal kararı doğrultusunda, 2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı yürürlükteki üst ölçekli plan olma niteliğini sürdürmektedir.

3.2.3.2. Sağlık Politikaları

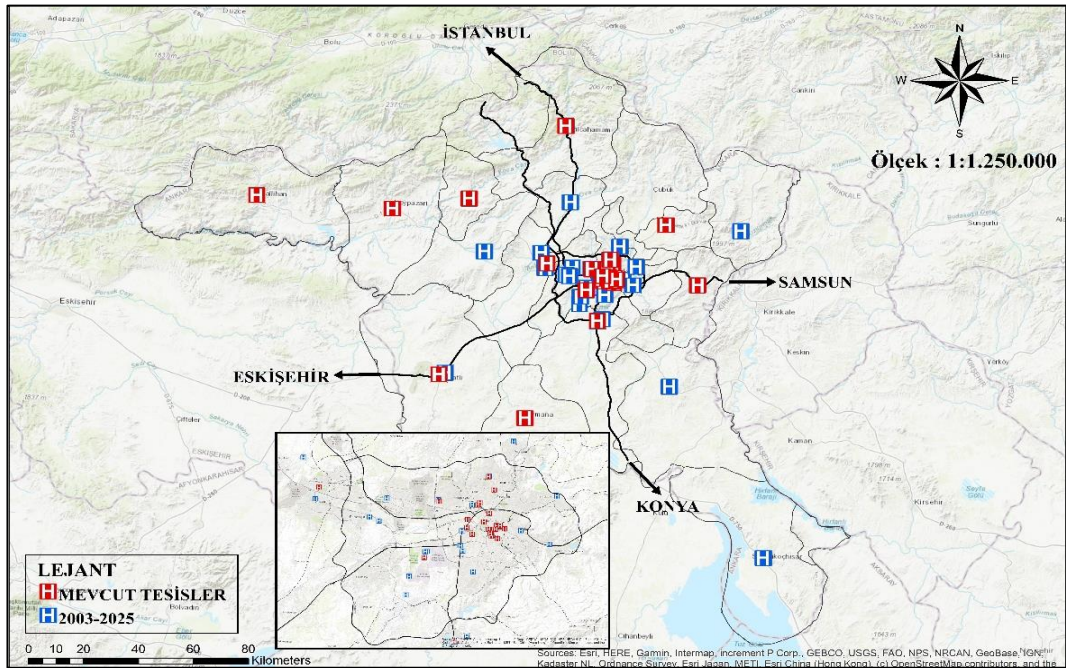
2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'de sağlık sistemini erişilebilirlik, etkinlik, kalite ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda yeniden yapılandırmayı hedefleyen kapsamlı bir reform süreci başlatmıştır. Program, Sağlık Bakanlığı'nı planlayıcı ve denetleyici konumda yeniden organize ederken, aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası sistemi ve sevk zinciri gibi yapısal değişiklikleri de beraberinde getirmiştir.

Bu dönem içerisinde Ankara ilinde hizmet vermeye başlayan sağlık tesisleri şunlardır:

- Beytepe Şehit Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi (2003)
- Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2004)
- Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2004)
- Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2005)
- Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi (2006)
- Bala Devlet Hastanesi (2007)
- Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2007)
- Mamak Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2008)
- Gölbaşı Ülkü Ulusoy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2009)
- Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2009)
- Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2010)
- Pursaklar Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2011)

- Kahramankazan Devlet Hastanesi (2011)
- Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi (2012)
- Hacettepe Üniversitesi Beytepe Gün Hastanesi (2013)
- 29 Mayıs Devlet Hastanesi (2014)
- Polatlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2015)
- Karapürçek Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2015)
- Kalecik İlçe Entegre Devlet Hastanesi (2016)
- Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi (2016)
- Pursaklar Devlet Hastanesi (2018)
- Bilkent Şehir Hastanesi (2019)
- Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi (2019)
- Etimesgut Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (2019)
- Ayaş Şehit Mehmet Çiftçi Devlet Hastanesi (2020)
- Mamak Devlet Hastanesi (2021)
- Beştepe Devlet Hastanesi (2022)
- Etlik Şehir Hastanesi (2022)

Yukarıda belirtilen sağlık tesislerine ilişkin mekânsal dağılım, Ankara ili ölçeğinde haritalandırılarak Şekil 3.19’da gösterilmektedir.



Şekil 3.19: 2003-2025 Yılları Arasında Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

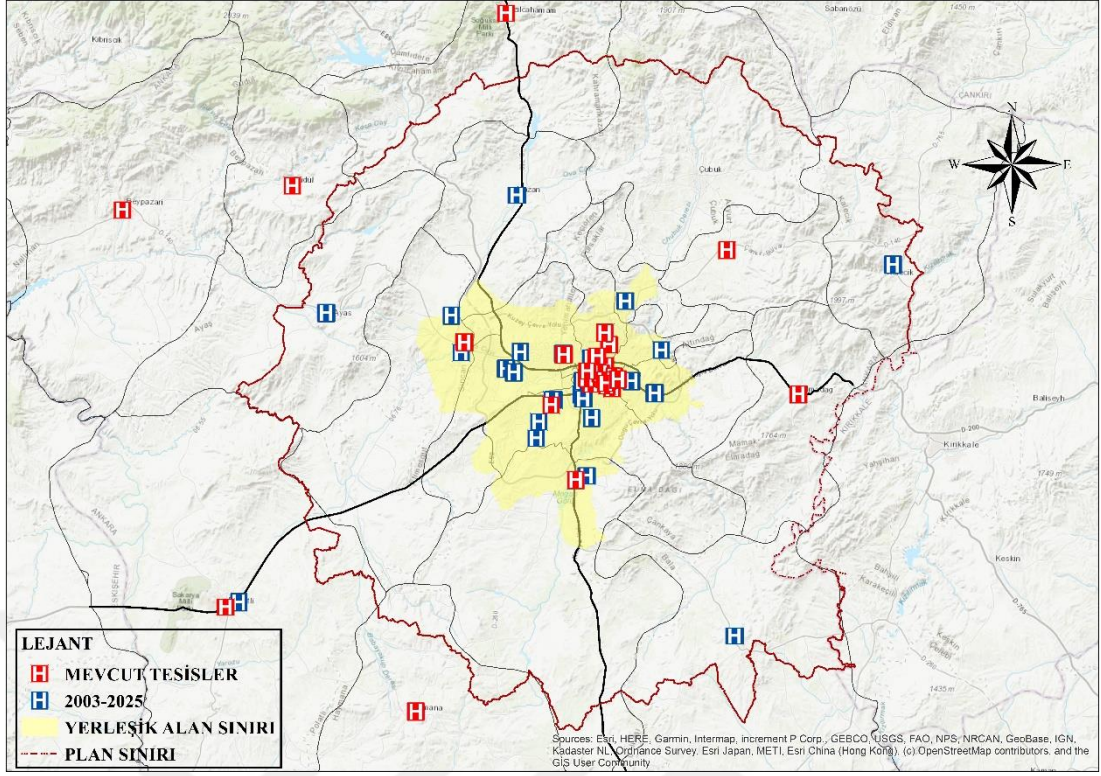
2003–2023 döneminde Ankara’da hizmete giren sağlık tesislerinin dağılımı incelendiğinde hem hastane kapasitesinin artırılmasına hem de sağlık hizmetlerinin coğrafi ve branş bazlı çeşitlendirilmesine yönelik stratejik bir planlamanın izlendiği görülmektedir. Bu dönemde, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkisiyle kamu sağlık altyapısının hem nitelik hem nicelik açısından ciddi biçimde genişletildiği anlaşılmaktadır.

Öncelikle, devlet hastanelerinin sayısındaki artış, sağlık hizmetlerinin kırsal ilçelere ve nüfus yoğunluğu artan perifer bölgelere yayılmasını sağlamıştır. Örneğin Bala, Kahramankazan, Şereflikoçhisar, Kalecik, Ayaş gibi ilçelerde yeni devlet hastanelerinin açılması, sağlık hizmetlerine erişimi yerinden yönetim ilkesiyle güçlendirmiştir. Bu hastaneler, daha önce merkezde yoğunlaşan hizmetin ilçe ölçeğine yayılması açısından önemlidir.

9 yeni ağız ve diş sağlığı merkezlerinin açılmış olması ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ayrı birer uzmanlık hizmeti olarak ele alınmaya başlandığını ve bu hizmetlerin hastane dışında bağımsız birimlerde verilmesine yönelik kurumsal dönüşümü göstermektedir. Bu aynı zamanda hastane yükünü azaltarak sağlık sisteminde yatay uzmanlaşmayı artıran bir yaklaşımdır.

Dönemin sonunda hizmete açılan şehir hastaneleri ise sağlıkta mega projelere yönelimin somut örnekleridir. Bu hastaneler yüksek yatak kapasiteleri, çok disiplinli branş yapıları ve ileri teknoloji ile donatılmış altyapılarıyla Ankara’daki sağlık hizmet sunumunun merkezine yerleşmiştir. Aynı zamanda daha önceki dönemde hizmet vermekte olan küçük veya orta ölçekli bazı hastanelerin kapatılarak bu merkezlere entegre edilmesiyle sistemde konsolidasyon sağlanmıştır.

2003 Sonrası döneminde faaliyete geçen sağlık tesislerinin, bu döneme ait plan kararlarıyla olan ilişkisi Şekil 3.20’de görselleştirilmiştir.



Şekil 3.20:Başkent 2023 Nazım İmar Planı Verileri ile Dönem İçerisinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 3.20 incelendiğinde; 2003–2025 yılları arasında hizmete giren sağlık tesislerinin önemli bir kısmı yerleşik alan sınırı dışında, ancak yine de plan sınırı içinde konumlanmıştır. Aynı zamanda Ayaş, Haymana, Nallıhan, Kızılcahamam, Beypazarı, Elmadağ, Akyurt, Kalecik gibi metropoliten alan dışındaki ilçelerde de sağlık tesisleri açılmıştır. Bu, Ankara'nın kırsal ve yarı-kentsel bölgelerine sağlık hizmeti sunumunun yaygınlaştırıldığını ve bölgesel ölçekte sağlık erişiminin güçlendirilmesine yönelik politikaların devreye alındığını göstermektedir.

Kent merkezine yakın bölgelerde ise sağlık tesislerinin yerleşik alan içinde ve çevresinde yoğunlaştığı görülmektedir. Ancak bu dönemdeki en belirgin farklılık, merkezden uzak çevre ilçelerdeki yeni yatırımların artmasıdır.

3.3. Bölüm Sonu Değerlendirme

Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanından günümüze kadar geçen süreçte sağlık, kentleşme ve imar politikalarının tarihsel gelişimi ve Ankara Metropoliten Alanı üzerinde mekânsal yansımaları beş ayrı döneme ayrılarak incelemiştir. Her bir dönem, dönemin siyasal, toplumsal ve ekonomik koşulları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin

örgütlenmesi ve kentlerin planlanmasına yönelik mevzuat, uygulama ve kurumsal yapılanmalardaki dönüşümleri kapsamlı biçimde ele almaktadır. Her dönemin genel özelliklerini ve karşılaştırmalı biçimde değerlendirilmesini içeren özet bilgiler Tablo 3.1’de sunulmaktadır.

Tablo 3.1: Ankara’da Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları

Dönem	Sağlık Politikaları	Kentleşme ve İmar Politikaları	Genel Değerlendirme
1923–1945	Ankara Numune Hastanesinin kurulması ve genişletilmesi, Hıfzıssıhha Enstitüsünün açılması, GATA’nın Ankara’ya taşınması	Lörcher ve Jansen planları; Ankara model kent; Saracoğlu ve Bahçelievler toplu konutları.	Ankara özelinde planlı kentleşme ve modern sağlık altyapısının temellerinin atıldığı, mekânsal ve kurumsal düzenlemelerin bütüncül bir yaklaşımla hayata geçirildiği bir süreçtir.
1946–1960	Zekai Tahir Burak KDÇH ve Onkoloji hastanesi gibi uzmanlaşmış dal hastanelerinin açılması Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesinin kurulması	Yücel-Uybadin planı; Gecekondulaşma ve göç; Plan dışı büyüme; Konut kooperatifleri; ODTÜ’nün kurulması İskan ve Şehircilik Enstitüsünün açılması	Ankara’nın bölgesel sağlık merkezi kimliğini pekiştirdiği, planlı kentsel büyüme hedeflerine rağmen kontrolsüz göç ve gecekondu sorunlarıyla mücadele ettiği bir dönüşüm sürecidir.
1961–1980	Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinin açılması Beypazarı, Çubuk, Kızılcahamam gibi çevre ilçelere hastaneler açılması, Hacettepe ve Gazi Üniversite Hastanelerinin kurulması,	1990 Nazım Planı; Nazım Plan ofisinin kurulması, Batıkent ve Eryaman bölgelerinin planlanması; 253 hektarlık yeni Sağlık Tesis Alanı	Ankara’nın metropoliten planlama denemeleriyle şekillenen, gecekondu ve yoğun yapılaşma sorunlarıyla mücadele edilen; aynı zamanda sağlık altyapısının güçlendiği dönemdir.
1981–2002	Başkent ve İbni Sina Üniversite Hastanelerinin açılması, Gölbaşı, Elmadağ, Güdül, Sincan, Haymana ve Akyurt ilçelerinde hastanelerin açılması Ağız ve diş sağlığı merkezlerinin açılması	2015 ve 2025 Plan çalışmaları; Plan çalışmalarının onaylanmaması, İmar afları ve düzensiz yapılaşma Ulaşım ve altyapı yatırımları Popülist projeler	Ankara’nın neoliberal politikalar ve yönetim reformları eşliğinde plansız büyüme sorunlarıyla yüzleştiği, buna karşılık sağlık altyapısını çeşitlendirerek uzmanlaşmış tesislerle kentsel ve kırsal erişimi güçlendirdiği bir dönemdir.
2003 Sonrası	Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri gibi büyük projelerin hayata geçirilmesi, Ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerinin sayısının artması Tüm ilçelere sağlık hizmet sunumunun sağlanması	2023 Nazım Planı; 2038 Ankara Çevre Düzeni planı çalışmaları (Mahkeme Kararıyla İptal Edildi) Çok sayıda alışveriş merkezi açılması, Lüks konut projelerinin sayılarında artış	Ankara’nın neoliberal kentsel dönüşüm politikalarıyla mekânsal olarak yeniden şekillendiği, Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde ise sağlık altyapısının hem coğrafi yayılım hem de uzmanlaşma düzeyinde güçlendiği dönemdir.

1923–1945 dönemi, Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş süreciyle şekillenen ve Batılılaşma ile modernleşme idealleri doğrultusunda planlı kentleşmenin ve sağlık hizmetlerinin kurumsallaşmasının temellerinin atıldığı bir evre olarak öne çıkmaktadır. Bu dönemde imar politikaları, yalnızca fiziksel çevrenin düzenlenmesi değil, aynı zamanda yeni bir yurttaş kimliğinin inşası ve devletin mekânsal görünürlüğünün sağlanması amacıyla geliştirilmiştir. Başkent Ankara, bu sürecin mekânsal ve simgesel merkezini oluşturmuş; Lörcher ve Jansen planları aracılığıyla modern ulaşım ağları, simgesel yapılar ve sosyal donatılarla desteklenmiş çağdaş bir şehir tasarlanmıştır. Bu planlarda sağlık hizmetlerine de özel önem atfedilmiş; Numune Hastanesi’nin genişletilmesi, yeni hastane alanlarının önerilmesi ve yatay büyüme prensibiyle sağlık yapılarında mekânsal kaliteyi koruma çabaları öne çıkmıştır. Ayrıca 1930 Belediye Kanunu gibi yasal düzenlemelerle Ankara’nın kentleşme deneyimi, ülke genelindeki şehircilik uygulamalarına yön vermiştir. Bu dönemde Bahçelievler Kooperatifi ve Saracoğlu Mahallesi gibi öncü konut projeleri hayata geçirilirken, Altındağ ve Dikmen gibi bölgelerde Türkiye’nin ilk gecekondu örnekleri ortaya çıkmıştır.

Ankara’da bu dönemde faaliyete geçen sağlık kurumları arasında Ankara Numune Hastanesi, Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü Cebeci Merkez Hastanesi ve TCDD Ankara Hastanesi yer almaktadır. Bu sağlık tesisleri yalnızca hizmet sunumu açısından değil, aynı zamanda halk sağlığı politikalarının ve tıbbi eğitimin şekillenmesinde de etkili olmuş, Ankara’nın bir sağlık merkezi olarak gelişmesini sağlamıştır. Bu süreçte Ankara, hem Cumhuriyetin modernleşme vizyonunu yansıtan bir örnek şehir hem de sağlık hizmetlerinin kurumsallaştığı bir merkez olmuştur.

1946–1960 dönemi, Türkiye genelinde kırsal kesimden kentsel alanlara yönelen göç hareketlerinin etkisiyle Ankara’da hızlı nüfus artışına ve kontrolsüz kentleşmeye sahne olmuştur. Tarımdaki makineleşme ve kentteki istihdam olanaklarının cazibesi, başkenti gecekondulaşma sürecinin merkezlerinden biri hâline getirmiştir. Bu süreçte yürürlükten kaldırılan “mesken tazminatı” uygulaması ile Ankara’nın kentleşme öncelikleri diğer şehirlerle eşitlenmiş; böylece planlama yükü artmıştır. Jansen Planı’nın işlevsizleşmesiyle 1957’de devreye alınan Yücel-Uybadin Planı, 750.000 nüfusa sahip, yoğun fakat homojen bir kent hedeflemiştir. Ayrıca ODTÜ’nün ve Ankara Üniversitesi’ndeki ilgili akademik birimlerin kuruluşu, Ankara’nın planlama ve sağlık politikalarında kurumsal merkez olma rolünü güçlendirmiştir.

Türkiye’de sağlık planlamasının kurumsal çerçevesinin belirlendiği ve Ankara’nın bu süreçte merkezî bir rol üstlendiği bir dönemdir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile sağlık hizmetlerinin bölgesel temelde yapılandırılması hedeflenmiş, Ankara bu bağlamda önemli yatırımlar almıştır. Bu dönemde açılan hastaneler, özellikle kadın, çocuk ve onkoloji alanlarında uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinin başkentte gelişmesini sağlamıştır. Ayrıca, UNICEF ve WHO destekli merkezlerin kurulması, Ankara’nın uluslararası düzeyde sağlık politikalarıyla bütünleşen bir şehir hâline gelmesine katkıda bulunmuştur. Üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma merkezleri sayesinde kentin sağlık hizmeti sunumuna ek olarak, sağlık eğitimi ve bilimsel çalışmalarda da öncü bir konuma geldiği görülmektedir.

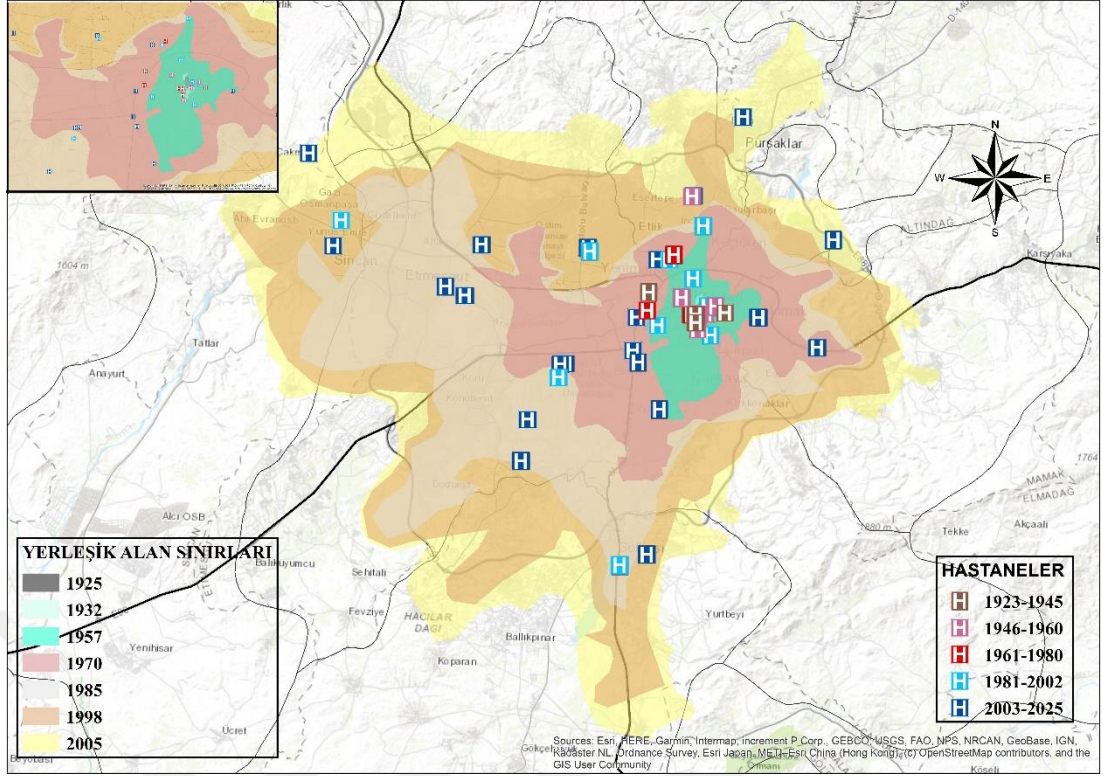
1961–1980 dönemi, Ankara’nın kentsel gelişiminde kırdan kente göçlerin ivme kazanmasıyla birlikte yoğun nüfus artışının ve plansız yapılaşmanın belirleyici olduğu bir süreçtir. 1957 tarihli Yücel-Uybadin Planı’nın öngördüğü sınırlar kısa sürede aşılmış, özellikle düşük gelir grupları, teknik ve sosyal altyapıdan yoksun alanlarda kendi çabalarıyla konut üretmiş; bu durum, başkentte gecekondu olgusunu yaygınlaştırmıştır. 1965 tarihli Kat Mülkiyeti Kanunu ile apartmanlaşma hızlanmış ve çok katlı konut blokları, Ankara’nın kentsel silüetini dönüştürmüştür. Bu dönemin sonunda, Türkiye’nin ilk metropoliten planı olan 1990 Nazım İmar Planı’nın hazırlık çalışmaları başlamıştır. 1970–1975 arasında yürütülen bu çalışmalar, Ankara’nın gelişimini batıya yönlendirmeyi ve hava kirliliğini azaltmayı hedeflemiş; Batıkent, Eryaman ve Sincan gibi yeni yerleşim alanları bu doğrultuda planlanmıştır. Ancak çevre yolları, parçacı plan değişiklikleri ve spekülasyon baskıları planın bütünlüğünü zedelemiştir.

1981–2002 döneminde Ankara’nın kentsel gelişimi, merkeziyetçi ve neoliberal politikaların birlikte etkili olduğu, mekânsal planlama ile yerel yönetim yapılanmasında önemli dönüşümlerin yaşandığı bir süreç olmuştur. 3030 sayılı yasa ile kurulan Ankara Büyükşehir Belediyesi, metropoliten alandaki yönetim yapısını iki kademeli hâle getirerek planlama yetkisinin kapsamını genişletmiş, ancak uygulamalarda parçacı yaklaşımlar hâkim olmuştur. Art arda çıkarılan imar afları ve ıslah planları gecekondu alanlarında çok katlı, altyapısız yapılaşmayı beraberinde getirerek hizmet sunumunda büyük açıklar doğurmuştur.

Bu dönemde; Ankara’da hem sağlık kurumlarının kapasitesinin hem de insan g¼c¼n¼n ¼nemli ¼l¼¼de arttığını g¼stermektedir. Bu gelişme, 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Yeşil Kart uygulaması ve 1990’lardaki sağlık reformlarının etkisini a¼ık¼a yansıtılmaktadır. Ancak bazı g¼stergelerde kişi başına oranların d¼řmesi, n¼fus artış hızının hizmet artışının ¼n¼nde seyrettiğini de ortaya koymaktadır. Bu durum, planlama ve yatırım kararlarının demografik değişimlere g¼re esnekleştirilmesi gereğini g¼stermektedir.

2003 sonrası d¼nem, Ankara’nın kentleşme ve sağlık planlamasında neoliberal politikaların etkisinin en yoğun hissedildiği bir evre olmuştur. TOKİ’nin genişleyen yetkileri ile, gecekondulu alanlarının “riskli alan” ilan edilerek y¼ksek yoğunluklu ve piyasa temelli konut projelerine d¼n¼řt¼r¼lmesi, kentsel d¼n¼ř¼m¼n y¼n¼n¼ belirlemiştir. Bu s¼re¼te kamu yararını ¼nceleyen katılımcı planlama yaklaşımlarının geri plana atılması, kent merkezindeki sosyal ¼eřitliliđin azalmasına ve mek¼nsal eşitsizliklerin derinleşmesine neden olmuştur. Bu d¼nemin en ¼nemli mek¼nsal planlama belgesi olan 2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı, kent b¼t¼n¼nde dengeli ve s¼rd¼r¼lebilir gelişmeyi hedefleyen, kompakt ve ¼ok merkezli bir yapıyı esas alan bir yaklaşımla hazırlanmıştır. Plan, doğal ve k¼lt¼rel değerlerin korunması, mek¼nsal yayılmanın sınırlandırılması ve sağlık altyapısının g¼¼lendirilmesi gibi stratejik hedefler i¼ermektedir.

1923 yılından g¼n¼m¼ze kadar ge¼en s¼rede Ankara ilinde hizmet vermeye başlayan sağlık tesislerinin dağılımı, yapılan plan kararlarıyla olan ilişkisi şekil 3.21’de sunulmaktadır.



Şekil 3.21:Dönemler İçerisinde Ankara İlinde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesisleri ve Plan Verileri [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Ankara’da Cumhuriyet’in ilk yıllarından günümüze kadar hazırlanan planlar incelendiğinde, kentsel yerleşim alanlarının gelişimi belirli dönemsel yönelimler göstermektedir. Lörcher ve Jansen planlarında kentsel gelişim çekirdeği Ulus çevresi olup; sağlık tesisleri mevcut yerleşik alan dışında ama plan sınırları içinde, kentsel büyümenin yönünü destekler biçimde konumlandırılmıştır. Yücel-Uybadin Planı ile Ankara’nın özellikle batıya yönelmesi hedeflenmiş, ancak sağlık tesisleri büyük ölçüde mevcut yerleşik alan içinde kalmıştır. Bu durum, sağlık altyapısının büyüme stratejileriyle kısmen uyumlu, ama daha çok mevcut talebi karşılamaya dönük geliştiğini göstermektedir.

1990 Nazım İmar Planı ve 2015 Yapısal Planı, kentin merkezden çevreye yayılımını ve çok çekirdekli kentsel formu desteklemiş; buna rağmen 1980’ler ve 1990’lar boyunca sağlık yatırımları ağırlıklı olarak yerleşik alanlarda kalmaya devam etmiştir. Ancak bu dönemde Keçiören, Etlik, Gölbaşı gibi akslarda yeni yatırımların başlaması, sağlık hizmetlerinin çevre alanlara taşınmaya başladığını göstermektedir. Bu eğilim, 2025 Planlama Çalışması ve Başkent 2023 Planı ile belirginleşmiş; yatırımlar metropoliten alan sınırlarını aşarak Akyurt, Beypazarı, Nallıhan, Elmadağ, Kalecik,

Haymana gibi çevre ilçelere yayılmıştır. Böylece sağlık altyapısı hem kent merkezinde hem de çeperde daha dengeli biçimde dağılmıştır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, planların sağlık altyapısı üzerindeki etkisi, her dönemde eşit ölçüde belirleyici olmamıştır. Özellikle ilk dönemlerde plan kararlarıyla uyumlu biçimde konumlanan tesisler zamanla, uygulamada yerleşik alan taleplerine göre şekillenmiş; ancak son dönem planlarında kapsayıcı, çok merkezli ve erişilebilirlik odaklı sağlık yatırımlarının arttığı görülmektedir. Bu dönüşüm, plan hedeflerinin sadece fiziki mekân organizasyonu değil, aynı zamanda sosyal hizmetlerin erişilebilirliğini artırma amacına hizmet edecek şekilde değiştiğini göstermektedir.



4. ANKARA SAĞLIK TESİSLERİ PERFORMANS GÖSTERGELERİ ANALİZİ

Bu bölümde, sağlık sistemlerinin kapasite ve hizmet yeterliliğini değerlendirmeye yönelik temel performans göstergeleri incelenmektedir. Sağlık altyapısına dair göstergeler arasında özellikle yatak kapasitesi, sağlık personeli sayıları sağlık sisteminin mekânsal ve kurumsal gelişimini yansıtan önemli araçlar olarak öne çıkmaktadır. Bu göstergelerin tarihsel seyri, sağlık politikalarının uygulanma biçimini ve planlama kararları ile olan etkileşimini görünür kılmak açısından kritik öneme sahiptir. Bu doğrultuda, bölümde önce Türkiye geneli için bu göstergelerin dönemsel değişimi incelenmekte; ardından Ankara özelinde dönemsel veriler planlama verileriyle birlikte değerlendirilmektedir.

4.1. Sağlık Göstergeleri: Fiziksel Kapasite ve İnsan Gücü Kapasitesi

Sağlık sistemlerinin başarısını ve işleyiş etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan nicel ölçütler, sağlık performans göstergeleri olarak tanımlanır. Bu göstergeler; hizmet sunumunun kapsamı, erişilebilirliği, kalitesi ve çıktılarını izlemek, karşılaştırmak ve karar alma süreçlerini bilgilendirmek açısından kritik öneme sahiptir. Ulusal planlama politikalarından uluslararası sağlık standartlarına kadar pek çok alanda bu göstergeler temel referans çerçevesi olarak kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, üye ülkelerdeki sağlık sistemlerini değerlendirmek amacıyla çeşitli kategoriler altında performans göstergeleri tanımlamaktadır. Bunlar genellikle beş ana başlık altında toplanmaktadır: **[Dünya Sağlık Örgütü, 2022]**

- Sağlık durumu: Beklenen yaşam süresi, bebek ve anne ölüm oranları, erken ölümler.
- Hizmet sunumu ve erişim: Aşı kapsamı, sağlık personelinin doğuma katılım oranı.
- Kaynaklar ve altyapı: Hekim, hemşire, ebe, eczacı sayısı; yatak kapasitesi, sağlık harcamaları.
- Finansal koruma: Cepten harcama oranı, katastrofik harcamalar.
- Eşitsizlikler: Gelir, bölge, kırsal/kentsel ayrımı gibi temelli hizmet farklılıkları.

Dünya Sağlık Örgütü kullandığı temel sağlık performans göstergeleri, Tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1: Dünya Sağlık Örgütü Temel Sağlık Performans Göstergeleri [Dünya Sağlık Örgütü, 2022 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlemiştir.]

Kategori	Gösterge	Tanım
Sağlık Durumu	Beklenen yaşam süresi	Bir bireyin doğumda yaşamayı beklediği ortalama yıl sayısı.
	Bebek ölüm oranı	1 yaşından önce ölen bebeklerin 1.000 canlı doğum başına oranı.
	Anne ölüm oranı	Doğumla ilişkili nedenlerle ölen annelerin 100.000 doğum başına oranı.
	Erken ölümler	70 yaşından önce bulaşıcı olmayan hastalıklardan (kalp, kanser vb.) kaynaklı ölüm oranı.
Hizmet Sunumu	Aşı kapsamı oranı	Çocukların temel aşılarını olma oranı (örneğin DTP, kızamık).
	Sağlık hizmetlerine erişim oranı	Nüfusun temel sağlık hizmetlerine ulaşabilme yüzdesi.
	Doğumda sağlık personeli varlığı	Eğitilmiş sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire) eşlik ettiği doğum oranı.
Kaynaklar ve Altyapı	Bin kişiye düşen hekim sayısı	Her 1.000 kişi başına düşen doktor sayısı.
	Bin kişiye düşen diş hekimi sayısı	Her 1.000 kişi başına düşen diş hekimi sayısı.
	Bin kişiye düşen eczacı hekim sayısı	Her 1.000 kişi başına düşen eczacı sayısı.
	Bin kişiye düşen hemşire/ebe sayısı	Her 1.000 kişi başına düşen hemşire veya ebe sayısı.
	10.000 kişiye düşen yatak sayısı	Her 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı.
	Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı	Toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasılaya oranı.
Finansal Koruma	Cepden yapılan sağlık harcaması oranı	Bireylerin kendi cebinden ödediği sağlık harcamalarının oranı.
	Katastrofik sağlık harcaması oranı	Hane gelirinin büyük kısmının sağlık harcamasına gitme oranı.
Sağlık Eşitliği	Kırsal/kentsel hizmet farkı	Kırsal ve şehirde yaşayanların sağlık hizmetine erişim farkı.
	Gelire göre hizmet kullanım oranı	Düşük ve yüksek gelir gruplarının sağlık hizmetlerinden yararlanma farkı.

OECD ülkelerinde uygulanan göstergeler hem sağlık durumunu hem de sistemin işleyişini takip etmek üzere yapılandırılmıştır. DSÖ göstergeleriyle büyük ölçüde örtüşmekle birlikte aşağıdaki ek unsurları da içerir:

- Erken teşhis oranları (özellikle kanser gibi hastalıklarda),
- Hekime başvuru ve hastane yatış sıklığı,

- Yatak doluluk oranı ve ortalama kalış süresi,
- Sağlık harcamalarının kişi başı maliyeti.

OECD kullandığı temel sağlık performans göstergeleri, Tablo 4.2’de gösterilmektedir. Bu göstergeler, özellikle uluslararası karşılaştırmalarda sağlık sistemlerinin güçlü ve zayıf yönlerini ortaya koymak açısından işlevseldir.

Tablo 4.2:OECD Temel Sağlık Performans Göstergeleri [OECD, 2023 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlemiştir.]

Kategori	Gösterge	Açıklama
Sağlık Durumu	Beklenen yaşam süresi	Doğumda veya 65 yaşında beklenen ortalama yaşam süresi
	Bebek ölüm oranı	1.000 canlı doğum başına 1 yaş altı ölüm sayısı
	Anne ölüm oranı	100.000 doğum başına doğumla ilişkili ölen anne sayısı
	Ölüm nedenleri	Kalp, kanser, solunum gibi başlıca ölüm nedenlerine göre dağılım
Erişim ve Kalite	Erken teşhis oranları	Kanser gibi hastalıkların erken evrede tespit oranı
	Aşılanma oranı	Çocukluk çağı aşılarının kapsama oranı
	Tedaviye erişim süresi	Uzman hekime veya ameliyata ulaşma süresi (gün/hafta olarak)
Hizmet Kullanımı	Hekim ziyaret sayısı	Kişi başına yıllık doktor muayene sayısı
	Hastane yatış oranı	1.000 kişi başına yıllık hastaneye yatış sayısı
	Yatak doluluk oranı	Hastane yataklarının doluluk oranı (%)
Sağlık Kaynakları	Hekim sayısı	1.000 kişiye düşen hekim sayısı
	Diş hekimi sayısı	1.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı
	Eczacı	1.000 kişiye düşen eczacı sayısı
	Hemşire-Ebe sayısı	1.000 kişiye düşen hemşire-ebe sayısı
	Hastane yatak sayısı	1.000 kişiye düşen yatak sayısı
	Sağlık harcaması (kişi başı)	Kişi başına yıllık sağlık harcaması
	Sağlık harcaması (GSYİH'ya oranla)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı (%)
Risk Faktörleri / Yaşam Tarzı	Obezite oranı	Yetişkin nüfusta obez bireylerin oranı (%)
	Sigara kullanımı	Günlük sigara içen yetişkin oranı
	Alkol tüketimi	Kişi başına yıllık saf alkol tüketimi (litre olarak)

Türkiye’de sağlık sistemine ilişkin performans göstergeleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve yıllık raporlarla izlenmektedir. Bu göstergeler:

- Ulusal sağlık durumu göstergeleri (beklenen yaşam süresi, bebek/anne ölüm oranları),
- Fiziksel altyapı ve insan gücü göstergeleri (yatak sayısı, sağlık personeli dağılımı),
- Hizmet kullanım ve verimlilik ölçütleri (hasta kalış süresi, yatak doluluk oranı),
- Kalite ve performans puanlama sistemleri gibi başlıklarda toplanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın kullandığı temel sağlık performans göstergeleri, Tablo 4.3’te gösterilmektedir.

Tablo 4.3: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Performans Göstergeleri [Sağlık Bakanlığı, 2023 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlemiştir.]

Kategori	Gösterge	Tanım
Ulusal Sağlık Durumu	Nitelikli yatak oranı	Yoğun bakım ve tek kişilik odaların toplam yataklara oranı
	10.000 kişiye düşen yatak sayısı	Her 10.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı.
	Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı	Her 100.000 kişiye düşen hekim sayısı
	Yüz bin kişiye düşen diş hekimi sayısı	Her 100.000 kişiye düşen diş hekimi sayısı
	Yüz bin kişiye düşen eczacı sayısı	Her 100.000 kişiye düşen eczacı sayısı
	Yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı	Her 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı
	Yüz bin kişiye düşen ebe sayısı	Her 100.000 kişiye düşen ebe sayısı
	Anne ölüm oranı	100.000 canlı doğum başına anne ölümü oranı
	Bebek ölüm hızı	1 yaş altı bebek ölümlerinin canlı doğumlara oranı
	Doğuşta beklenen yaşam süresi	Bir kişinin mevcut koşullarda ortalama yaşam süresi
Kurum Verimliliği	Ortalama hasta kalış süresi	Hastanede yatan hastaların ortalama yatış süresi
	Yatak işgal oranı	Hastane yataklarının doluluk oranı
	Yatak devir aralığı	Bir yatağın boş kalma süresi
	Yatak devir hızı	Bir yatağın belli sürede kaç hasta tarafından kullanıldığı
	Yatan hasta sayısı	Belirli dönemde hastaneye yatan hasta sayısı
Kalite Standartları	Enfeksiyon kontrol oranı	Hastane enfeksiyonlarının toplam hasta sayısına oranı
	Klinik içi eğitim etkinliği	Sağlık personeline verilen mesleki eğitimlerin süresi ve katılımı
	Bilimsel faaliyet oranı	Kurumun yaptığı bilimsel araştırma ve yayınların miktarı
Performans ve Finans	Döner sermaye performansı	Sağlık çalışanına yapılan ek ödeme için işlem bazlı puanlama
	Kurumsal performans puanı	Kurumun genel kalite ve verimliliğe göre aldığı puan
	Bireysel performans puanı	Hekim/personelin bireysel katkılarına göre belirlenen puan

Türkiye'nin bazı göstergeleri uluslararası normlarla paralellik gösterirken, döner sermaye performansı, bireysel hekim puanlamaları gibi Türkiye'ye özgü düzenlemeler de bulunmaktadır.

Bu tez kapsamında; tüm göstergelerin tamamının ele alınması yerine, çalışmanın mekânsal analiz yaklaşımı ve veri erişilebilirliği gözetilerek sınırlı ama temsili bir gösterge seti tercih edilmiş; seçilen göstergeler Tablo 4.4'te sunulmaktadır. Seçilen göstergeler, sağlık sisteminin iki temel boyutunu temsil etmektedir: fiziksel kapasite ve insan gücü kapasitesi. Fiziksel kapasite, bir sağlık sisteminin altyapısal yeterliliğini yansıtırken; insan gücü kapasitesi ise sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve erişilebilirliği açısından kritik bir belirleyicidir.

Tablo 4.4: Tez Kapsamında Kabul Edilen Göstergeler

Fiziksel Kapasite	10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı
İnsan Gücü Kapasitesi	1000 kişiye düşen hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, sağlık memuru, ebe

Fiziksel kapasiteyi temsil eden gösterge olarak 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı, insan gücü kapasitesini temsil eden göstergeler olarak ise 1.000 kişiye düşen hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, eczacı ve sağlık memuru sayıları temel alınmıştır. Bu göstergeler, hem Türkiye'de hem de uluslararası düzeyde karşılaştırmalı olarak izlenebilen, güncel ve güvenilir veri setlerine sahip ölçütlerdir. Aynı zamanda, planlama süreçleriyle ilişkilendirilebilecek şekilde dönemsel değişim analizine olanak sağlamaktadır.

4.2. Türkiye Sağlık Göstergeleri Analizi

Bu bölümde, Türkiye'de sağlık hizmetlerine ilişkin temel performans göstergelerinin 1923'ten 2023'e kadar olan tarihsel gelişimi dönemler hâlinde incelenmektedir. Her dönem, Türkiye sağlık sistemindeki yapısal dönüşümleri; hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, eczacı ve diş hekimi gibi insan gücü göstergeleri ile hastane yatak kapasitesi üzerinden değerlendirme olanağı sunmaktadır. Ayrıca, bin kişiye düşen sağlık personeli sayısı ve 10 bin kişiye düşen yatak sayısı gibi normalize edilmiş oranlar

aracılığıyla hizmet sunum kapasitesi ve nüfusa göre erişilebilirlik düzeyi karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir.

Dönemsel gelişimin ardından, 2023 yılı itibarıyla Türkiye'nin sağlık göstergeleri OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri başta olmak üzere seçilmiş ülkelerle karşılaştırılmaktadır. Bu karşılaştırma, Türkiye'nin mevcut altyapı ve insan gücü kapasitesini uluslararası normlar ve ortalamalarla kıyaslamaya olanak tanımakta; aynı zamanda ulusal sağlık planlamasının güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Bu doğrultuda bölüm, hem zamansal değişimi hem de güncel durumu küresel bağlamda tartışmaya açmaktadır.

4.2.1. Türkiye Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Gelişimi (1923-Günümüz)

Bu bölümde, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin fiziksel kapasitesi ve insan gücü göstergeleri 1923'ten 2023'e kadar olan süreçte dönemler hâlinde analiz edilmektedir.

4.2.1.1. 1923-1945 Dönemi

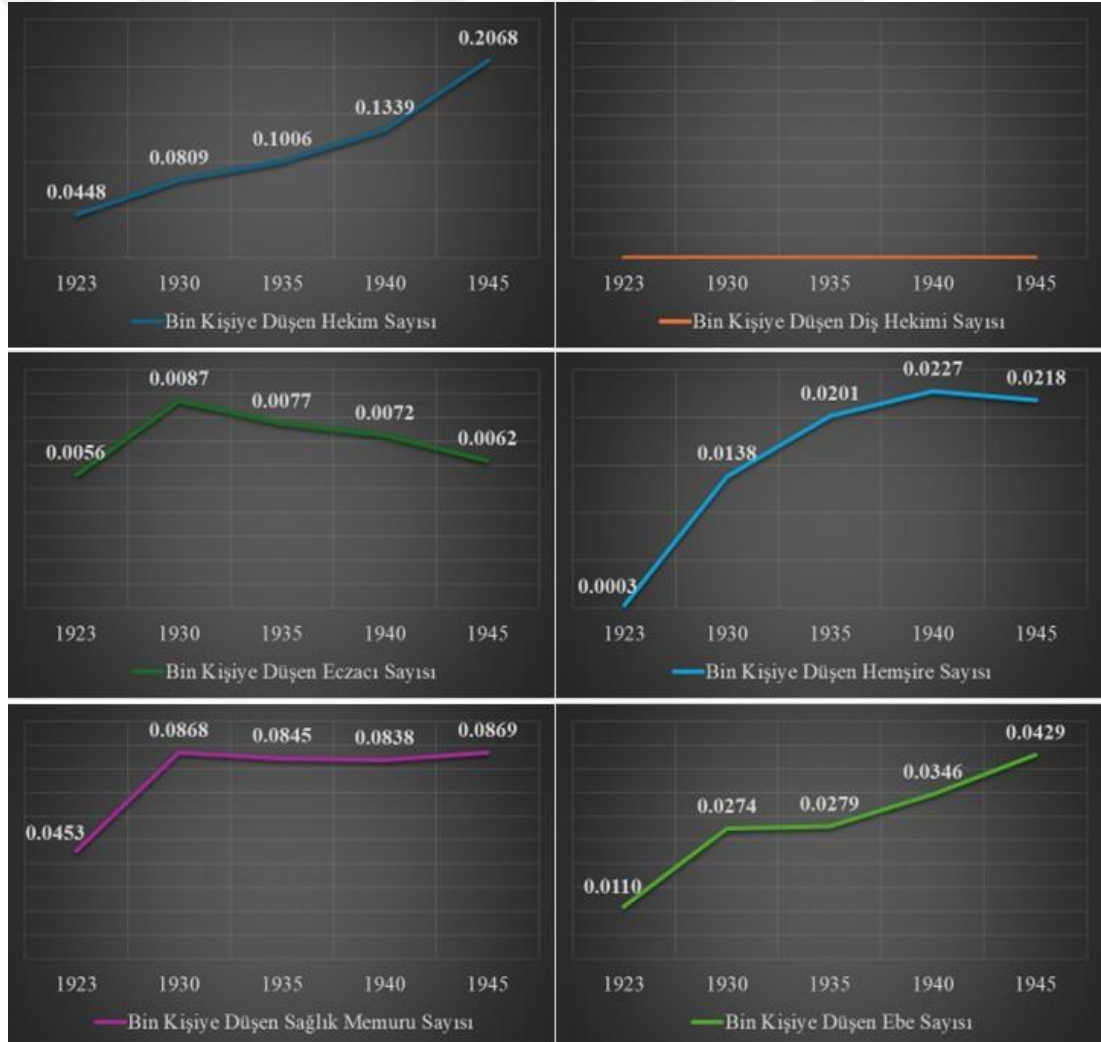
Bu dönem, Türkiye'de modern sağlık sisteminin temellerinin atıldığı, kurum ve insan gücü altyapısının oluşmaya başladığı evredir. Göstergeler, koruyucu sağlık hizmetlerine ve temel altyapıya yönelik ilk adımları yansıtmaktadır.

Tablo 4.5: 1923-1945 Yılları Arasında Türkiye'de Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık Bakanlığı,2004].

GÖSTERGE	1923	1930	1935	1940	1945
Kurum Sayısı	86	182	176	198	197
Yatak Sayısı	6,437	11,398	13,038	14,383	16,133
Hekim Sayısı	554	1,182	1,625	2,387	3,886
Diş Hekimi Sayısı	0	0	0	0	0
Eczacı Sayısı	69	127	125	129	116
Hemşire Sayısı	4	202	325	405	409
Sağlık Memuru	560	1,268	1,365	1,493	1,632
Ebe Sayısı	136	400	451	616	806

Tablo 4.5’te yer alan verilen incelendiğinde; 1923–1945 yılları arasındaki temel sağlık göstergeleri, Türkiye Cumhuriyeti’nin erken dönem sağlık politikalarının etkilerini sayısal verilerle ortaya koymaktadır. Bu dönemde sağlık kurumlarının sayısı 86’dan 197’ye, hastane yatak sayısı ise 6.437’den 16.133’e çıkarak yaklaşık iki buçuk kat artmıştır.

Hekim sayısında gözlemlenen artış ise daha belirgindir: 1923’te yalnızca 554 olan hekim sayısı 1945’te 3.886’ya ulaşmış; bin kişiye düşen hekim oranı 0,0448’den 0,2068’e çıkarak yaklaşık beş kat artmıştır. Bu gelişme, yeni tıp fakültelerinin açılması, zorunlu hizmet uygulamasının başlatılması ve insan gücü planlamasının doğrudan bir sonucudur.



Şekil 4.1: 1923-1945 Yılları Arasında Bin Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık Bakanlığı, 2004 ve İstatistik Genel Müdürlüğü, 1935,1940,1945 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Sağlık memuru, hemşire ve ebe sayılarındaki artış da sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi odaklı değil, aynı zamanda koruyucu ve birinci basamak hizmetler kapsamında da güçlendirildiğini göstermektedir. Nitekim 1923'te sadece 4 olan hemşire sayısı 1945'te 409'a, 136 olan ebe sayısı ise 806'ya yükselmiş; bin kişiye düşen ebe oranı 0,0110'dan 0,0429'a ulaşmıştır. Bu artış, kırsal ve doğum hizmetlerine verilen önemin yansımasıdır. Diğer yandan, tüm dönemde diş hekimi sayısının sıfır olarak kalması ve eczacı oranlarındaki sınırlı artış, ağız-diş sağlığı ve eczacılığın bu süreçte geri planda kaldığını göstermektedir. Bu veriler, erken Cumhuriyet döneminde sağlık sisteminin yapısal olarak güçlendirilmesinin yanında, koruyucu sağlık hizmetlerine ve insan gücü planlamasına dayalı bir sağlık politikası yaklaşımının benimsendiğini açık biçimde ortaya koymaktadır.



Şekil 4.2: 1923-1945 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık Bakanlığı, 2004 ve İstatistik Genel Müdürlüğü, 1935,1940,1945 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.2'de yer alan verilen incelendiğinde; 10 bin kişiye düşen yatak sayısı da 1923'te 5,1 iken 1945'te 8,5'e yükselmiş; bu durum, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmaya yönelik fiziksel kapasite yatırımlarının etkili olduğunu göstermektedir.

Şekil 4.1 ve Şekil 4.2'de kullanılan hesaplamalarda 1923 ve 1930 yılında nüfus sayımı yapılmadığı için sağlık istatistik yıllığında kabul edilen projeksiyon nüfus dikkate alınmıştır.

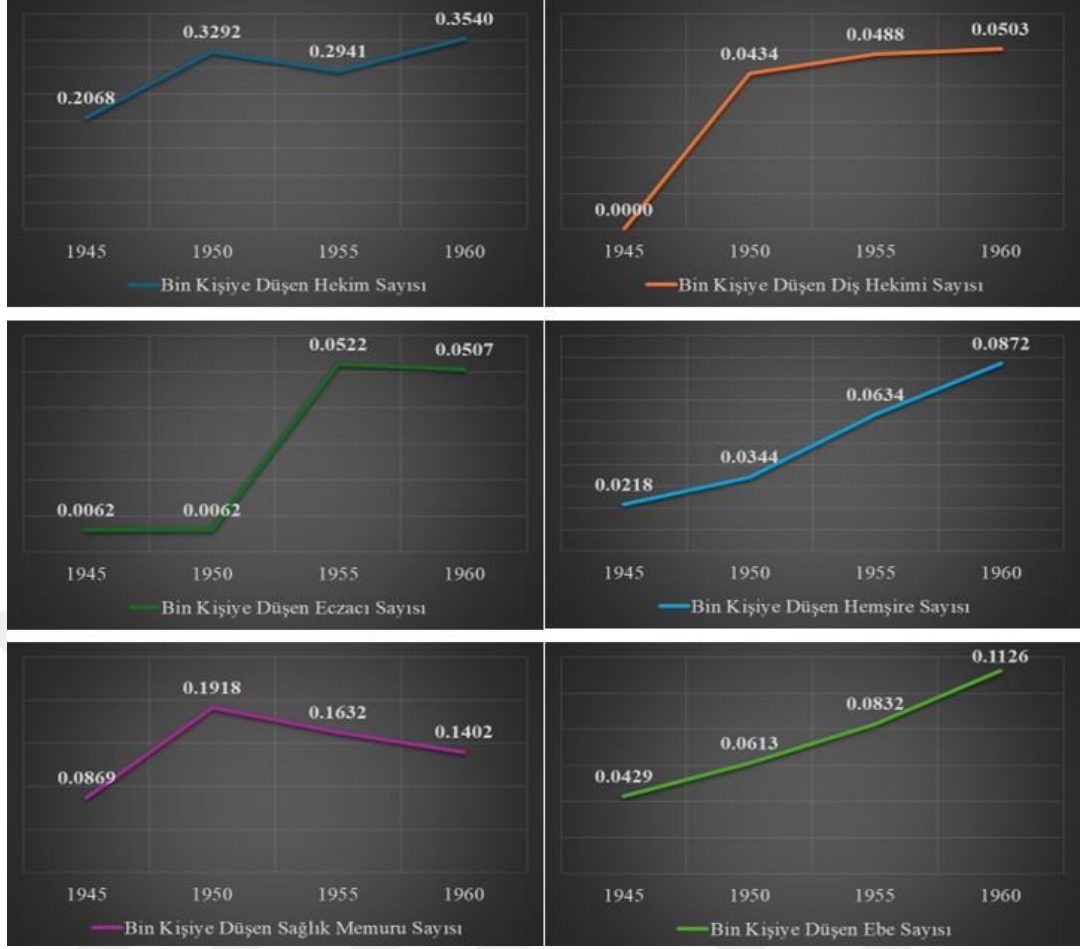
4.2.1.2. 1946-1960 Dönemi

Planlı sağlık politikalarının uygulandığı bu dönemde, sağlık merkezleri yaygınlaştırılmış ve personel kapasitesi artırılmıştır. 1945–1960 dönemine ait Tablo 4.6’da yer alan verilen incelendiğinde, Türkiye’de sağlık politikalarının özellikle 1946 yılında açıklanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı doğrultusunda nasıl şekillendiğini ve etkilerini somut biçimde ortaya koymaktadır. 1945 yılında 197 olan sağlık kurumu sayısı, 1960 yılına gelindiğinde 566’ya çıkarak yaklaşık üç kat artmıştır. Bu artış, söz konusu dönemde sağlık altyapısına yapılan yatırımların, özellikle her 40 köy için bir sağlık merkezi kurma hedefinin önemli ölçüde karşılık bulunduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, toplam yatak sayısı da 16.133’ten 45.807’ye ulaşarak yaklaşık üç kat artış göstermiştir. Bu büyüme, yalnızca sayısal olarak değil, hizmetin kapsayıcılığı açısından da sağlık sisteminin daha geniş kitlelere ulaştığını göstermektedir.

Tablo 4.6: 1945-1960 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık Bakanlığı,2004].

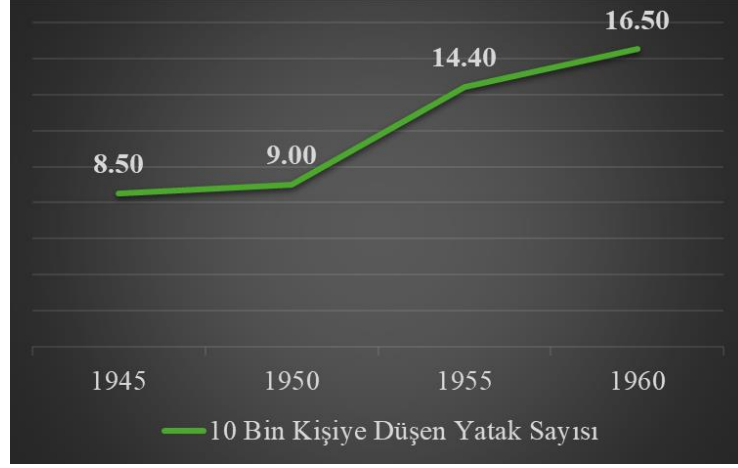
GÖSTERGE	1945	1950	1955	1960
Kurum Sayısı	197	201	426	566
Yatak Sayısı	16,133	18,837	34,526	45,807
Hekim Sayısı	3,886	6,895	7,077	9,826
Diş Hekimi Sayısı	0	910	1,175	1,395
Eczacı Sayısı	116	130	1,256	1,406
Hemşire Sayısı	409	721	1,525	2,420
Sağlık Memuru	1,632	4,018	3,927	3,890
Ebe Sayısı	806	1,285	2,001	3,126

Sağlık personeli sayılarındaki artış da dikkat çekicidir. 1945’te 3.886 olan hekim sayısı, 1960’ta 9.826’ya çıkmış; hemşire sayısı 409’dan 2.420’ye; ebe sayısı ise 806’dan 3.126’ya yükselmiştir. Bu artış, 1946 sağlık planında vurgulanan tıp fakültesi kurulması ve sağlık personeli eğitimi hedefleriyle doğrudan ilişkilidir. 1950’den itibaren diş hekimi ve eczacı sayılarında da gözle görülür bir sıçrama yaşanmıştır; 1945’te hiç diş hekimi kaydı bulunmazken, 1960’ta 1.395 diş hekimi sisteme dahil edilmiştir. Bu, diş hekimliği eğitiminin kurumsallaşmasıyla yakından bağlantılıdır.



Şekil 4.3: 1945-1960 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık Bakanlığı, 2004 ve İstatistik Genel Müdürlüğü, 1945,1950,1955,1960 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.3'e göre, bin kişiye düşen hekim sayısı da 0.2068'den 0.3540'a yükselmiştir. Hemşire ve ebe oranlarında da istikrarlı bir artış gözlenmektedir. Özellikle bin kişiye düşen ebe sayısının 1945'te 0.0429'dan 1960'ta 0.1126'ya çıkması, kırsal alanda doğum ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin güçlendiğine işaret etmektedir. Bu durum, 1953'te UNICEF ve DSÖ iş birliğiyle kurulan Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi'nin etkisini de yansıtmaktadır. Bu gelişmeler, Cumhuriyet'in erken döneminde atılan adımların 1950'li yıllarda somut sonuçlar doğurduğunun en açık göstergesidir.



Şekil 4.4: 1945-1960 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık Bakanlığı, 2004 ve İstatistik Genel Müdürlüğü, 1945,1950,1955,1960 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.4'teki kişi başına düşen oranlara bakıldığında ise, sağlık hizmetlerinin yalnızca mutlak sayılarla değil, nüfusa oranla da büyüdüğü görülmektedir. Örneğin, 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 1945'te 8.5 iken, 1960'ta 16.5'e ulaşmıştır.

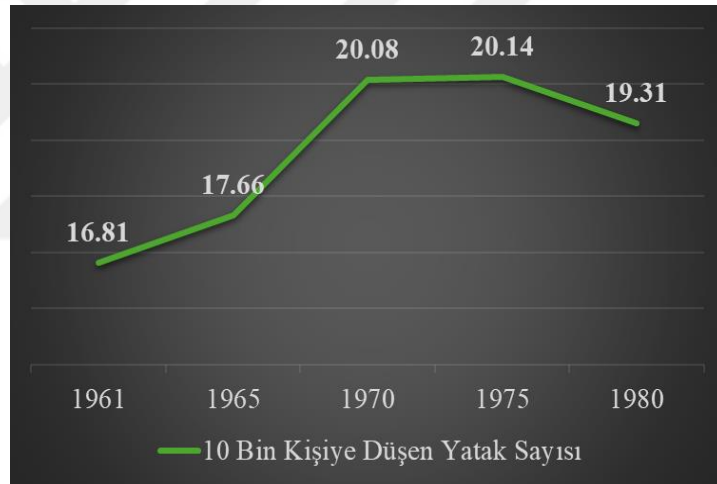
4.2.1.3. 1961-1980 Dönemi

Sosyalleştirme politikalarının öne çıktığı bu dönemde, sağlık hizmetleri kırsal alanlara yayılmış, insan gücü kapasitesi hızla artmıştır. Göstergeler, bu yapısal dönüşümün sonuçlarını yansıtmaktadır.

Tablo 4.7: 1961-1980 Yılları Arasında Türkiye'de Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1965,1971, 1975, 1980, 1983 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

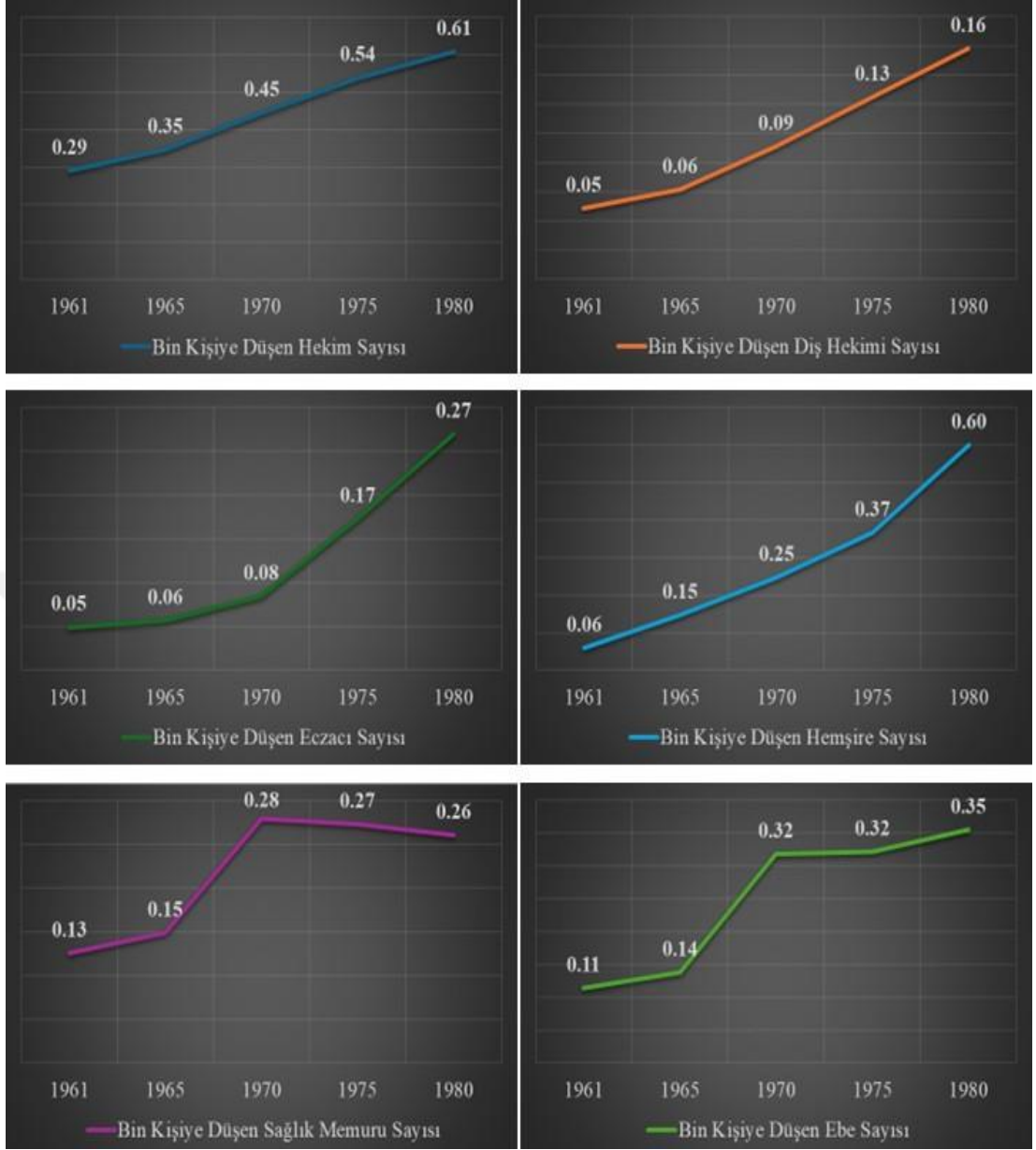
GÖSTERGE	1961	1965	1970	1975	1980
Kurum Sayısı	600	626	743	798	827
Yatak Sayısı	47,537	55,451	71,486	81,261	86,367
Hekim Sayısı	8,214	10,895	15,856	21,714	27,241
Dış Hekimi Sayısı	1,367	1,932	3,245	5,046	7,077
Eczacı Sayısı	1,390	1,771	3,011	7,002	12,059
Hemşire Sayısı	1,658	4,592	8,796	14,806	26,880
Sağlık Memuru	3,550	4,676	9,954	11,021	11,664
Ebe Sayısı	3,219	4,339	11,321	12,975	15,880

Tablo 4.7'ye göre, 1961 ile 1980 yılları arasında Türkiye'de sağlık hizmetlerine ait fiziksel ve insan kaynağı altyapısındaki gelişmeyi sayısal olarak ortaya koymaktadır. Sağlık kurumu sayısı bu dönemde 600'den 827'ye yükselmiş; bu artış, özellikle kırsal ve yarı-kentsel alanlara yönelik sağlık altyapısının yaygınlaştırılmasını hedefleyen sosyalleştirme politikasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Yatak sayısı da aynı dönemde yaklaşık %82 artarak 86.367'ye ulaşmıştır. Hekim sayısındaki artış oldukça çarpıcıdır: 8.214'ten 27.241'e çıkan hekim sayısı, tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılması ve sağlık personeli yetiştirme kapasitesinin genişletildiğine işaret eder. Benzer şekilde, diş hekimi, eczacı, hemşire ve ebe sayılarındaki belirgin artışlar, sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi ve daha nitelikli bir yapıya dönüşmesiyle ilişkilendirilebilir. Özellikle hemşire ve ebe sayılarındaki çok hızlı artış, birinci basamak sağlık hizmetlerinin genişletilmesinde bu personelin taşıyıcı rol oynadığını göstermektedir.



Şekil 4.5: 1961-1980 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1965,1971, 1975, 1980, 1983 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.5 ve Şekil 4.6'da kullanılan hesaplamalarda 1961 yılında nüfus sayımı yapılmadığı için sağlık istatistik yıllığında kabul edilen projeksiyon nüfus dikkate alınmıştır.



Şekil 4.6: 1961-1980 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1965,1971, 1975, 1980, 1983 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.5 ve 4.6’da yer alan veriler incelendiğinde, nüfus artışıyla orantılı olarak sağlık personeli arzının nasıl değiştiğini göstermesi bakımından kritik öneme sahiptir. 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 1961’de 16,81 iken 1970’te 20,08’e çıkmış, ancak 1980’de 19,31’e gerileyerek yatak arzında durağanlaşmaya işaret etmiştir. Buna karşın, bin kişiye düşen hekim sayısı 0,29’dan 0,61’e yükselmiş ve hekim başına düşen hasta yükünün azaltıldığı anlaşılmıştır. Diğer yandan, hemşire ve ebe sayılarındaki artış, kırsal alanlara yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini destekleyen önemli bir gelişmedir. Özellikle bin kişiye düşen hemşire sayısının 0,06’dan 0,60’a ulaşması,

kadın sağlık personelinin sistemdeki ağırlığının ciddi biçimde arttığını ortaya koyar. Eczacı ve diş hekim oranlarında da belirgin artışlar görölse de bu oranlar hâlâ oldukça düşüktür ve kentsel bölgelerde yoğunlaşan sağlık hizmetlerine işaret etmektedir. Sağlık memuru sayısında ise diğer meslek gruplarına kıyasla sınırlı bir artış yaşanmış, bu durum sağlık hizmetlerinin uzmanlaşma yönünde geliştiğini düşündürmektedir.

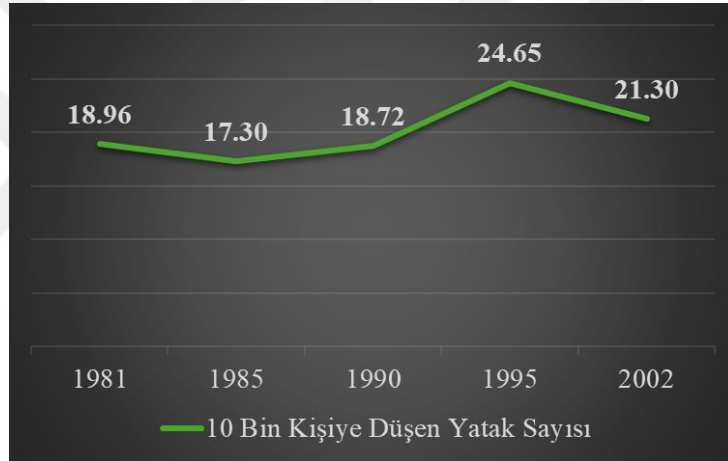
4.2.1.4. 1981-2002 Dönemi

Reform arayışları ve neoliberal etkilerle şekillenen bu dönemde, sağlık altyapısında genişleme ve insan gücünde artış gözlenmiştir. 1981–2002 yılları arasında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısal kapasitesini ortaya koyan Tablo 4.8, bu dönemde sağlık altyapısının ve insan kaynağının nicel olarak kayda değer biçimde geliştiğini göstermektedir. 1981 yılında 831 olan sağlık kurumu sayısı, 2002 yılına gelindiğinde 1.156’ya yükselmiştir. Kurum sayısında özellikle 1990 sonrası dönemdeki artış, sağlık sektörüne yönelik kamu yatırımlarının arttığını ve sağlık hizmetlerinin bölgesel ölçekte yaygınlaştırılmaya çalışıldığını göstermektedir. Yatak sayısı ise 1981’de 86.433 iken 1995’te 151.972’ye ulaşmış, bu da yaklaşık yüzde 76’lık bir artış anlamına gelmektedir. Ancak 2002 yılında yatak sayısında hafif bir düşüş yaşanarak 146.122’ye gerilemiştir; bu durum, 1990’ların ikinci yarısından itibaren başlatılan sağlık reformları ve sağlık sisteminin daha verimli hale getirilmesi amacıyla yapılan yeniden yapılandırma çabalarıyla ilişkilendirilebilir.

Tablo 4.8: 1981-2002 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997,2003 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

GÖSTERGE	1981	1985	1990	1995	2002
Kurum Sayısı	831	686	857	1,051	1,156
Yatak Sayısı	86,433	87,649	105,710	151,972	146,122
Hekim Sayısı	28,411	36,427	50,639	69,349	95,190
Diş Hekimi Sayısı	6,790	8,305	10,514	11,717	17,108
Eczacı Sayısı	11,610	11,602	15,792	19,090	22,322
Hemşire Sayısı	29,459	30,854	44,984	64,243	79,059
Sağlık Memuru	12,226	10,525	21,547	39,342	49,324
Ebe Sayısı	13,890	17,987	30,415	39,551	41,513

Aynı tabloda yer alan personel verileri, sağlık insan gúcündeki büyümeyi açıkça yansıtmaktadır. 1981 yılında 28.411 olan hekim sayısı 2002’de 95.190’a çıkarak bu dönemde üç kattan fazla artmıştır. Diş hekimi ve eczacı sayılarında da benzer bir yükseliş gözlenmektedir; diş hekimi sayısı 6.790’dan 17.108’e, eczacı sayısı ise 11.610’dan 22.322’ye ulaşmıştır. Hemşire sayısındaki artış özellikle dikkat çekicidir: 1981’de 29.459 olan hemşire sayısı 2002’de 79.059’a çıkarak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve kapsayıcılığını artıracak bir kapasite genişlemesine işaret etmektedir. Ayrıca ebe ve sağlık memuru sayılarındaki artışlar da birinci basamak sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere yaygınlaştırılmasında etkili olmuştur. 2002 yılında 49.324 sağlık memuru ve 41.513 ebe ile bu personelin toplum sağlığı açısından kritik rolleri güçlendirilmiştir.

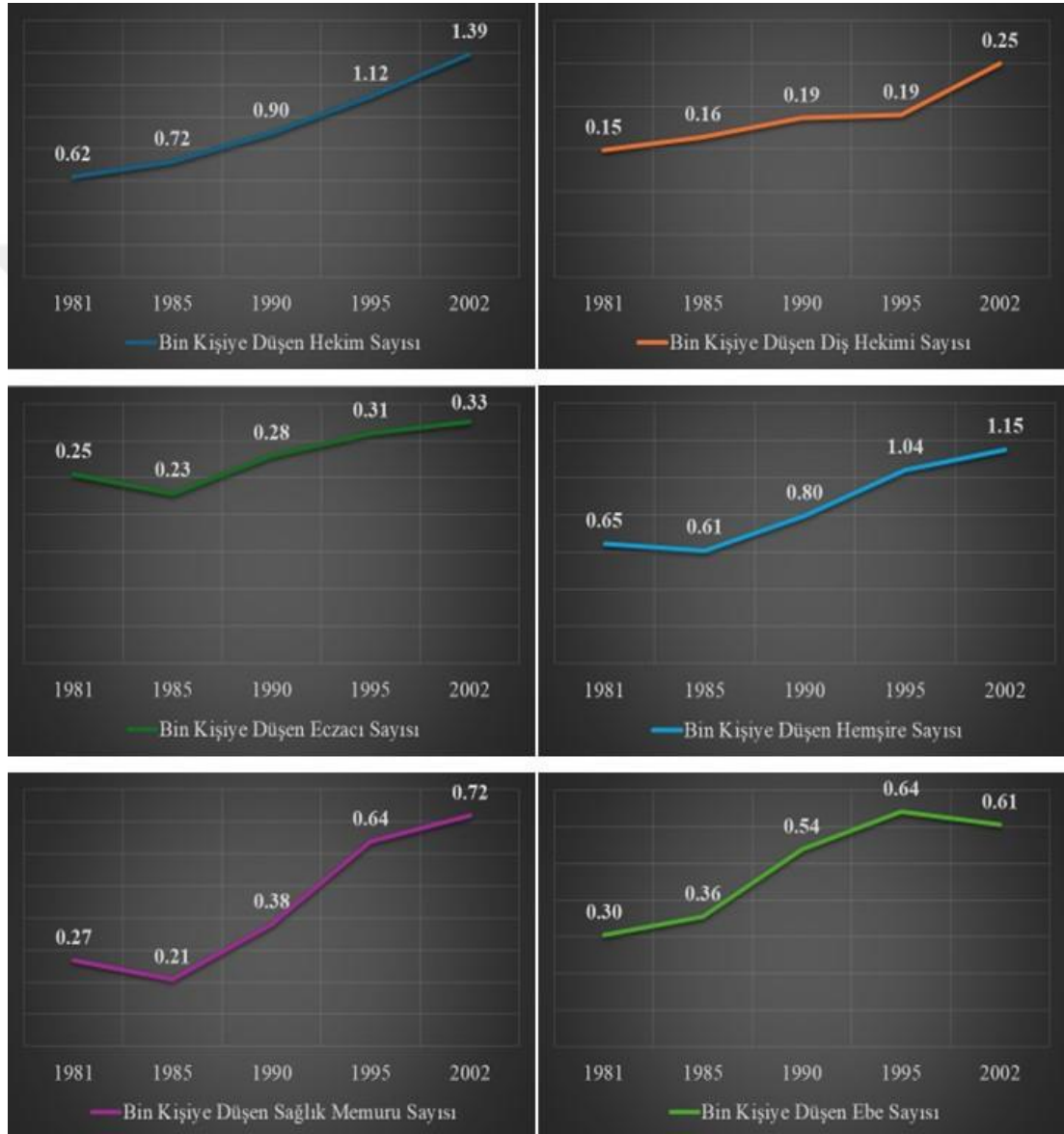


Şekil 4.7: 1981-2002 Yılları Arasında 10 Bin Kişie Düşen Yatak Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997,2003 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.7’de yer alan veriler incelendiğinde; 10 bin kişie düşen yatak sayısının 1995’te zirveye ulaştıktan sonra 2002’de düşüş göstermesi, nicel artıştan ziyade nitel verimliliğin önceliklendiğı bir döneme geçildiğini göstermektedir. Özellikle 1990’lı yıllarda gündeme gelen sağlık reformu çalışmaları ve 1992–1993 Ulusal Sağlık Kongrelerinde vurgulanan stratejiler kapsamında, hastane yataklarının verimli kullanımı, gereksiz yatışların önlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda, aile hekimliğı uygulamalarının hazırlık çalışmaları, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hastanelerin işletme verimliliğine dayalı yönetim modeline geçiş çabaları, yatak başına düşen hasta sayısını dengelemeyi ve tedavi sürelerini kısaltmayı amaçlamıştır. Dolayısıyla, yatak

sayısındaki bu görece düşüş, hizmet sunumundaki etkinliğin ve erişimin azaldığını değil, sağlık sisteminin daha planlı ve dengeli bir yapıya kavuştuğunu işaret edebilir.

Şekil 4.7 ve Şekil 4.8’de kullanılan hesaplamalarda 1981,1995 ve 2002 yıllarında nüfus sayımı yapılmadığı için sağlık istatistik yıllığında kabul edilen projeksiyon nüfus dikkate alınmıştır.



Şekil 4.8: 1981-2002 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997,2003 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.8’de yer alan verilerde, hekim yoğunluğunun sürekli artış göstermiş; 1981’de bin kişiye 0.62 hekim düşerken, bu oran 2002’de 1.39’a ulaşmıştır. Diş hekimi ve

eczacı yoğunluklarında da düzenli artışlar gözlemlenmiş; özellikle eczacı oranının 2002 yılında 0.33'e ulaşması, ilaç erişimi açısından önemli bir göstergedir.

Hemşire, ebe ve sağlık memuru sayılarındaki artışlar da dikkat çekicidir. Bin kişiye düşen hemşire oranı 1981'de 0.65 iken, 2002'de 1.15'e yükselmiş; bu da sağlık hizmetlerinde destekleyici personelin nicel kapasitesinin önemli ölçüde geliştiğini ortaya koymaktadır. Ebe oranı da aynı dönemde 0.30'dan 0.61'e çıkmıştır. Sağlık memuru oranı ise 0.27'den 0.72'ye yükselmiş; bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve temel sağlık izlemlerinin yaygınlaştırılması açısından olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Bu göstergeler, sağlık hizmetlerinin yalnızca şehir merkezlerinde değil, kırsal ve yarı-kentsel alanlarda da daha erişilebilir hale geldiğini göstermektedir. Özellikle 1990'lı yıllardaki reform çabaları ve ulusal sağlık politikası belgeleri, bu nicel gelişmelerin kurumsal ve planlı bir çerçevede gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır.

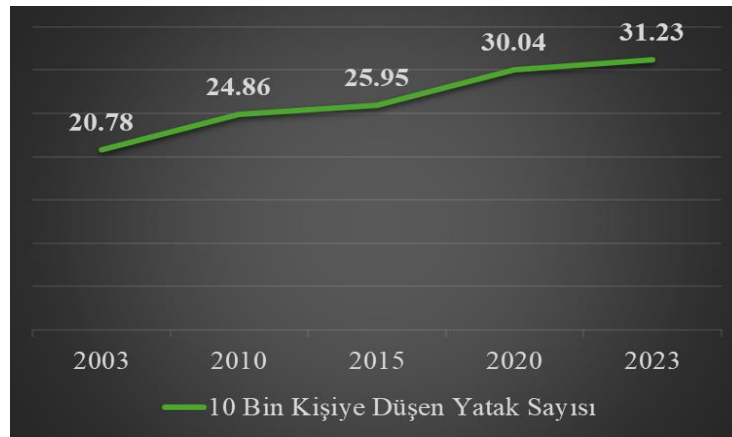
4.2.1.5. 2003 Sonrası Dönem

2003–2023 dönemine ilişkin temel sağlık göstergeleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Türkiye sağlık sisteminde gerçekleştirilen köklü yapısal dönüşümün nicel yansımalarını ortaya koymaktadır. Tablo 4.9'da görüldüğü üzere, sağlık kurumlarının sayısı 2003'te 1.172 iken, 2023'te 1.566'ya ulaşmıştır. Yatak sayısı 20 yılda yaklaşık %81 artarak 147.307'den 266.594'e çıkmıştır. Bu artış, şehir hastaneleri gibi büyük ölçekli yatırımların devreye alınmasını yansıtmaktadır. Hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli sayılarındaki artış da dikkat çekicidir. Hekim sayısı 2003'te 97.763 iken 2023'te 204.223'e ulaşmış; hemşire sayısı ise üç katına çıkarak 248.287 olmuştur. Bu gelişmeler, insan gücü kapasitesinin sistematik şekilde artırıldığını ve personel eksikliğine yönelik ciddi bir planlamanın yürütüldüğünü göstermektedir. Özellikle ebe ve sağlık memuru sayılarında görülen yükseliş, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedefine paralel bir gelişmedir.

Tablo 4.9: 2003-2023 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

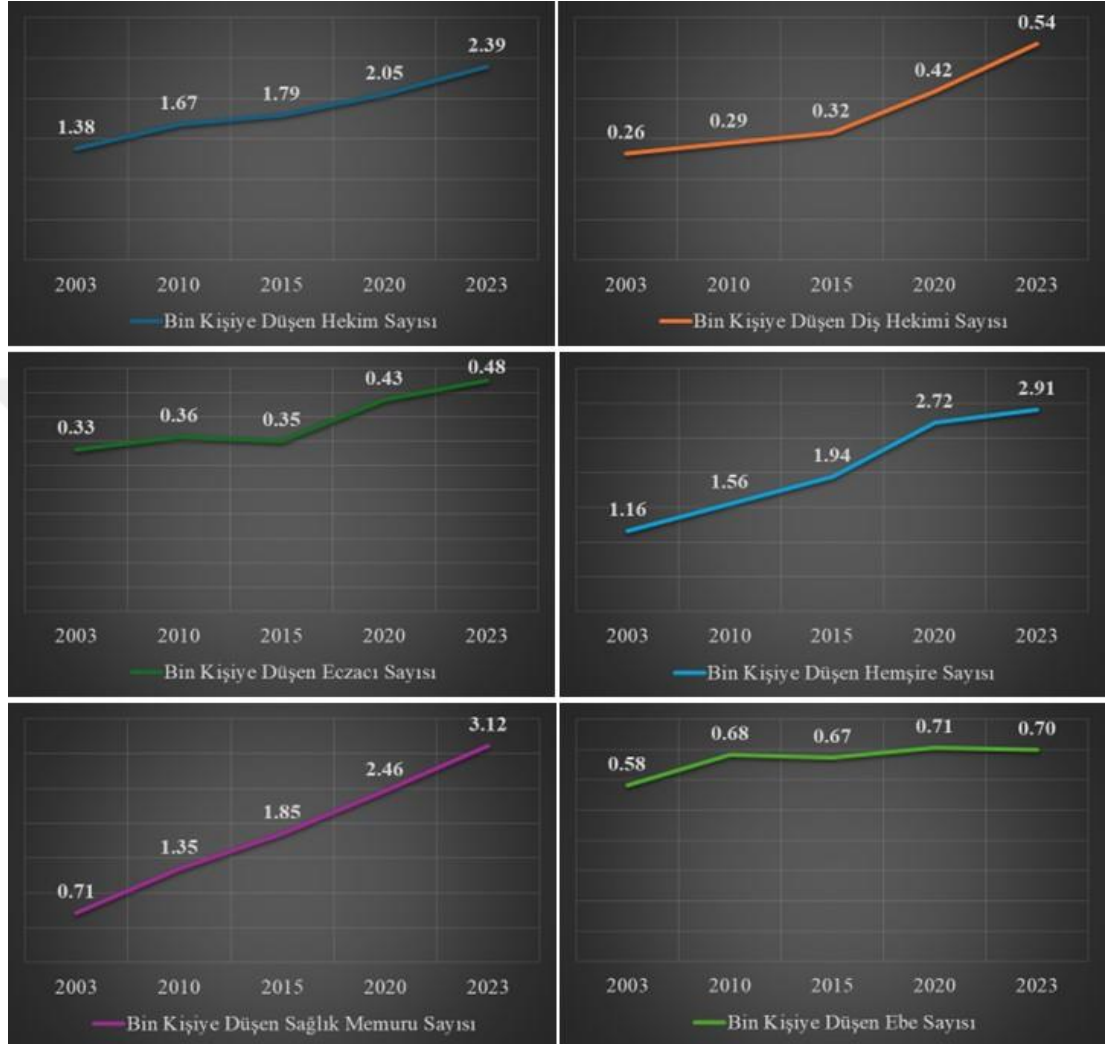
GÖSTERGE	2003	2010	2015	2020	2023
Kurum Sayısı	1,172	1,439	1,533	1,534	1,566
Yatak Sayısı	147,307	183,244	204,337	251,182	266,594
Hekim Sayısı	97,763	123,447	141,259	171,259	204,223
Diş Hekimi Sayısı	18,703	21,432	24,834	34,830	45,718
Eczacı Sayısı	23,632	26,506	27,530	36,364	40,610
Hemşire Sayısı	82,246	114,772	152,803	227,292	248,287
Sağlık Memuru	50,432	99,302	145,943	206,103	266,217
Ebe Sayısı	41,273	50,343	53,086	59,040	59,750

2003’te 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 20.78 iken 2023’te 31.23’e yükselmiş olması, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin fiziki altyapısında kayda değer bir genişleme yaşandığını ortaya koymaktadır. Bu artış, şehir hastaneleri ve bölge hastaneleri gibi büyük ölçekli yatırımların hayata geçirilmesinin yanı sıra, kamu-özel ortaklığı modelleriyle yeni tesislerin hizmete alınmasının doğrudan sonucudur. Aynı zamanda, yataklı tedavi hizmetlerinin hem coğrafi erişilebilirlik hem de kapasite açısından daha yaygın ve etkili hale getirildiği anlaşılmaktadır. Bu durum, özellikle hasta yoğunluğu yüksek bölgelerde sağlık hizmetlerine erişim sürelerinin kısalması ve tedavi süreçlerinin daha planlı yürütülmesi açısından önemli bir gelişmedir.



Şekil 4.9: 2003-2023 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.9 ve Şekil 4.10’da kullanılan hesaplamalarda 2003 yılında nüfus sayımı yapılmadığı için sağlık istatistik yıllığında kabul edilen projeksiyon nüfus dikkate alınmıştır.



Şekil 4.10: 2003-2023 Yılları Arasında Bin Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.10’da yer alan bin kişiye düşen sağlık personeli oranları, hizmet sunum kapasitesinin nüfusa oranla nasıl değiştiğini ortaya koymaktadır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 1.38’den 2.39’a, hemşire sayısı ise 1.16’dan 2.91’e çıkmıştır. Bu oranlar, sadece personel sayısındaki artışı değil, aynı zamanda nüfusa orantılı olarak hizmet kapasitesinde yaşanan olumlu gelişimi de işaret etmektedir. Diş hekimi, eczacı ve ebe oranlarındaki düzenli yükseliş de ağız-diş sağlığı, ilaç erişimi ve kadın sağlığı hizmetlerinde daha dengeli bir dağılımın sağlandığını göstermektedir.

4.2.1.6. Değerlendirme

Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik performans göstergeleri, beş ayrı dönem üzerinden incelendiğinde dikkat çeken çok boyutlu gelişim eğilimleri ortaya çıkmaktadır. Dönemlere ait temel sağlık göstergeleri verileri Tablo 4.10'da sunulmaktadır.

Tablo 4.10: 1923-2023 Yılları Arasında Türkiye’de Temel Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGE	1923-1945	1946-1960	1961-1980	1981-2002	2003 Sonrası
Kurum Sayısı	167,80	347,50	723,45	918,91	1.431,29
Yatak Sayısı	12.277,80	28.825,75	70.182,30	117.238,77	200.706,90
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	7,28	12,10	19,31	20,11	25,74
Hekim Sayısı	1.926,80	6.921,00	16.944,40	57.134,95	137.752,10
Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	0,11	0,30	0,46	0,96	1,76
Diş Hekimi Sayısı	0,00	870,00	3.732,05	11.042,09	26.086,38
Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	0,00	0,04	0,10	0,19	0,33
Eczacı Sayısı	113,20	727,00	4.881,95	16.803,86	28.686,38
Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	0,01	0,03	0,12	0,29	0,37
Hemşire Sayısı	269,00	1.268,75	11.098,80	50.560,59	147.013,10
Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	0,02	0,05	0,29	0,85	1,86
Sağlık Memuru	1.263,60	3.366,75	8.427,45	26.741,55	135.754,62
Bin Kişiye Düşen Sağlık Memuru Sayısı	0,08	0,15	0,23	0,44	1,71
Ebe Sayısı	481,80	1.804,50	10.034,35	30.288,95	51.745,05
Bin Kişiye Düşen Ebe Sayısı	0,03	0,08	0,26	0,51	0,67
* Dönem içerisinde yer alan verilerin aritmetik ortalaması alınmıştır.					

1923-1945 dönemi; Cumhuriyetin ilk yıllarını kapsayan bu dönemde sağlık kurumlarının sayısı ortalama 168 düzeyinde olup oldukça sınırlıdır. Yatak sayısı 12.278, on bin kişiye düşen yatak sayısı ise yalnızca 7,28’dir. Hekim, diş hekimi, hemşire ve ebe sayılarında da ciddi bir yetersizlik söz konusudur. Bin kişiye düşen hekim sayısı 0,11; hemşire sayısı ise yalnızca 0,02 düzeyindedir. Diş hekimliği mesleğinin kurumsallaşmamış olması nedeniyle diş hekimi sayısı sıfırdır. Bu

göstergeler, dönemin sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak koruyucu sağlık anlayışına dayandığını, tedavi edici hizmetlerin ise büyük ölçüde sınırlı kaynaklarla yürütüldüğünü ortaya koymaktadır.

1946-1960 dönemi; İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, sağlık altyapısında belirgin bir artış gözlenmiştir. Kurum sayısı yaklaşık iki katına çıkarak 348'e ulaşmış, yatak sayısı 28.826'ya yükselmiştir. On bin kişiye düşen yatak sayısı 12,1'e çıkmış, bin kişiye düşen hekim sayısı 0,30 düzeyine gelmiştir. İlk kez diş hekimliği hizmetleri yaygınlaşmış ve bin kişiye düşen diş hekimi sayısı 0,04'e ulaşmıştır. Bu gelişmeler, dönemin sağlık planlaması ve kalkınma programlarının etkisiyle altyapı kapasitesinin artırıldığını göstermektedir. Ancak hekim, hemşire ve ebe gibi insan gücü göstergeleri bakımından hâlâ yetersizlik devam etmiştir.

1961-1980 dönemi; planlı kalkınma anlayışının benimsenmesiyle sağlık hizmetlerinde dikkate değer bir genişleme yaşanmıştır. Kurum sayısı 723'e, yatak sayısı 70.182'ye ulaşmış; on bin kişiye düşen yatak sayısı 19,31'e çıkmıştır. İnsan gücü göstergelerinde de belirgin bir iyileşme söz konusudur: bin kişiye düşen hekim sayısı 0,46'ya, hemşire sayısı 0,29'a, ebe sayısı ise 0,26'ya yükselmiştir. Bu gelişmeler, planlı dönemde sağlık insan gücünün yetiştirilmesine ve bölgesel dengesizliklerin giderilmesine yönelik politikaların etkisini ortaya koymaktadır.

1981-2002 dönemi; 1980 sonrası dönemde sağlık altyapısında ve insan gücünde belirgin bir büyüme kaydedilmiştir. Kurum sayısı ortalama 919'a çıkmış, yatak sayısı 117.239'a ulaşmıştır. On bin kişiye düşen yatak sayısı önceki döneme göre sınırlı bir artışla 20,11 olarak gerçekleşmiştir. Bin kişiye düşen hekim sayısı 0,96'ya, hemşire sayısı 0,85'e yükselmiştir. Sağlık memuru ve ebe sayısındaki artış da dikkat çekicidir. Bu dönemde sosyal güvenlik kurumlarının parçalı yapısı ve mali kısıtlar nedeniyle kaynakların verimli kullanımında sorunlar yaşanmış, artan kapasiteye rağmen hizmete erişimde bölgesel eşitsizlikler sürmüştür.

2003 sonrası dönem; 2003 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık altyapısı ve insan gücü göstergelerinde kayda değer bir sıçrama yaşanmıştır. Kurum sayısı 1.431'e, yatak sayısı 200.707'ye ulaşmış; on bin kişiye düşen yatak sayısı 25,74'e yükselmiştir. Bin kişiye düşen hekim sayısı 1,76'ya, hemşire sayısı 1,86'ya çıkmıştır. Diş hekimi, eczacı ve ebe göstergelerinde de önemli artışlar kaydedilmiştir. Özellikle sağlık memuru sayısındaki yükseliş dikkat çekmektedir. Bu gelişmeler,

hizmet sunum kapasitesinin genişlediğini ve kişi başına düşen sağlık insan gücü göstergelerinin tarihi zirveye ulaştığını göstermektedir.

Beş ayrı dönem üzerinden değerlendirilen sağlık politikaları kapsamında, sağlık personeli sayısı, sağlık kurumlarının mekânsal dağılımı, yatak kapasitesi ve bütçe oranları gibi göstergelerde sürekli artış gözlenmiştir. Özellikle 2002 sonrasında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, genel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, kamu-özel iş birliği modelleriyle şehir hastanelerinin inşası ve aile hekimliği uygulamaları gibi reformlarla sağlık hizmetlerinin kurumsal ve yapısal altyapısını yeniden şekillendirmiştir. Bu reformlar, yalnızca hizmet kapasitesini artırmakla kalmamış; aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırarak bölgesel eşitsizliklerin azaltılmasına katkı sağlamıştır.

4.2.2. Türkiye Sağlık Göstergelerinin Uluslararası Karşılaştırılması

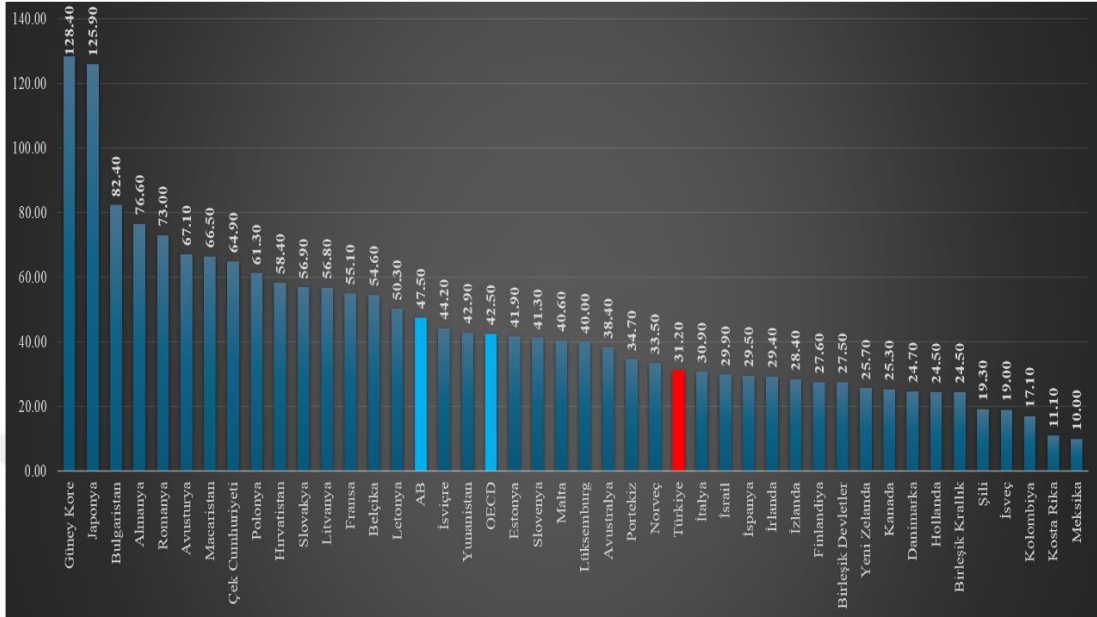
Sağlık sistemlerinin kapasitesini ve işleyiş düzeyini değerlendirmede kullanılan performans göstergeleri, yalnızca zaman içindeki ulusal eğilimleri değil, aynı zamanda diğer ülkelerle yapılan karşılaştırmaları da kapsayacak şekilde çok boyutlu analizler yapılmasına olanak tanır. Bu bölümde, Türkiye’nin fiziksel kapasitesini yansıtan yatak sayısı ile insan gücü kapasitesine ilişkin hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve eczacı sayıları gibi temel göstergeler, güncel (2023) veriler temelinde başta OECD ve DSÖ üye ülkeleri olmak üzere uluslararası örneklerle karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır.

4.2.2.1. Türkiye Fiziksel Kapasite Verisinin Karşılaştırılması

10 bin nüfusa düşen yatak sayısı, bir bölgede 10.000 kişilik nüfus başına düşen hastane yatak kapasitesini ifade eden önemli bir sağlık göstergesidir. Bu gösterge hem kamuya ait hem de özel hastanelerde sunulan yatarak tedavi hizmetlerine ilişkin fiziki kapasiteyi yansıtırken, aynı zamanda sağlık sisteminin hizmet sunum yeterliliğini, erişilebilirliğini ve altyapı düzeyini karşılaştırmalı olarak değerlendirmeye olanak tanımaktadır.

Şekil 4.11’de yer alan veriler incelendiğinde; Türkiye’nin genel sağlık altyapısında yatak kapasitesi bakımından hem OECD ülkeleri ortalamasının (42.5) hem de AB ortalamasının (47.5) oldukça altında olduğu görülmektedir. Türkiye’de 10 bin kişiye düşen yatak sayısı 31.2 olup, bu oran Japonya (125.9) ve Güney Kore (128.4) gibi

ülkelerin dörtte biri kadardır. Bu durum, Türkiye'nin sağlık sisteminde hâlen kapasite artırımı gereksinimi olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.11:10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

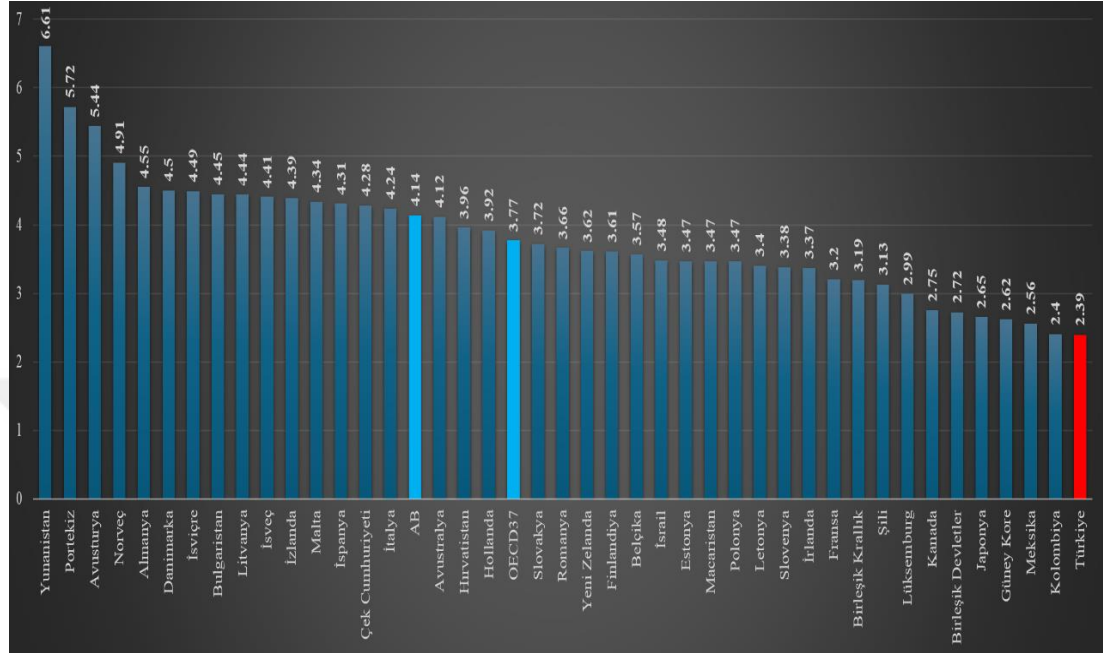
4.2.2.2. Türkiye İnsan Gücü Verilerinin Karşılaştırılması

Sağlık sistemlerinin etkinliği yalnızca altyapı ve teknoloji ile değil, aynı zamanda hizmeti sunan insan gücünün niceliksel yeterliliğiyle de doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda, sağlık personelinin sayısal dağılımı; ulusal sağlık politikalarının şekillendirilmesinde temel belirleyicilerden biridir. Bu kısımda, Türkiye'nin sağlık alanındaki insan kaynağı kapasitesi; hekim, diş hekimi, eczacı ve hemşire-ebe sayıları üzerinden hem ulusal düzeyde hem de diğer ülkelerle karşılaştırmalı olarak ele alınmaktadır.

4.2.2.2.1. Bin Nüfusa Düşen Hekim Sayısı

Bin nüfusa düşen hekim sayısı, bir ülkede ya da bölgede 1.000 kişi başına düşen aktif hekim sayısını ifade eden temel bir sağlık göstergesidir. Bu oran, sağlık hizmetlerine insan gücüyle erişimin düzeyini ve sağlık sisteminin kapasitesini değerlendirmede kullanılır. Hekim sayısına genel pratisyenler ve uzman hekimler dahil edilir ve toplam hekim sayısının bölge nüfusuna oranlanarak 1.000 kişi başına hesaplanmasıyla elde

edilir. Söz konusu gösterge, sağlık personelinin mekânsal dağılımını izleme, hekim açığını belirleme ve sağlık politikalarının planlanmasına yön verme açısından kritik önemdedir.



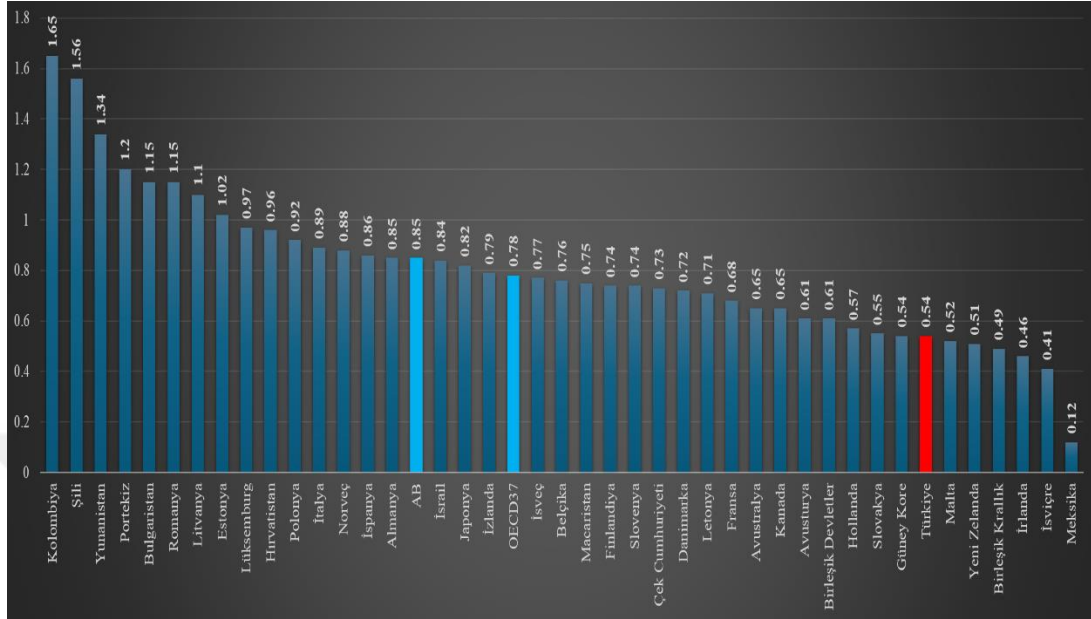
Şekil 4.12: Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.12’ye göre yapılan değerlendirmede, Türkiye genelinde bin kişiye düşen hekim sayısının 2.39 olduğu, bu değer hem OECD ortalaması olan 3.77’nin hem de Avrupa Birliği ortalaması olan 4.14’ün belirgin biçimde altında kaldığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye’nin hekim istihdamında henüz yeterli kapasiteye ulaşamadığını, özellikle yüksek nüfus yoğunluğu ve artan sağlık hizmeti talebi dikkate alındığında sağlık insan gücü planlamasında yapısal sorunların devam ettiğini göstermektedir.

4.2.2.2.2. Bin Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı

Bin nüfusa düşen diş hekimi sayısı, bir ülkede ya da bölgede 1.000 kişi başına düşen aktif diş hekimi sayısını ifade eden sağlık hizmet göstergesidir. Bu oran, toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimini değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Hesaplama, belirli bir coğrafi alandaki toplam aktif diş hekimi sayısının aynı bölgedeki nüfusa oranlanması ve bu değer 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı olarak sunulmasıyla gerçekleştirilir. Diş hekimi yoğunluğu hem mevcut hizmet kapasitesini

hem de ağız ve diş sağlığı alanındaki insan kaynağı planlamasını analiz etmek için kullanılır.



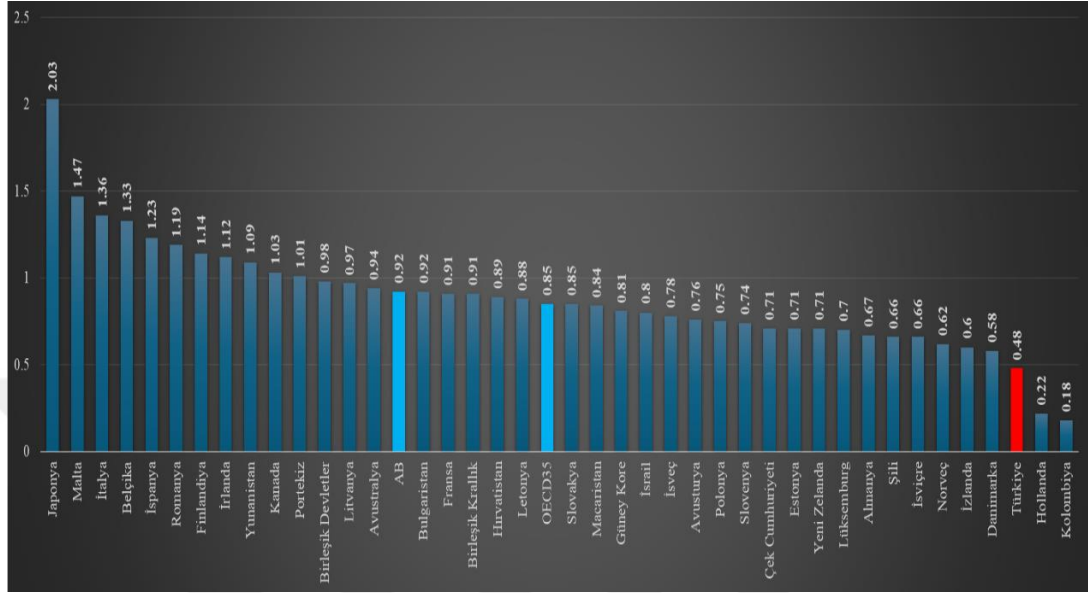
Şekil 4.13: Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.13'te yer alan veriler incelendiğinde, Kolombiya, Şili ve Yunanistan gibi ülkeler listenin üst sıralarında yer alarak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde yüksek erişim imkânı sunan sistemlere işaret etmektedir. Buna karşın Türkiye'nin ortalaması 0,54 olup OECD ortalaması olan 0,78'in ve AB ortalaması olan 0,85'in belirgin şekilde altındadır. Türkiye bu oranla diş hekimi erişimi açısından gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmakta; bu durum, diş sağlığı hizmetlerinde özellikle kamusal erişimin zayıflığını ve özel sektörün yük taşıyıcı rolünü düşündürmektedir.

4.2.2.2.3. Bin Nüfusa Düşen Eczacı Sayısı

Bin nüfusa düşen eczacı sayısı, belirli bir ülke veya bölgede 1.000 kişi başına düşen aktif eczacı sayısını ifade eden temel sağlık insan gücü göstergesidir. Bu oran, toplumun ilaç ve farmasötik hizmetlere erişimini değerlendirmek, eczacılık hizmetlerinin yeterliliğini analiz etmek ve sağlık sisteminin planlamasında kaynak tahsisini yönlendirmek amacıyla kullanılır. Hesaplama, belirli bir dönemde toplam aktif eczacı sayısının aynı dönemdeki nüfusa bölünerek 1.000 kişi başına düşen eczacı

sayısı olarak ifade edilmesiyle gerçekleştirilir. Eczacı yoğunluğu, özellikle ilaç temini, danışmanlık hizmetleri ve reçete yönetimi gibi alanlardaki hizmet kapasitesini değerlendirmede önemli bir rol oynar.



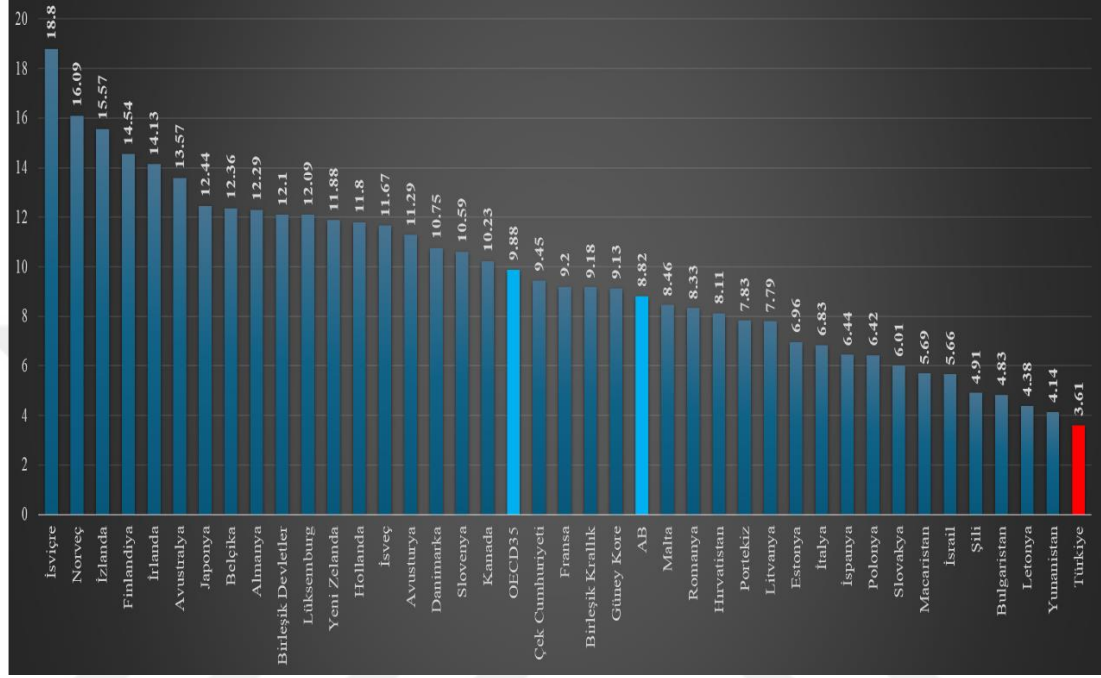
Şekil 4.14: Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Uluslararası karşılaştırmanın yapıldığı Şekil 4.14 incelendiğinde, bin kişiye düşen eczacı sayısı bakımından Türkiye'nin mevcut durumu hem OECD hem de Avrupa Birliği (AB) ortalamalarının oldukça gerisindedir. Verilen verilere göre, OECD ortalaması 0.85 ve AB ortalaması 0.92 iken Türkiye'de bu oran yalnızca 0.48 düzeyindedir. Bu da Türkiye'nin OECD ortalamasının yaklaşık %44, AB ortalamasının ise yaklaşık %48 altında kaldığını göstermektedir. Bu durum, Türkiye'nin ilaç erişimi, farmasötik danışmanlık ve koruyucu sağlık hizmetleri açısından insan kaynağı bakımından önemli bir açlıkla karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

4.2.2.2.4. Bin Nüfusa Düşen Hemşire-Ebe Sayısı

Bin nüfusa düşen hemşire-ebe sayısı, bir ülkede veya bölgede 1.000 kişi başına düşen aktif hemşire ve ebe sayısını gösteren temel sağlık personeli göstergesidir. Bu oran, bireylerin temel bakım, doğum hizmetleri ve genel sağlık izlemi gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini değerlendirmek için önemli bir ölçüttür. Sayısal

hesaplama, toplam aktif hemşire ve ebe sayısının aynı dönemdeki nüfusa oranlanmasıyla elde edilir. Bu gösterge, sağlık hizmetlerinin kapasitesini, insan gücü planlamasını, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini değerlendirmek açısından kritik öneme sahiptir.



Şekil 4.15:Bin Kişiye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Uluslararası karşılaştırmanın yapıldığı Şekil 4.15 incelendiğinde, İsviçre’de 18,8, Norveç’te 16,09, İzlanda’da 15,57, Finlandiya’da 14,54 ve İrlanda’da 14,13 olan değerler, sağlık sistemlerinin hasta başına yeterli sayıda sağlık çalışanı istihdam ettiğini ve sağlık hizmetlerinde bireysel bakımın yüksek olduğunu göstermektedir. OECD ortalaması 9,88, AB ortalaması ise 8,82 düzeyindedir. Türkiye’de ise bin kişiye düşen ebe-hemşire sayısı yalnızca 3,61 olup, bu oran gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir. Bu durum, sağlık çalışanı açığına, artan hasta yüküne ve bakım hizmetlerinin yeterliliği konusunda yaşanan zorluklara işaret etmektedir.

4.3. Ankara Sağlık Göstergeleri Analizi

Ankara özelinde sağlık altyapısı ve insan gücüne ilişkin verilerin düzenli biçimde derlenmesi 1960 sonrası döneme denk gelmektedir. Bu nedenle, analizler 1960

yılından itibaren elde edilen istatistiksel veriler temel alınarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu dönem, Türkiye'de planlı kalkınma politikalarının uygulamaya geçtiği ve sağlık yatırımlarının belirgin biçimde hızlandığı bir süreci temsil etmektedir. Bu kapsamda Ankara'nın sağlık göstergeleri üç dönem altında ele alınmıştır: 1960–1980, 1981–2002 ve 2003 sonrası. Her bir dönem, sağlık kurumlarının fiziksel kapasitesindeki değişim ile insan gücüne ilişkin göstergeler üzerinden analiz edilmiştir. Bu değerlendirmelerin ardından, Ankara'nın 2023 yılına ait güncel sağlık göstergeleri uluslararası örneklerle karşılaştırmalı olarak ele alınmış ve başkent düzeyindeki hizmet kapasitesi farklı coğrafi ölçekteki sistemlerle kıyaslanmıştır.

4.3.1. Ankara'da Sağlık Göstergelerinin Dönemsel Gelişimi (1960-Günümüz)

Bu bölümde, Ankara'daki sağlık altyapısı ve insan gücü göstergelerinin 1960 sonrası üç dönem hâlinde nasıl geliştiği analiz edilmektedir.

4.3.1.1. 1961-1980 Dönemi

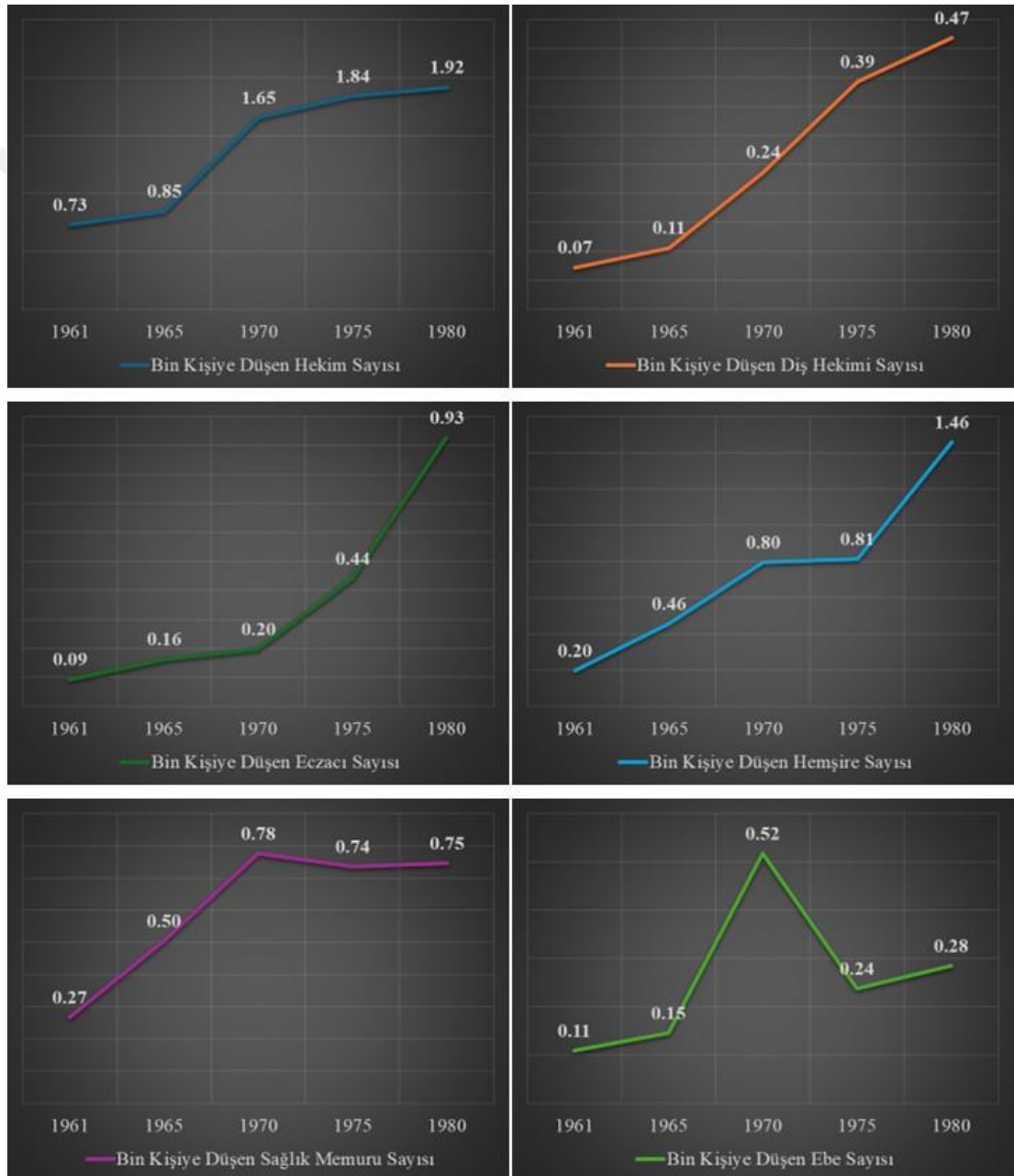
Bu dönem, Ankara'da sağlık sisteminin kurumsal olarak genişlemeye başladığı bir süreci ifade etmektedir. 1960'ların başında görece sınırlı olan sağlık altyapısı, özellikle 1970 sonrası dönemde yapılan yatırımlarla kayda değer ölçüde gelişmiş; personel sayılarında önemli artışlar yaşanmıştır.

Tablo 4.11: 1961-1980 Yılları Arasında Ankara'da Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1965, 1971, 1975, 1980, 1983 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

GÖSTERGE	1961	1965*	1970*	1975	1980
Kurum Sayısı	30	*	*	46	45
Yatak Sayısı	5,005	*	*	10,245	11,586
Hekim Sayısı	993	1,392	3,375	4,760	5,475
Diş Hekimi Sayısı	98	174	483	1,016	1,338
Eczacı Sayısı	126	267	403	1,139	2,650
Hemşire Sayısı	267	750	1,627	2,100	4,168
Sağlık Memuru	363	830	1,584	1,904	2,130
Ebe Sayısı	148	239	1,057	616	812

*1965 ve 1970 yıllarında yayımlanan veriler yalnızca Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerini kapsadığından, toplam sağlık altyapısını tam olarak yansıtmamaktadır; bu nedenle ilgili yıllara ait veriler tabloya dâhil edilmemiştir.

Tablo 4.11'e göre, 1961 yılında 30 olan sağlık kurumu sayısı 1980'de 45'e ulaşmış, yatak sayısı ise bu süreçte iki kattan fazla artarak 5.005'ten 11.586'ya yükselmiştir. Hekim, diş hekimi, eczacı ve hemşire sayılarında da özellikle 1970 sonrasında ciddi artışlar gözlemlenmiştir. Hemşire sayısı 267'den 4.168'e, eczacı sayısı 126'dan 2.650'ye çıkmıştır. Ebe sayısı ise düzensiz bir seyir izlemiş, 1970'te 1.057 iken 1975'te düşmüş, ardından yeniden yükselmiştir. Bu durum, doğrudan doğum hizmetlerine yönelik politikalarındaki değişimlerle ilişkilendirilebilir.



Şekil 4.16: Ankara'da 1961-1980 Yılları Arasında Bin Kişiye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1965,1971, 1975, 1980, 1983 ve TÜİK,2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.16 ise nüfusa oranla sağlık personeli dağılımını göstermektedir. 1961'den 1980'e kadar bin kişiye düşen hekim sayısı 0.73'ten 1.92'ye yükselmiş; benzer şekilde hemşire oranı da 0.20'den 1.46'ya çıkmıştır. Eczacı ve diş hekimi sayılarındaki artış, özellikle 1975 sonrası hız kazanmıştır.

4.3.1.2. 1981-2002 Dönemi

1980'li yıllarla birlikte Ankara'daki sağlık göstergelerinde hem fiziksel kapasite hem de insan gücü açısından belirgin bir büyüme gözlemlenmektedir. Bu süreçte sağlıkta yeniden yapılanma çabaları ve 1990'lı yıllarda hızlanan reformlar, sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını sağlamıştır.

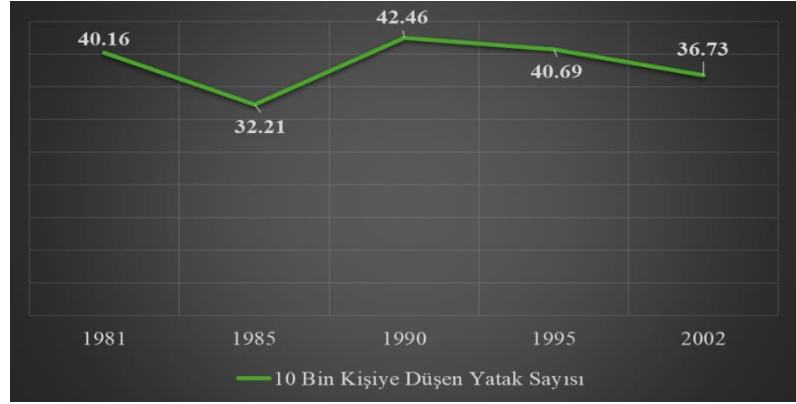
Tablo 4.12: 1981-2002 Yılları Arasında Ankara'da Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997,2003 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

GÖSTERGE	1981	1985	1990	1995	2002
Kurum Sayısı	46	43	41	47	60
Yatak Sayısı	11,693	11,930	13,743	14,342	15,208
Hekim Sayısı	5,835	6,498	7,464	10,702	11,891
Diş Hekimi Sayısı	1,277	1,652	1,380	1,317	2,359
Eczacı Sayısı	2,552	1,099	1,646	2,128	2,466
Hemşire Sayısı	4,358	4,029	5,390	7,186	8,463
Sağlık Memuru	2,077	1,279	2,468	3,673	5,073
Ebe Sayısı	657	812	1,704	2,154	2,580

Tablo 4.12'de yer alan veriler incelendiğinde; 1981–2002 yılları arasında Ankara'daki sağlık altyapısında ve sağlık personeli dağılımında gözle görülür bir gelişim yaşanmıştır. Sağlık kurumu sayısı bu dönemde 46'dan 60'a çıkarak kurumsal kapasitenin genişlediğini göstermiştir. Özellikle 1990 sonrası dönemde açılan yeni sağlık tesisleri, sağlık hizmetlerine erişimin hem kent merkezinde hem de çevre ilçelerde yaygınlaşmasını sağlamıştır. Yatak sayısında da benzer bir artış izlenmiştir; 1981'de 11.693 olan toplam yatak sayısı, 2002 itibarıyla 15.208'e ulaşmıştır. Bu durum, yeni hastanelerin hizmete girmesiyle paralel şekilde yatak kapasitesinin artırıldığını ortaya koymaktadır.

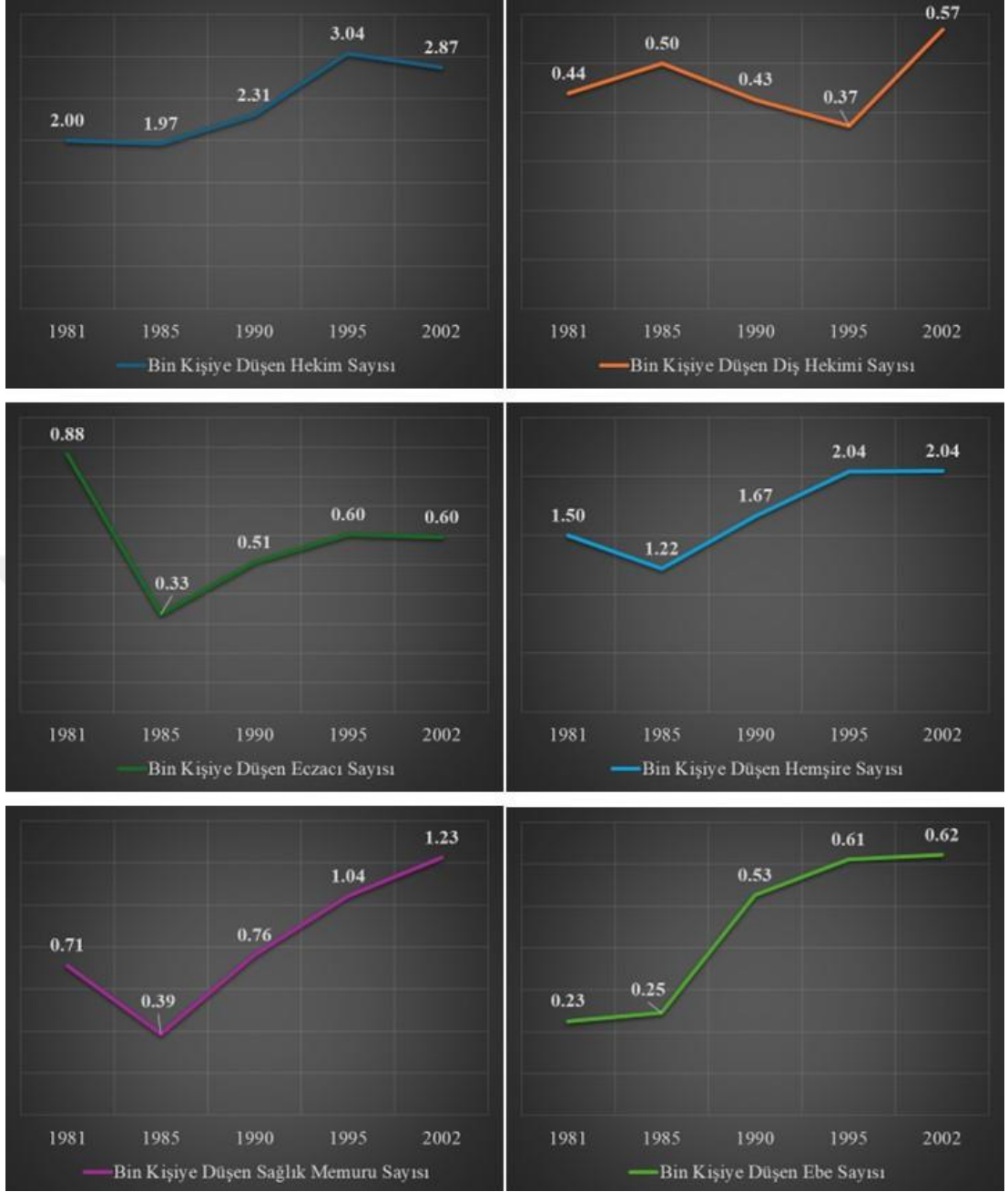
Sağlık personeli sayıları incelendiğinde, hekim, hemşire, sağlık memuru ve ebe gibi temel kadrolarda belirgin bir artış söz konusudur. Hekim sayısı 1981'de 5.835 iken, 2002'de 11.891'e yükselmiş; benzer şekilde hemşire sayısı da 4.358'den 8.463'e

ulaşmıştır. Bu artışlar, 1990'lı yıllarda sağlık personeli yetiştirme kapasitesinin artırılması ve mevcut kadroların dağılımında yaşanan iyileşmelerle ilişkilendirilebilir.



Şekil 4.17: Ankara’da 1981-2002 Yılları Arasında 10 Bin Kişiyeye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997, 2003 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.17’ye göre 1990 yılında 10 bin kişiye düşen yatak sayısının 42.46 ile zirve yapmasının ardından bu oranın 1995’te 40.69’a ve 2002’de 36.73’e gerilemesi, mutlak yatak sayısında artış olmasına rağmen nüfus artış hızının daha yüksek olduğunu ve sağlık altyapısının bu artışı karşılamada yeterince hızlı genişlemediğini ortaya koymaktadır.



Şekil 4.18: Ankara’da 1981-2002 Yılları Arasında Bin Kişiyeye Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1983, 1988; Sağlık Bakanlığı 1997,2003 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.18’de yer alan veriler incelendiğinde; bin kişiye düşen hekim, hemşire ve sağlık memuru oranlarında ise genel olarak artış eğilimi gözlenmektedir. Hekim oranı 1981’de 2.00 iken, 1995’te 3.04 ile en yüksek seviyeye ulaşmış, 2002’de ise 2.87’ye düşmüştür. Hemşire ve ebe oranlarında da benzer şekilde artışlar yaşanmış; bu eğilim, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve özellikle kırsal bölgelerdeki sağlık ihtiyaçlarına yönelik politikaların güçlendirilmesiyle açıklanabilir.

4.3.1.3. 2003 Sonrası Dönem

2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen yapısal reformlar, Ankara özelinde de etkisini göstermiştir. Özellikle şehir hastanelerinin devreye girmesi, hem sağlık altyapısının genişlemesine hem de sağlık personeli sayılarında hızlı artışlara neden olmuştur.

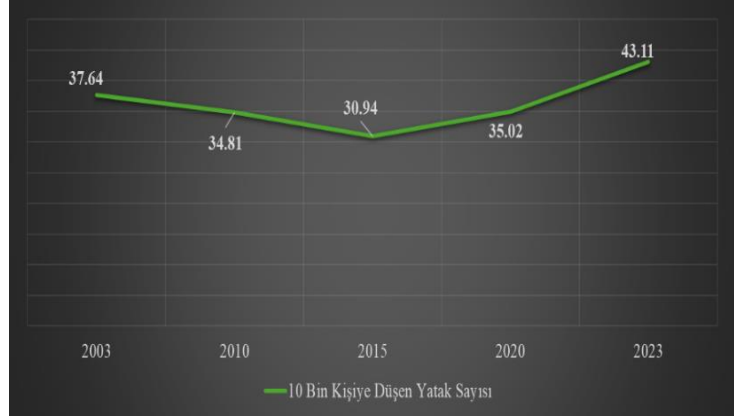
Tablo 4.13: 2003-2023 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

GÖSTERGE	2003	2010	2015	2020	2023
Kurum Sayısı	63	76	88	83	85
Yatak Sayısı	15,880	16,609	16,308	19,834	25,020
Hekim Sayısı	12,579	16,583	16,595	19,192	24,815
Diş Hekimi Sayısı	2,578	2,553	2,971	3,421	4,606
Eczacı Sayısı	2,764	3,423	2,300	2,966	3,408
Hemşire Sayısı	9,378	15,363	13,746	20,242	23,298
Sağlık Memuru	5,377	8,745	12,818	15,471	20,883
Ebe Sayısı	2,689	3,046	3,258	3,483	3,888

Tablo 4.13’teki veriler, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Ankara özelinde sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini sayısal düzeyde ortaya koymaktadır. 2003–2023 döneminde sağlık kurumlarının sayısı 63’ten 85’e çıkarken, toplam yatak kapasitesi yaklaşık %57’lik bir artışla 25.020’ye ulaşmıştır. Bu büyüme, Bilkent ve Etlik gibi şehir hastanelerinin devreye girmesiyle doğrudan ilişkilidir.

Hekim sayısı 2003’teki 12.579 düzeyinden 2023’te 24.815’e yükselmiş; bu iki katına yakın artış, Ankara’nın uzman hekim ve akademik kadrolar açısından cazibe merkezi olma özelliğini güçlendirmiştir. Hemşire ve sağlık memuru sayıları da benzer bir ivme göstermiş; hemşire sayısı %148, sağlık memuru sayısı ise %288 artış göstermiştir. Bu göstergeler, hem sağlık personeli yetiştirme kapasitesinin arttığını hem de kamu sağlık sisteminin insan kaynağı kapasitesini güçlendirdiğini göstermektedir.

Diş hekimi ve ebe sayıları da artış eğiliminde olmakla birlikte, söz konusu artış oranları diğer meslek gruplarına kıyasla daha düşüktür. Diş hekimi sayısı 2.578’den 4.606’ya, ebe sayısı ise 2.689’dan 3.888’e yükselmiştir. Ayrıca eczacı sayısındaki dalgalanmalar, özellikle 2015 yılındaki belirgin düşüş, özel sektör dinamikleri, mezun dağılımları ve düzenleyici politikaların etkisiyle ilişkilendirilebilir.



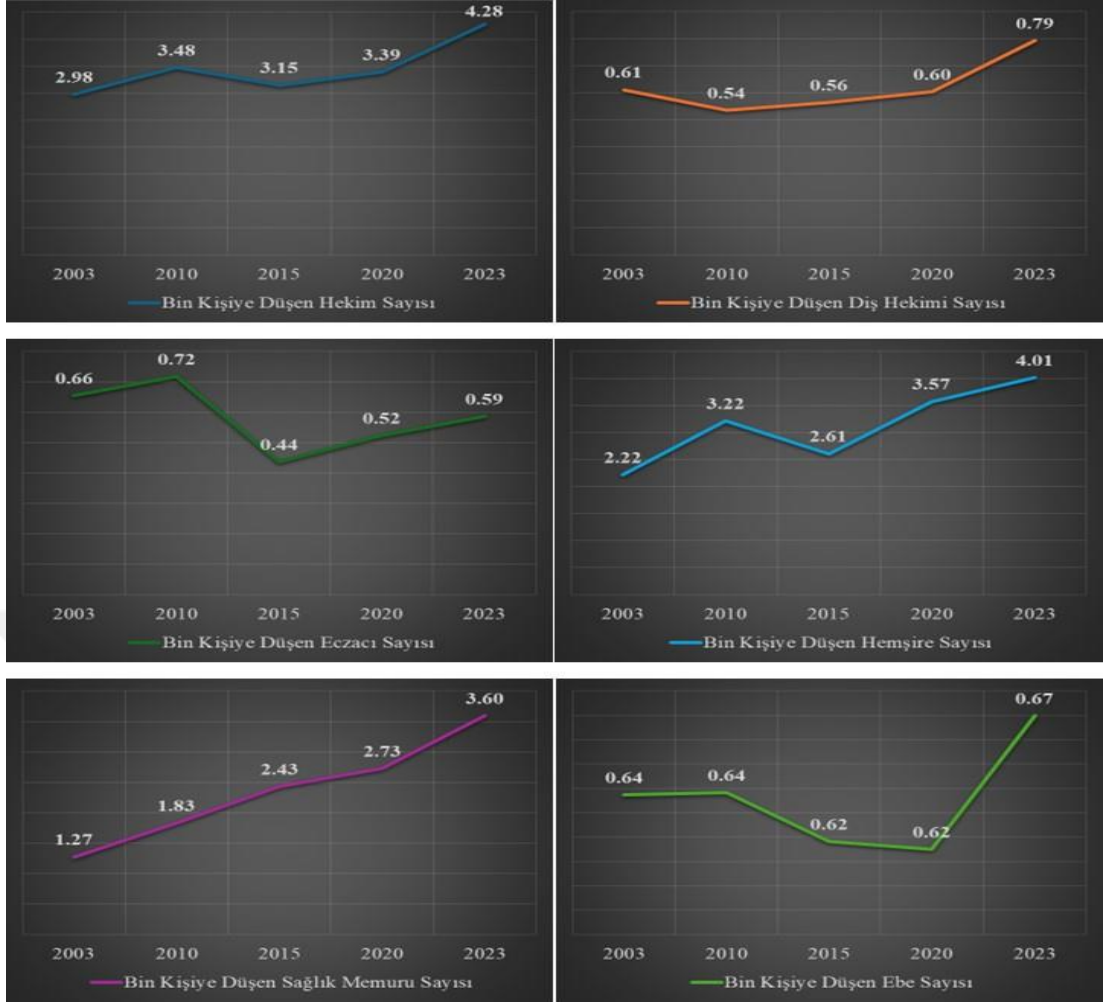
Şekil 4.19: Ankara’da 2003-2023 Yılları Arasında 10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.19’da yer alan yatak sayısının nüfusa oranla değişimi incelendiğinde, 2003’te 10 bin kişiye 37.64 yatak düşerken bu oran 2015’e kadar düşmüş, sonrasında ise özellikle 2020 ve 2023 yıllarında yeniden yükselmiştir. Bu artış, şehir hastanelerinin kapasite katkısıyla doğrudan ilişkilidir.

Şekil 4.20’de yer alan veriler incelendiğinde, Ankara’da kişi başına düşen sağlık personeli oranlarında genel bir iyileşme eğilimini ortaya koymaktadır. En çarpıcı artış, bin kişiye düşen hekim sayısında görülmektedir; bu oran 2003’te 2.98 iken, 2023’te 4.28’e yükselmiştir. Bu durum, özellikle şehir hastaneleriyle birlikte artan uzmanlaşmış hizmet ihtiyacına bağlı olarak hekim istihdamında yaşanan genişlemeyi yansıtmaktadır.

Benzer şekilde, bin kişiye düşen hemşire sayısı da 2.22’den 4.01’e çıkarak %79’luk bir artış göstermiştir. Sağlık memuru oranı ise en fazla artışı sergilemiş ve 1.27’den 3.60’a ulaşmıştır. Bu artışlar, sağlık hizmetlerinin destek personeliyle birlikte daha nitelikli ve organize biçimde sunulduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Buna karşın, bin kişiye düşen diş hekimi oranı daha yavaş bir artış göstermiş; 2003’te 0.61 olan oran, 2023’te 0.79’a ulaşmıştır. Eczacı oranı ise 2003’te 0.66 iken, 2015’te 0.44’e kadar düşmüş ve 2023’te 0.59 düzeyine ancak yaklaşabilmiştir. Ebe sayısının nüfusa oranı ise 20 yıllık süreçte hemen hemen durağan kalmıştır; 2003’te 0.64 olan bu oran, 2023’te yalnızca 0.67’ye çıkabilmiştir.



Şekil 4.20: Ankara’da 2003-2023 Yılları Arasında Bin Kişiy e Düşen Sağlık Personel Sayısı [Sağlık Bakanlığı 2004, 2011, 2016, 2022, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

4.3.1.4. Değerlendirme

Ankara’daki sağlık sisteminin 1960’tan günümüze kadarki gelişim süreci değerlendirildiğinde hem fiziksel altyapı hem de insan gücü açısından üç dönemde de artış eğiliminin sürdüğü görülmektedir. 1960–1980 döneminde temelleri atılan sağlık yatırımları, sonraki yıllarda daha sistematik hale gelmiş ve özellikle 1990’lı yıllarda birinci basamak hizmetlere yönelik kadro güçlendirmeleri ön plana çıkmıştır. 2003 sonrası ise hizmetlerin kapsamı genişlemiş, şehir hastaneleri aracılığıyla sağlık hizmet sunumu yeniden yapılandırılmıştır.

Tablo 4.14: 1961-2023 Yılları Arasında Ankara’da Temel Sağlık Göstergeleri

GÖSTERGE	1961-1980	1981-2002	2003 Sonrası
Kurum Sayısı	38,50	46,59	78,38
Yatak Sayısı	7.762,27	13.527,82	17.379,19
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	38,07	38,89	34,33
Hekim Sayısı	3.215,95	8.940,91	17.050,05
Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	1,44	2,54	3,37
Diş Hekimi Sayısı	604,14	1.690,23	2.921,76
Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı	0,26	0,48	0,57
Eczacı Sayısı	822,67	2.066,09	2.604,00
Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısı	0,33	0,60	0,52
Hemşire Sayısı	1.665,81	5.918,45	13.813,29
Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	0,73	1,68	2,68
Sağlık Memuru	1.326,24	2.999,91	11.658,76
Bin Kişiye Düşen Sağlık Memuru Sayısı	0,60	0,84	2,25
Ebe Sayısı	600,81	1.728,14	3.164,90
Bin Kişiye Düşen Ebe Sayısı	0,27	0,49	0,63
* Dönem içerisinde yer alan verilerin aritmetik ortalaması alınmıştır.			

1961-1980 Dönemi; Türkiye’de planlı kalkınma politikalarının uygulanmaya başlandığı ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik ilk kurumsal adımların atıldığı süreci yansıtmaktadır. Ortalama kurum sayısı 38,5 olup, yatak sayısı 7.762 düzeyindedir. On bin kişiye düşen yatak sayısı 38,07 olup, bu dönemdeki en yüksek altyapı göstergesidir.

Buna karşın insan gücü göstergeleri yetersiz kalmaktadır. Bin kişiye düşen hekim sayısı yalnızca 1,44; hemşire sayısı 0,73; sağlık memuru sayısı 0,60; ebe sayısı ise 0,27 olarak gerçekleşmiştir. Diş hekimi ve eczacı oranları da oldukça düşüktür. Bu tablo, sağlık sisteminin kurumsallaşma sürecinin henüz başında olduğunu, hekim merkezli ve sınırlı kapsamda yürütülen hizmetlerin insan kaynağı yetersizliği nedeniyle kapasite sorunlarıyla karşı karşıya kaldığını göstermektedir.

1981-2002 Dönemi; 1980’li yıllardan itibaren sağlık sektöründe yeniden yapılanma ve merkeziyetçi planlama anlayışı etkisini göstermiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu hastanelerinin farklı finansal yapılarla hizmet üretmesi, kaynakların verimli kullanımını sınırlandırmış olsa da niceliksel göstergelerde iyileşme eğilimi gözlenmiştir. Kurum sayısı bu dönemde 46,59’a, yatak sayısı 13.528’e çıkmış; on bin kişiye düşen yatak sayısı 38,89 ile önceki dönemin hafif üzerinde kalmıştır.

Sağlık insan gücü göstergelerinde ise dikkat çekici bir artış söz konusudur. Bin kişiye düşen hekim sayısı 2,54’e, hemşire sayısı 1,68’e ve sağlık memuru sayısı 0,84’e

yükselmiştir. Özellikle hemşire ve diş hekimi sayılarında iki kata yakın artışlar gözlenmiştir. Bu dönemde üniversitelerin ve sağlık meslek liselerinin sayısının artmasıyla insan gücü sayılarında artış görülmektedir.

2003 Sonrası dönemde; 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sistemi yapısal bir değişim sürecine girmiştir. Kurum sayısı 78,38'e, yatak sayısı 17.379'a ulaşmıştır. İlk bakışta, on bin kişiye düşen yatak sayısının 34,33'e gerilemiş olması bir kapasite azalması izlenimi yaratabilmektedir. Ancak bu düşüş, doğrudan bir gerileme olarak değil, sağlık hizmetlerinin niteliksel dönüşümünün bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu dönemde geleneksel koğuş tipi hastane yapılarından uzaklaşmış; yerine tek veya iki kişilik odalardan oluşan, hasta mahremiyeti, konforu ve enfeksiyon kontrolünü önceleyen nitelikli yataklara geçilmiştir. Bu dönüşüm, özellikle şehir hastaneleri ve yeni nesil devlet hastanelerinde yaygınlık kazanmıştır.

Dolayısıyla, yatak sayısındaki görece azalma, hizmet sunum kapasitesinin daraldığını değil; daha kaliteli ve modern sağlık hizmeti sunumuna geçildiğini göstermektedir. Bu dönüşüm aynı zamanda kişi başına düşen kapalı alan, yoğun bakım yatağı oranı ve hasta başına düşen sağlık personeli sayısı gibi daha kapsamlı kalite göstergelerinde iyileşmeye yol açmıştır.

Sağlık insan gücü açısından bakıldığında, bu dönemde önemli bir sıçrama yaşanmıştır. Bin kişiye düşen hekim sayısı 3,37'ye, hemşire sayısı 2,68'e, sağlık memuru sayısı 2,25'e, ebe sayısı ise 0,63'e çıkmıştır. Diş hekimi (0,57) ve eczacı (0,52) oranları da artmış, ancak eczacı sayısı önceki döneme göre daha sınırlı bir artış göstermiştir. Bu göstergeler, sağlık sisteminin hekim merkezli yapıdan çıkarak çok disiplinli sağlık ekiplerine yöneldiğini ve insan gücünün hizmet sunumundaki ağırlığının arttığını ortaya koymaktadır.

1961'den günümüze uzanan süreçte Türkiye sağlık sistemi, niceliksel büyümenin yanı sıra niteliksel bir dönüşüm de geçirmiştir. 1961–1980 dönemi, sağlık altyapısının yaygınlaştırılmaya başlandığı; ancak insan gücü kapasitesinin son derece sınırlı kaldığı bir başlangıç aşamasıdır. 1981–2002 döneminde hem altyapı hem de sağlık personeli göstergelerinde belirgin artışlar yaşanmış, sistemin fiziksel kapasitesi genişlemiş; fakat hizmet sunumundaki parçalı yapı ve eşitsizlikler sürmüştür. 2003 sonrası ise sağlıkta dönüşüm politikalarıyla birlikte nitelikli hizmet anlayışının ön plana çıktığı, insan gücü kapasitesinde keskin artışların yaşandığı ve geleneksel hastane yapılarının

modern sağlık tesislerine evrildiği bir dönem olmuştur. Özellikle yatak sayısındaki görece azalma, hizmet kalitesinin yükselmesiyle ilişkili yapısal bir dönüşümü yansıtmaktadır. Bu üç dönem birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye sağlık sisteminin kurumsallaşma sürecinden kapsamlı reformlara uzanan çok boyutlu bir gelişim çizgisi izlediği görülmektedir.

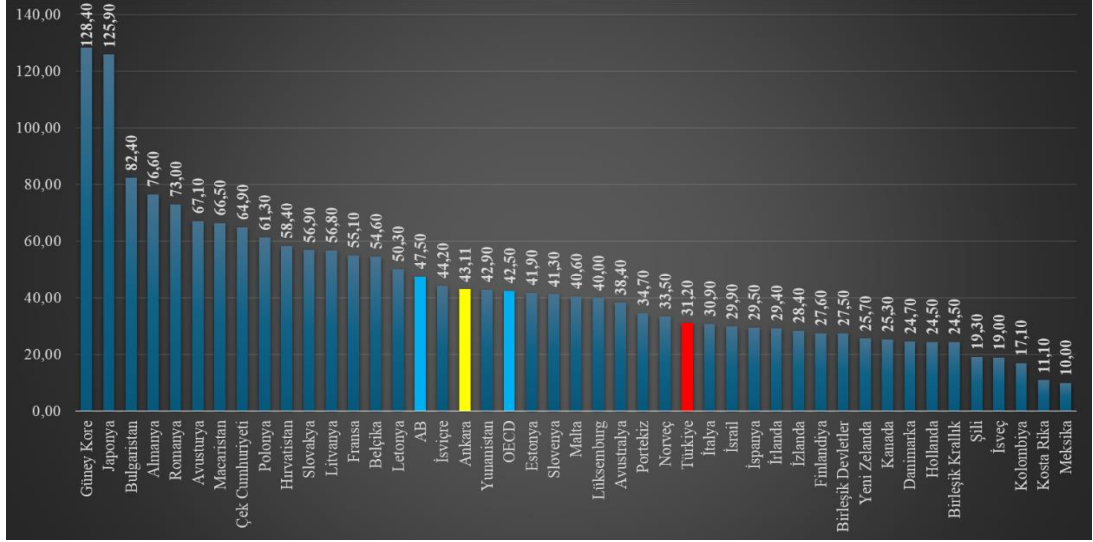
4.3.2. Ankara Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve Diğer lkeler ile Karşılaştırılması

Bu bölümde, Ankara'nın sağlık sistemi göstergeleri 2023 yılı verileri temel alınarak incelenmiştir. Değerlendirme kapsamında hem Türkiye geneliyle hem de OECD/DS üyesi ülkelerle karşılaştırmalar yapılmıştır. Ayrıca, nüfus açısından Türkiye'nin en büyük beş bykşehri (İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa ve Antalya) arasında da karşılaştırmalı bir analiz gerçekleştirilmiştir. Analiz, fiziksel kapasiteyi yansıtan yatak sayısı ile insan gücü göstergeleri (hekim, hemşire, ebe, eczacı ve diş hekimi sayıları) üzerinden yapılmış; böylece Ankara'nın sağlık sistemindeki konumu çok boyutlu bir bakış açısıyla ortaya konulmuştur.

4.3.2.1. Ankara Fiziksel Kapasite Verisinin Karşılaştırılması

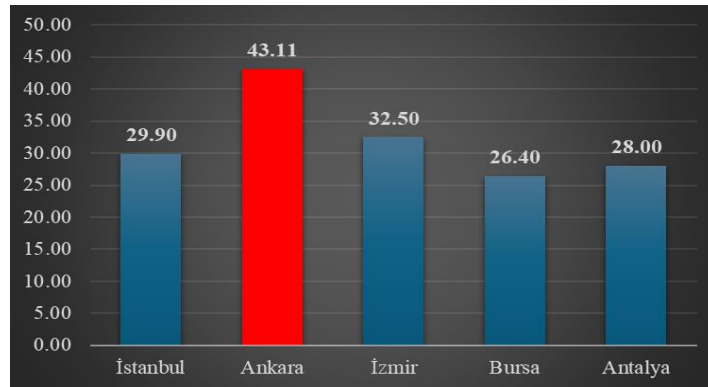
On bin kişiye düşen yatak sayısı, bir bölgede her 10.000 kişi için kaç hastane yatağı bulunduğunu gösteren önemli bir sağlık ltdr. Hem kamu hem de özel hastanelerdeki yatak kapasitesini yansıtan bu gösterge, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığını ve sistemin altyapı yeterliliğini karşılaştırmalı olarak değerlendirmeye imkân tanımaktadır.

şekil 4.21'de yer alan veriler incelendiğinde; Ankara'da 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı 43,11'dir. Bu değer, Türkiye ortalamasının (31,20) oldukça üzerinde olup, Ankara'nın sağlık hizmetleri açısından ülke genelinde ayrıcalıklı bir konuma sahip olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu oran, OECD ortalamasının (42,50) da biraz üzerinde yer almakta ve AB ortalamasına (47,50) yakın bir seviyede bulunmaktadır. Bu durum, Ankara'nın uluslararası lkte de rekabetçi bir sağlık altyapısına sahip olduğunu ortaya koymaktadır.



Şekil 4.21:Ankara’da 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Türkiye’nin nüfus açısından beş büyük şehrinin karşılaştırıldığı Şekil 4.22 incelendiğinde; Ankara 10.000 kişiye düşen 43,11 yatak sayısı ile dikkat çekmektedir. Başkent olmasının yanı sıra çok sayıda kamu, üniversite ve özel hastanenin burada konumlanması, Ankara’nın sağlık hizmetleri açısından merkezi bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Buna karşın, İstanbul gibi nüfus yoğunluğu en yüksek kentte bu oran 29,90 seviyesinde kalmakta ve ülke ortalamasının dahi altında yer almaktadır. Bu durum, İstanbul’da yatak kapasitesinin nüfus artışıyla orantılı olarak gelişmediğini ve yetersiz bir fiziksel sağlık altyapısını işaret etmektedir. İzmir 32,50 yatak ile ulusal ortalamaya daha yakın bir düzeyde konumlanırken, Bursa ve Antalya gibi diğer büyükşehirlerin yatak sayısı bakımından ortalamanın gerisinde kaldığı görülmektedir.



Şekil 4.22: Ankara’da 10.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

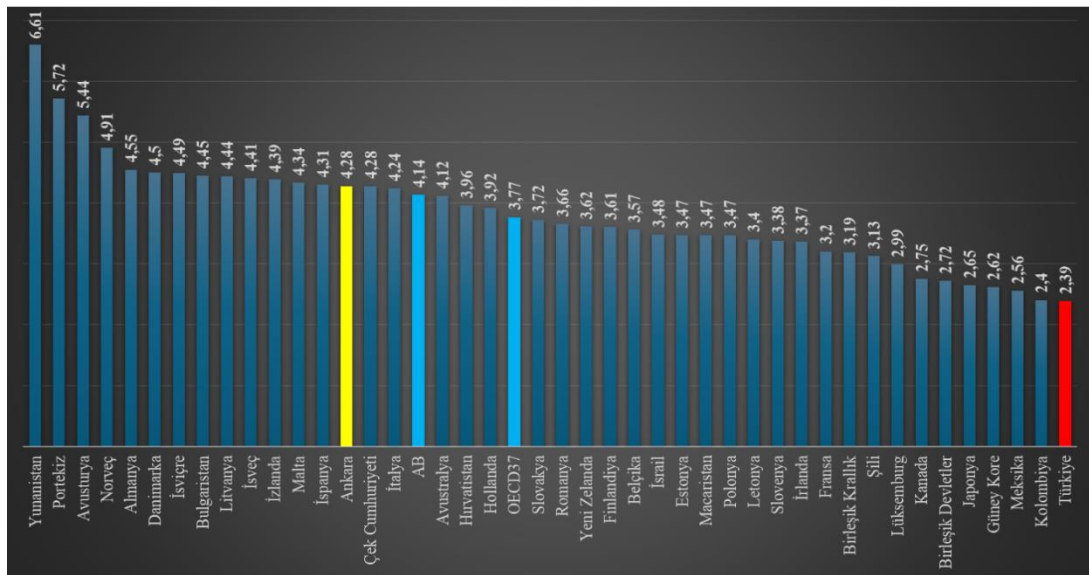
Türkiye'nin sağlık yatırımlarını yalnızca genel sayısal artış hedefiyle değil, bölgesel eşitsizlikleri dikkate alarak planlaması gerekmektedir. Ankara gibi yüksek kapasiteli merkezlerin yanı sıra, İstanbul gibi yoğun nüfuslu bölgelerde de sağlık altyapısının orantılı biçimde güçlendirilmesi önem arz etmektedir.

4.3.2.2. Ankara İnsan Gücü Verilerinin Karşılaştırılması

Sağlık sistemlerinin etkinliği, yalnızca altyapı ve teknolojik donanım ile değil, aynı zamanda hizmet sunumunu gerçekleştiren insan gücünün niceliksel yeterliliğiyle doğrudan ilişkilidir. Bu çerçevede, sağlık personelinin sayısal dağılımı, ulusal sağlık politikalarının belirlenmesinde temel bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu bölümde, Türkiye'nin sağlık insan gücü kapasitesi; hekim, diş hekimi, eczacı ve hemşire-ebe sayıları üzerinden, ulusal ve uluslararası karşılaştırmalar ile kapsamlı biçimde analiz edilmektedir.

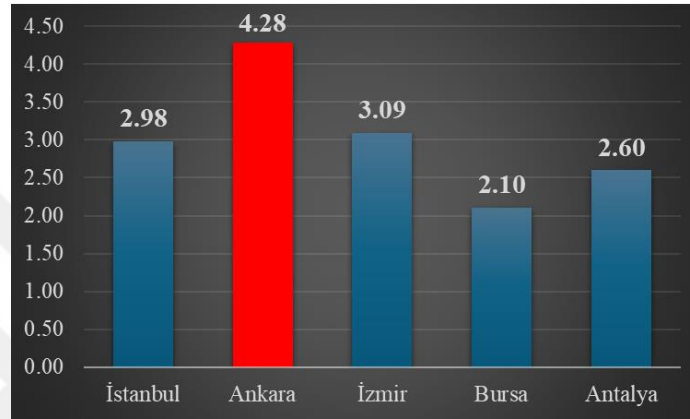
4.3.2.2.1. Bin Nüfusa Düşen Hekim Sayısı

Bin nüfusa düşen hekim sayısı, pratisyen ve uzman hekimleri kapsayan, sağlık hizmetlerine erişimi ve sistem kapasitesini gösteren temel bir göstergedir. Bu oran, hekim açığını belirlemede ve sağlık politikalarının planlanmasında kritik öneme sahiptir.



Şekil 4.23: Ankara'da Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.23'e göre yapılan değerlendirmede, Grafikte 10.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından ülkeler karşılaştırıldığında, Ankara 4,28 hekim oranıyla dikkat çekici bir konumda yer almaktadır. Bu değer, hem Türkiye ortalamasının (2,39) hem de OECD ortalamasının (3,77) belirgin biçimde üzerindedir. Ayrıca AB ortalamasıyla (4,28) eşit düzeydedir. Bu durum, Ankara'nın sadece ülke genelinde değil, aynı zamanda uluslararası düzeyde de rekabet edebilecek düzeyde bir hekim yoğunluğuna sahip olduğunu göstermektedir.

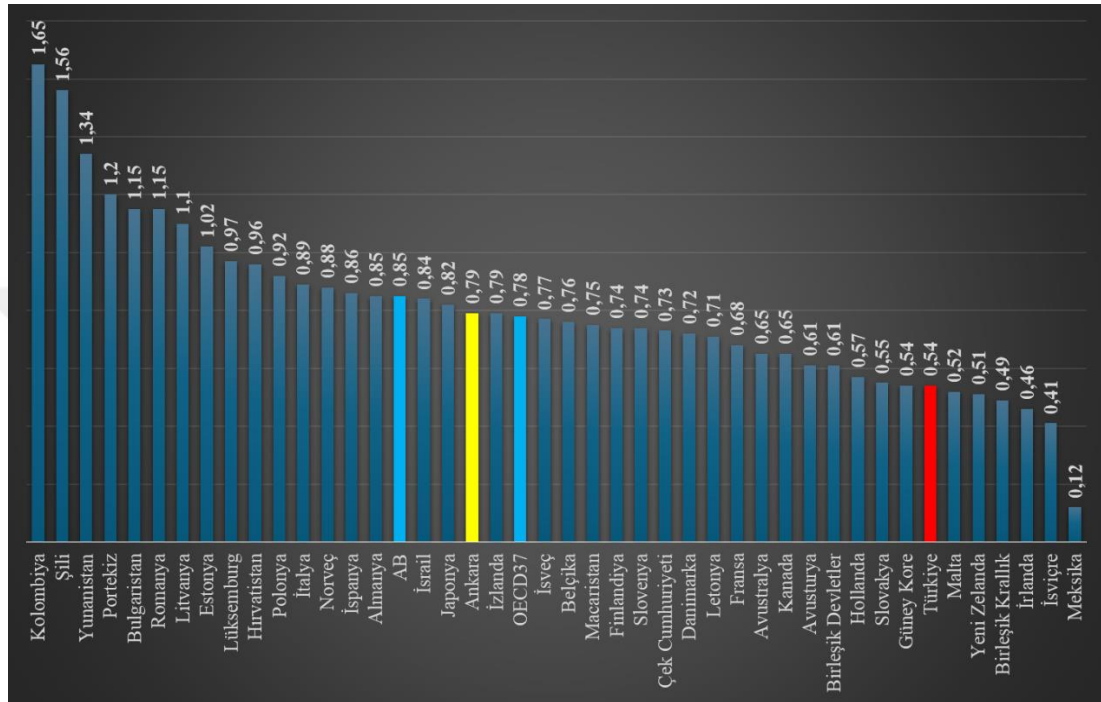


Şekil 4.24:Ankara'da Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Türkiye'nin nüfus açısından beş büyük şehrinin karşılaştırıldığı Şekil 4.24 incelendiğinde dikkat çekici farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Başkent Ankara, bin kişiye düşen 4.28 hekim oranı ile yalnızca Türkiye ortalamasının değil, OECD ve AB ortalamalarının da üzerine çıkmakta ve Avrupa'daki gelişmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerle benzer düzeyde yer almaktadır. Ankara'yı 3.09 hekim oranı ile İzmir ve 2.98 ile İstanbul takip etmekte, bu iller Türkiye ortalamasının üzerinde yer almakla birlikte uluslararası ortalamaların altında kalmaktadır. Öte yandan Bursa ve Antalya gibi büyük şehirlerde dahi bu oran ulusal ortalamaya yakın ya da altında kalmakta, bu da Türkiye içinde sağlık insan gücünün mekânsal olarak dengesiz dağıldığını göstermektedir.

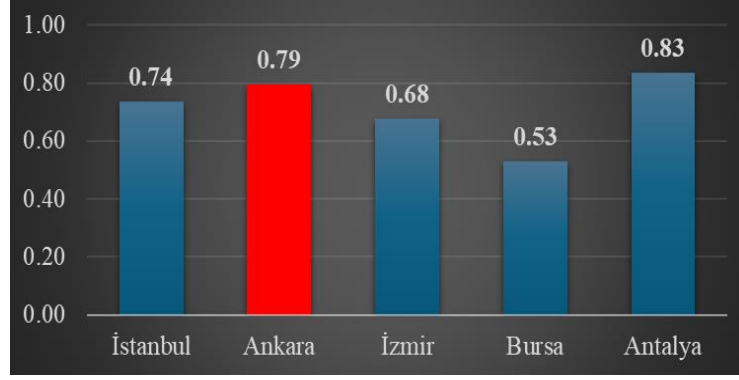
4.3.2.2.2. Bin Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı

Bin nüfusa düşen diş hekimi sayısı, toplumun ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimini gösteren temel bir göstergedir. Bu oran, insan kaynağı planlaması ve hizmet kapasitesinin değerlendirilmesi açısından önem taşır.



Şekil 4.25:Ankara’da Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.25’te yer alan veriler incelendiğinde, Ankara, 10.000 kişiye düşen 0,79 diş hekimi ile Türkiye ortalamasının (0,54) oldukça üzerindedir. Bu oran, OECD ortalamasına (0,78) çok yakın olup, AB ortalamasının (0,84) ise biraz altında kalmaktadır. Bu veriler, Ankara’nın diş hekimliği alanındaki insan gücü kapasitesinin hem ulusal düzeyde güçlü hem de uluslararası normlara yakın olduğunu göstermektedir.



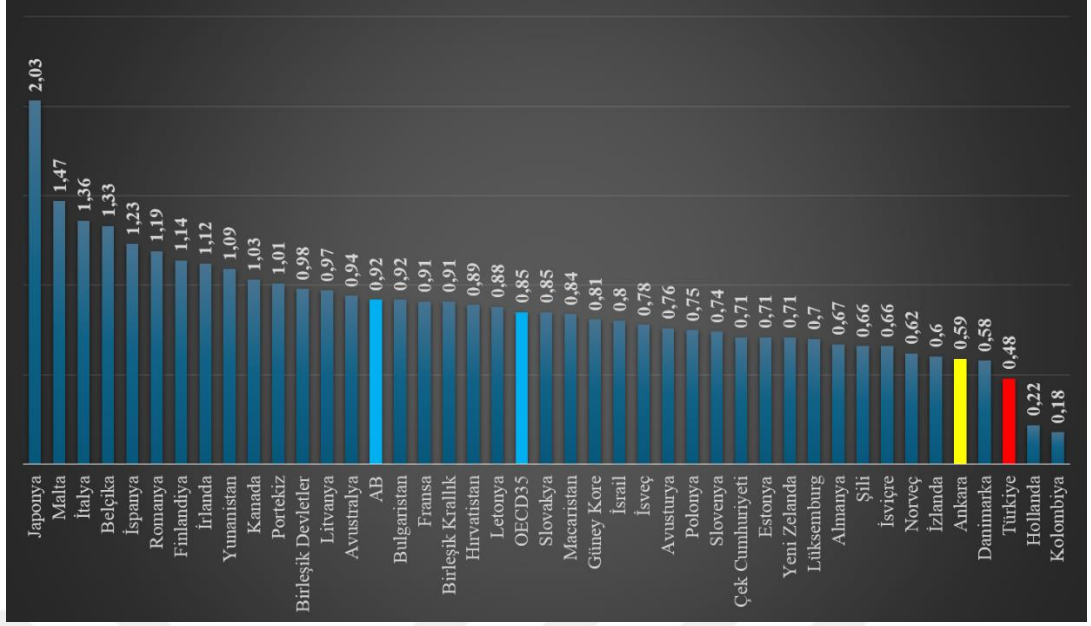
Şekil 4.26:Ankara’da Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.

Türkiye’nin nüfus açısından beş büyük şehrinin karşılaştırıldığı Şekil 4.26 incelendiğinde, Ankara, 0,79 oranıyla ikinci sırada yer almakta ve Türkiye ortalamasının (0,54) oldukça üzerinde konumlanmaktadır. Ankara’nın ardından Antalya (0,83) en yüksek orana sahip şehir olarak öne çıkmaktadır. İstanbul (0,74) ve İzmir (0,68) gibi büyük şehirler ise Ankara’nın gerisinde kalmakta; Bursa (0,53) ise Türkiye ortalamasına oldukça yakın, hatta bazı uluslararası göstergelerin altında bir seviyede yer almaktadır.

Bu veriler, Ankara’nın diş hekimi istihdamı açısından sadece Türkiye ortalamasını değil, aynı zamanda uluslararası normları da yakalayabildiğini ortaya koymakta; ağız ve diş sağlığı alanında Ankara’nın merkezî rolünü pekiştirmektedir. Bununla birlikte, özellikle İstanbul ve İzmir gibi büyük şehirlerde görülen daha düşük oranlar, nüfusa oranla diş hekimi dağılımında bir dengesizlik olduğunu göstermektedir.

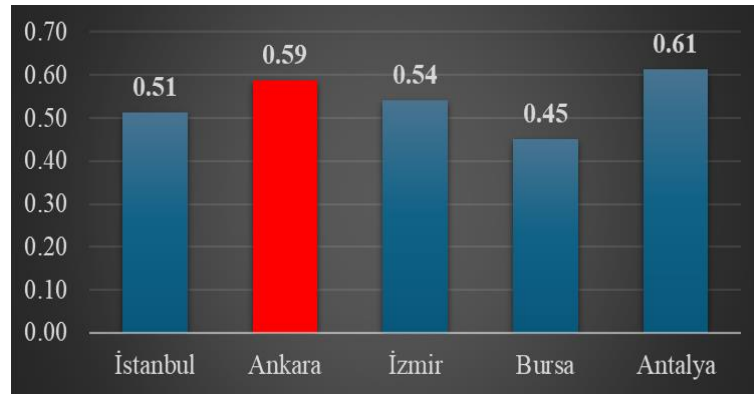
4.3.2.2.3. Bin Nüfusa Düşen Eczacı Sayısı

Bin nüfusa düşen eczacı sayısı, ilaç ve farmasötik hizmetlere erişimi gösteren temel bir sağlık insan gücü göstergesidir. Bu oran, eczacılık hizmetlerinin yeterliliğini ve sistemin kaynak planlamasını değerlendirmede önemli bir rol oynar.



Şekil 4.27: Ankara’da Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Uluslararası karşılaştırmanın yapıldığı Şekil 4,27 incelendiğinde, bin kişiye düşen eczacı sayısı bakımından Ankara, 10.000 kişiye düşen 0,59 eczacı oranıyla Türkiye ortalamasının (0,48) üzerinde yer almakta, ancak AB ortalaması (0,92) ve OECD ortalaması (0,85) ile karşılaştırıldığında daha düşük bir düzeydedir.



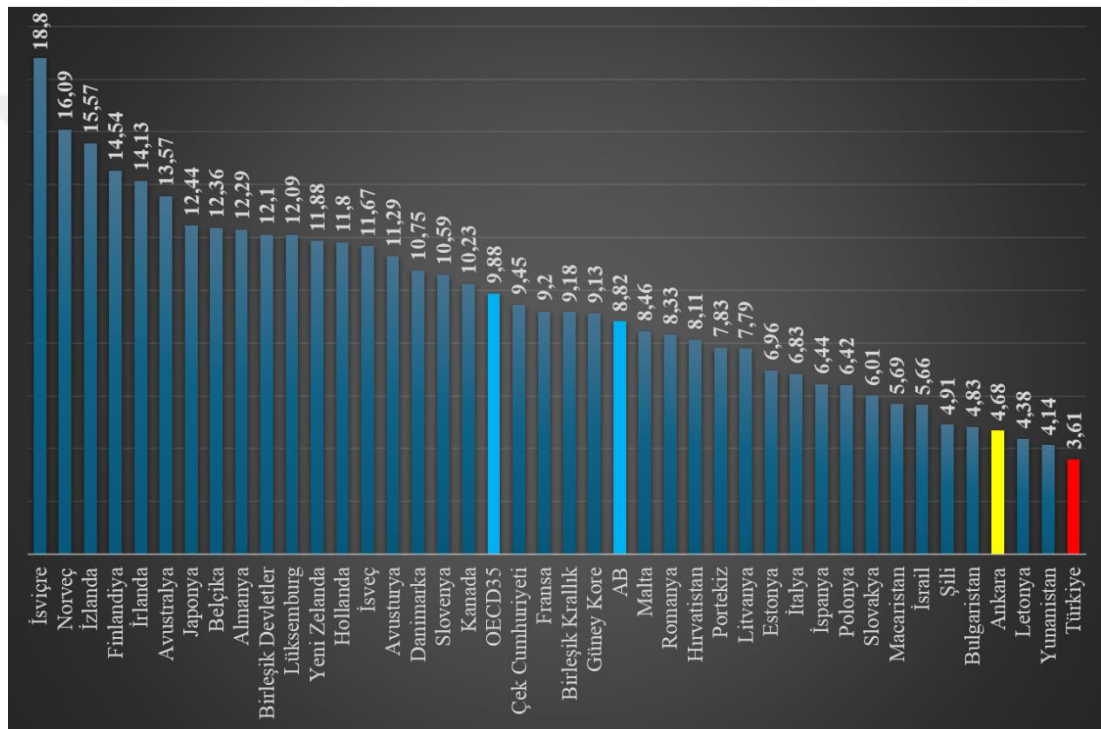
Şekil 4.28: Ankara’da Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Şekil 4.28’de yer alan veriler incelendiğinde; Ankara’nın 0.59’luk değeri ise Türkiye ortalamasının üzerinde olmakla birlikte, OECD ve AB ortalamalarının halen oldukça gerisindedir. Bu da başkentteki eczacı yoğunluğunun görece iyi olmasına rağmen

uluslararası standartları karşılamaktan uzak olduğunu ortaya koymaktadır. Antalya (0.61), İstanbul (0.51) ve İzmir (0.54) ise Türkiye ortalamasının biraz üzerinde kalmakta, buna karşın Bursa (0.45) ulusal ortalamasının da altında bir değere sahiptir.

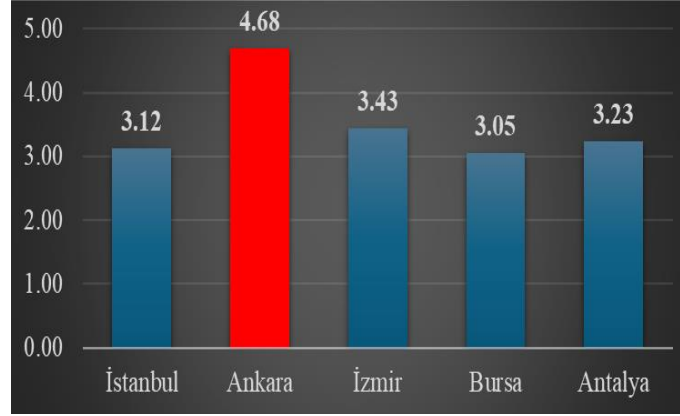
4.3.2.2.4. Bin Nüfusa Düşen Hemşire-Ebe Sayısı

Bin nüfusa düşen hemşire-ebe sayısı, temel bakım ve birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi gösteren önemli bir göstergedir. Bu oran, hizmet kapasitesi ve insan gücü planlamasını değerlendirmede kritik rol oynamaktadır.



Şekil 4.29:Ankara’da Bin Kişiye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Uluslararası Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 verileri kullanılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Uluslararası karşılaştırmanın yapıldığı Şekil 4.29 incelendiğinde, Ankara, 10.000 kişiye düşen 4,38 hemşire-ebe oranıyla Türkiye ortalamasının (3,61) üzerinde yer almakta; ancak hem AB ortalaması (8,46) hem de OECD ortalaması (9,83) ile karşılaştırıldığında oldukça geride kalmaktadır.



Şekil 4.30:Ankara’da Bin Kişiye Düşen Hemşire-Ebe Sayısının Beş Büyükşehir İçinde Karşılaştırması [Sağlık Bakanlığı, 2025 ve TÜİK, 2025 verileri esas alınarak yazar tarafından düzenlenmiştir.]

Türkiye’nin nüfus açısından beş büyük şehrinin karşılaştırıldığı Şekil 4.30 incelendiğinde ise Ankara 4,68 sayısı ile Türkiye ortalamasının üzerindedir yer almaktadır. Antalya (3,23), İzmir (3,43), İstanbul (3,12) ve Bursa (3,05) gibi diğer büyükşehirlerde ise bu oran Türkiye ortalamasına altında kalmaktadır. Bu illerde sağlık hizmetlerine olan yüksek talep ile hemşire ve ebe sayısının yetersizliği, sağlık personeli başına düşen hasta yükünü artırmakta ve hizmet kalitesini düşürebilmektedir.

4.4. Bölüm Sonu Değerlendirme

Bu bölümde, Türkiye ve Ankara ölçeğinde sağlık hizmetlerine ilişkin performans göstergeleri tarihsel gelişim ve uluslararası karşılaştırmalar temelinde değerlendirilmiştir. Fiziksel kapasite ve insan gücü göstergeleri doğrultusunda yapılan analizler, yalnızca hizmet sunumundaki nicel artışı değil, bu artışın toplumun sağlık hizmetlerine erişimindeki etkisini ve uluslararası standartlarla uyum düzeyini ortaya koymaktadır.

Türkiye genelinde sağlık altyapısı 2003 sonrası dönemde önemli bir gelişim göstermiştir. Ancak bin kişiye düşen hekim, hemşire-ebe, eczacı ve diş hekimi sayıları gibi temel göstergelerde OECD ve AB ortalamalarının belirgin biçimde gerisinde kaldığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye’nin sağlık insan gücü planlamasında hâlen ciddi iyileştirme alanları olduğunu göstermektedir.

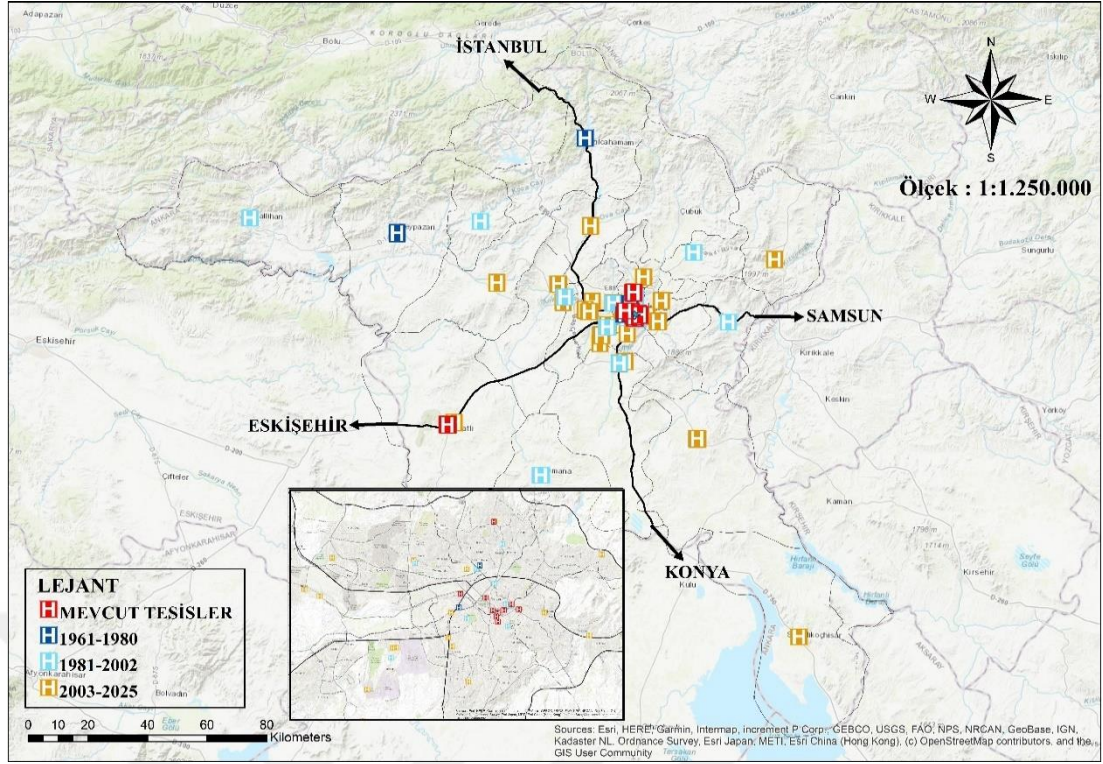
Ankara, sahip olduğu kamu, özel ve üniversite hastanelerinin çeşitliliği ve merkezi yönetimden aldığı yatırımlarla Türkiye genelinden pozitif yönde ayrılmaktadır.

Başkentte bin kişiye düşen hekim (4.28) oranı hem Türkiye ortalamasının (2.39) hem de OECD (3.77) ve AB (4.14) ortalamalarının üzerindedir. Bu durum, Ankara'nın sağlık alanında yalnızca ulusal ölçekte değil, uluslararası düzeyde de güçlü bir konumda olduğunu göstermektedir.

Benzer şekilde, diş hekimi yoğunluğu açısından da Ankara, OECD ortalamasını aşmaktadır. Türkiye genelinde bu oran 0.54 iken, Ankara'da 0.79'dur; OECD ortalaması ise 0.78'dir. Bu gösterge, başkent'in ağız ve diş sağlığı alanındaki kurumsal altyapısının gelişmişliğine işaret etmektedir. Ayrıca bin kişiye düşen hemşire-ebe sayısı (4.68), Türkiye ortalamasının (3.61) üzerindedir; ancak OECD ortalamasına (9.88) göre hâlen gelişime açıktır.

Eczacı göstergesinde Ankara 0.59 ile Türkiye ortalamasının (0.48) üzerinde yer alsa da OECD (0.85) ve AB (0.92) ortalamalarının gerisindedir. Bu durum, eczacılık hizmetlerinde görece bir yoğunluk olmasına rağmen uluslararası düzeyde kapasitenin sınırlı olduğunu göstermektedir.

Ayrıca Şekil 4.31'de görüldüğü üzere, Ankara metropoliten alanındaki sağlık kurumları büyük ölçüde kent merkezine, özellikle Kızılay ve çevresine yoğunlaşmıştır. Bu mekânsal yapı, merkezde sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olduğunu; ancak çeper bölgelerde, özellikle düşük yoğunluklu yerleşimlerde sağlık hizmeti erişiminde eşitsizlik riskini ortaya koymaktadır.



Şekil 4.31:Üç Dönemde Hizmet Vermeye Başlayan Sağlık Tesislerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Genel olarak değerlendirildiğinde, Ankara sağlık altyapısı ve insan gücü göstergeleri bakımından Türkiye genelinin üzerinde bir performans sergilemektedir. Hatta bazı göstergelerde OECD/AB ortalamalarını da aşmaktadır. Ancak bu üstünlük, kent içi mekânsal eşitsizliklerin varlığını ortadan kaldırmamakta; hizmet erişiminin adil ve dengeli dağılımını sağlamak amacıyla daha detaylı planlama ve yatırım politikalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

5. ANKARA’DA SAĞLIK GÖSTERGELERİ İLE PLANLAMA DEĞİŞKENLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ANALİZİ

Kent planlama süreçlerinin sağlık hizmetlerine etkisini yalnızca mekânsal dağılım veya nicel altyapı göstergeleri üzerinden değerlendirmek yeterli değildir. Bu etkilerin sayısal olarak test edilmesi, planlama kararlarının sağlık sistemine katkısını nesnel biçimde ortaya koymak açısından önem taşımaktadır. Bu bölümde, Ankara özelinde sağlık sistemi performans göstergeleri ile planlama ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Analiz kapsamında, sağlık sisteminin fiziksel kapasitesi (yatak sayısı) ve insan gücü kapasitesi (hekim sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı) bağımlı değişkenler olarak belirlenmiş; planlama sistemine ilişkin nüfus verileri ve mekânsal büyüklükler (mevcut nüfus, projeksiyon nüfusu, kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı) bağımsız değişkenler olarak ele alınmıştır. Korelasyon ve regresyon analizleri yoluyla bu değişkenler arasındaki ilişkilerin yönü, gücü ve anlamlılığı değerlendirilmiş; böylece plan kararlarının sağlık hizmet kapasitesi üzerindeki etkisi dönemsel olarak ortaya konmuştur. Korelasyon analizleri, değişkenler arasındaki yönlü ilişkilerin gücünü ortaya koyarken; regresyon analizleri, hangi planlama göstergesinin sağlık sistemine daha fazla etki ettiğini belirlemeye olanak tanımıştır. Böylece, Ankara’da farklı dönemlerde uygulamaya konan planların sağlık altyapısına etkisi, nicel verilerle desteklenmiş ve sağlık-planlama ilişkisinin bilimsel temelleri güçlendirilmiştir.

Bu çerçevede, ilk olarak kullanılan istatistiksel yöntemlerin dayandığı kuramsal yaklaşımlar açıklanmakta; korelasyon ve regresyon analizlerinin uygulanma gerekçeleri açıklanmaktadır. Ardından, elde edilen nicel veriler üzerinden sağlık ve planlama değişkenleri arasındaki istatistiksel ilişkiler analiz edilmektedir. Son olarak, bulgular genel çerçevede yorumlanarak Ankara özelinde sağlık-planlama ilişkisine dair çıkarımlar sunulmaktadır.

5.1. Korelasyon ve Regresyon Temelli İstatistiksel Yöntemsel Yaklaşım

Ankara’da farklı dönemlerde geliştirilen kentsel planların mekânsal kararları ile sağlık hizmetlerinin fiziksel altyapı ve insan gücü temelli performans göstergeleri arasındaki

ilişkileri ortaya koymak için korelasyon ve regresyon temelli istatistiksel analizler yapılmıştır. Bu kapsamda kullanılan değişkenler hem kent planlama sistematigi hem de sağlık sisteminin mekânsal organizasyonu dikkate alınarak seçilmiştir. 1960 öncesi dönemde Sağlık Bakanlığı tarafından il düzeyinde sağlık göstergelerine yönelik sistematik veri kaydının bulunmaması nedeniyle, değerlendirme süreci 1960 yılı sonrası dönemi kapsamaktadır.

Çalışma kapsamında öncelikle korelasyon analizi uygulanmıştır. Korelasyon analizi, iki değişken arasında doğrusal ilişkinin yönünü (pozitif ya da negatif) ve gücünü ölçen temel istatistiksel araçtır. Bu analiz ile planlama ve sağlık değişkenleri arasındaki ilişkilerin düzeyi belirlenmiş; güçlü, orta veya zayıf ilişkiler istatistiksel olarak sınıflandırılmıştır. Korelasyon katsayısının (r) 1'e yakın olması güçlü pozitif ilişkiyi, -1'e yakın olması güçlü negatif ilişkiyi göstermektedir. Böylece değişken çiftleri arasında anlamlı yönlü ilişkilerin olup olmadığı saptanmıştır.

Ardından, elde edilen korelasyon bulgularını derinleştirmek ve neden-sonuç ilişkilerini ortaya koymak amacıyla regresyon analizi tercih edilmiştir. Çünkü hem bağımlı (sağlık sistemine ilişkin performans göstergeleri) hem de bağımsız (nüfus, plan alanı vb.) değişkenlerin niceliksel olması, bu değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak analiz edilmesine olanak tanımaktadır. Regresyon analizi, bir veya birden fazla bağımsız değişkenin, bir bağımlı değişken üzerindeki etkisini sayısal olarak ortaya koymaya yarayan güçlü bir yöntemdir.

Araştırma kapsamında yer alan sağlık göstergeleri (yatak sayısı, hekim sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı) zamana ve mekâna bağlı olarak değişim gösteren ve planlama kararlarından etkilenmesi muhtemel olan sayısal verilerdir. Aynı şekilde, bağımsız değişkenler olarak seçilen mevcut nüfus, projeksiyon nüfus, planlama alanı ve yerleşik alan büyüklüğü gibi göstergeler de kentsel gelişmenin ve hizmet planlamasının somut göstergeleridir.

Regresyon analizi, bu değişkenler arasındaki nedensellik yönünü keşfetmekle kalmayıp, aynı zamanda hangi değişkenlerin sağlık sistemine daha güçlü katkı sağladığını belirlemeye olanak tanımaktadır. Modelde elde edilen determinasyon katsayısı (R^2) değeri sayesinde açıklayıcı gücü değerlendirilmiş, katsayıların işaretleri yardımıyla her bir değişkenin etkisinin yönü ve büyüklüğü anlaşılmıştır. Bu yönüyle regresyon analizi, yalnızca betimleyici değil, aynı zamanda çıkarımsal bir analiz aracı

olarak da işlev görmektedir. Regresyon analiz sonucunda elde edilen p (anlamlılık düzeyi), 0.005 düzeyinde değerlendirilmiştir. Yani $p < 0.005$ ise ilişki anlamlı; $p > 0.005$ ise ilişki anlamsız olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca çalışmanın temel amacı; planlama kararlarının ve kentleşme dinamiklerinin sağlık sistemine etkisini nicel olarak tartışmak olduğundan, korelasyon ve regresyon yöntemleri birlikte ele alınmış, bu sayede hem ilişkilerin varlığı hem de bu ilişkilerin yönü ve açıklayıcı gücü analiz edilmiştir. Böylece, planlama değişkenleri ile sağlık sistemine ilişkin göstergeler arasındaki bağlantılar çok boyutlu bir istatistiksel yaklaşımla ortaya konmuştur.

5.2. Planlama Değişkenleri ile Sağlık Göstergeleri Arasındaki İlişkinin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Bu bölümde, Ankara’da sağlık hizmetlerine ilişkin performans göstergeleri ile planlama sürecine ait mekânsal ve demografik değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel yöntemlerle incelenmektedir. Amaç, sağlık sisteminin fiziksel kapasitesini (yatak sayısı) ve insan gücü kapasitesini (hekim ve diğer sağlık personeli sayısı) etkileyen planlama kararlarını sayısal olarak değerlendirmek ve bu etkileşimi dönemler arası karşılaştırmalı biçimde görünür kılmaktır.

Bu doğrultuda ilk olarak, analizde kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler tanımlanmakta ve bu değişkenlerin seçilme gerekçeleri açıklanmaktadır. Ardından, korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla bu değişkenler arasındaki ilişkilerin yönü, gücü ve anlamlılığı değerlendirilmektedir. Elde edilen bulgular, Ankara’da planlama kararlarının sağlık sistemine etkisini sadece gözlemsel olarak değil, aynı zamanda istatistiksel olarak da temellendirmeye olanak sağlamaktadır.

5.2.1. Analizde Kullanılan Değişkenler

Bu bölümde, Ankara’da sağlık sistemi ile kentsel planlama kararları arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla kullanılan bağımlı ve bağımsız değişkenler tanımlanmaktadır. Değişkenlerin seçimi, hem sağlık sisteminin kapasitesini sayısal olarak ölçebilecek göstergeler hem de kent planlama sürecini temsil edebilecek mekânsal ve demografik veriler dikkate alınarak yapılmıştır. Sağlık göstergeleri bağımlı değişkenler olarak, kentsel büyüklükler ve nüfus verileri ise bağımsız

değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, her iki değişken grubu aşağıda tanımlanmıştır.

5.2.1.1. Bağımlı Değişkenler: Sağlık Sistemine Ait Performans Göstergeleri

Bağımlı değişkenler, sağlık sisteminin dönemsel niceliksel kapasitesini temsil etmektedir. Bu kapsamda kullanılan göstergeler şunlardır:

- Yatak Sayısı
- Hekim Sayısı
- Diğer Sağlık Personeli Sayısı (Diş Hekimi, Eczacı, Hemşire, Sağlık Memuru ve Ebe toplamı)

Bu göstergeler Dünya Sağlık Örgütü ve OECD gibi uluslararası kurumlar tarafından da sağlık sisteminin fiziksel ve insan gücü temelli kapasitesini değerlendirmede yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bu nedenle söz konusu göstergeler, yalnızca mekânsal analiz için değil, aynı zamanda sistemin hizmet sunum yeterliliğini dönemler arası karşılaştırmalı olarak değerlendirmek için de güçlü araçlar sunmaktadır.

5.2.1.2. Bağımsız Değişkenler: Kentsel Planlama ve Demografik Göstergeler

Çalışmada bağımsız değişken olarak dört temel gösterge seçilmiştir. Bunlar:

- Kentsel Yerleşim Alanı (ha)
- Toplam Planlama Alanı (ha)
- Mevcut Nüfus (kişi)
- Planın Nüfus Öngörüsü (kişi)

Bu değişkenlerin seçilmesinin başlıca gerekçesi, her birinin kentsel planlama sisteminde farklı ama tamamlayıcı roller üstlenmesidir. Özellikle merkezi planlama anlayışıyla şekillenen Ankara gibi kentlerde, plan alanlarının büyüklüğü, hedeflenen nüfus projeksiyonları ve fiili yerleşim sınırları; kentsel gelişimin yönünü, yoğunluğunu ve hizmet alanlarına ayrılan payları doğrudan etkilemektedir.

- **Kentsel Yerleşim Alanı**, fiziksel olarak yapılaşmanın gerçekleştiği ve hizmet sunumunun somutlaştığı alanı tanımlar. Bu gösterge ile mekânda fiilen

kullanılan alanın büyüklüğü sağlık altyapısının yayılımı ile ilişkilendirilmektedir.

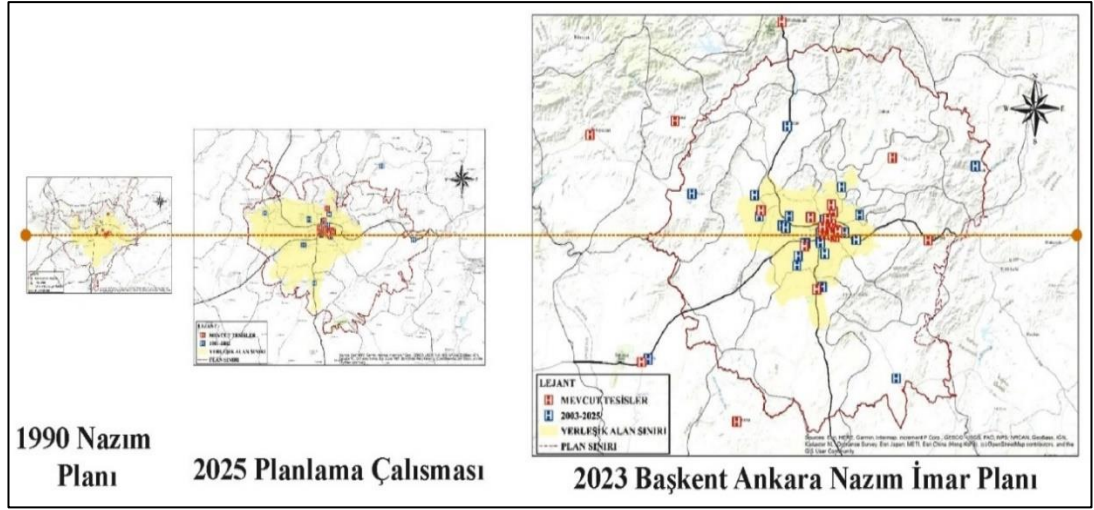
- **Toplam Planlama Alanı**, planların kapsadığı tüm bölgeyi temsil eder. Bu alan, sadece mevcut yapılaşmayı değil, aynı zamanda gelecekteki gelişme alanlarını ve rezerv alanları da içerdiğinden, sağlık tesislerinin stratejik yer seçim kararlarıyla yakından ilişkilidir.
- **Mevcut Nüfus**, dönem itibarıyla hizmete erişen nüfusu gösterir ve hizmet ihtiyacının temel göstergesidir.
- **Projeksiyon Nüfusu**, planın hedeflediği büyüklüğü temsil eder. Sağlık tesislerinin çoğu uzun vadeli planlamalarla hayata geçirildiği için, öngörülen nüfus hedefleri tesis yatırımlarının belirlenmesinde etkili bir kriterdir.

Bu dört değişken birlikte ele alındığında, planlama süreçlerinin nüfus büyüklüğü ile mekânsal genişleme stratejilerini nasıl bütünleştirdiği görülür. Böylece, plan kararları ile hizmet altyapısı arasındaki eşgüdüm ya da uyumsuzlukların niceliksel olarak ortaya konulması mümkün hale gelmektedir.

5.2.2. Analiz ve Bulgular

Çalışmanın önceki bölümlerinde de tartışıldığı üzere, Ankara'daki sağlık sisteminin tarihsel gelişimi yalnızca sağlık politikalarına değil, aynı zamanda kentleşme süreçlerine ve kentsel planlama sisteminin yönelimlerine bağlı olarak şekillenmiştir. Farklı dönemlerde hazırlanan Ankara nazım planlarının kapsadığı alanlar, öngördüğü nüfuslar ve bu planların uygulama pratikleri, sağlık hizmetlerinin mekânsal ve kapasite düzeyinde nasıl organize edildiğini belirlemiştir.

Dolayısıyla, bu dört bağımsız değişkenin bir arada değerlendirilmesi, sağlık tesislerinin gelişimini sadece sağlık politikaları üzerinden değil, aynı zamanda planlama vizyonu, alan kullanımı, nüfus hedefleri ve kentleşme yönü gibi daha geniş yapısal faktörlerle ilişkilendirmeyi mümkün kılmaktadır. Regresyon modeli sayesinde bu ilişki, ölçülebilir ve dönemler arası karşılaştırılabilir biçimde analiz edilmiştir.



Şekil 5.1: Dönem Aralıkları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur.]

Şekil 5.1'de, dönem aralıklarında gerçekleştirilen plan çalışmalarına ait kentsel yerleşim alanları, plan sınırları ve bu dönemlerde hizmet vermeye başlayan sağlık tesislerinin mekânsal dağılımı birlikte gösterilmektedir.

Tablo 5.1: Bağımlı-Bağımsız Değişken Verileri

Dönem Aralıkları	Kentsel Yerleşim Alanı (ha)	Toplam Plan Alanı (ha)	Mevcut Nüfus (kişi)*	Nüfusu Öngörüsü (kişi)**	Yatak Sayısı ***	Hekim Sayısı ***	Diğer Sağlık Personeli Sayısı***
1961-1980 (1990 Nazım Planı)	22.500	43.250	2.120.261	3.200.000	8.094	3.292	5.218
1981-2002 (2025 Planlama Çalışması)	45.000	200.000	3.708.683	7.250.000	13.528	8.941	14.402
2003 Sonrası (2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı)	61.000	850.000	5.217.141	12.000.000	17.379	17.050	34.163
* Dönem içerisinde nüfus sayılarının aritmetik ortalaması alınmıştır.							
** Farklı nüfus projeksiyonları arasında ortalama alınarak tek bir öngörü değeri elde edilmiştir.							
***Dönem içerisinde yer alan verilerin aritmetik ortalaması alınmıştır.							

Yukarıda yer alan tablodaki veriler üzerinden yatak, hekim ve sağlık personel sayılarıyla; kentsel yerleşim alanı, toplam planlama alanı, mevcut nüfus ve planın projeksiyon nüfus ilişkin korelasyon analizi sonuçları Tablo 5.2’de gösterilmektedir.

Tablo 5.2: Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kentsel Yerleşim Alanı	Toplam Plan Alanı	Mevcut Nüfus	Projeksiyon Nüfus	Yatak Sayısı	Hekim Sayısı	Diğer Sağlık Personeli
Kentsel Yerleşim Alanı	1						
Toplam Plan Alanı	0,906	1					
Mevcut Nüfus	0,996	0,937	1				
Projeksiyon Nüfus	0,989	0,957	0,998	1			
Yatak Sayısı	0,999	0,905	0,996	0,989	1		
Hekim Sayısı	0,980	0,972	0,993	0,998	0,979	1	
Diğer Sağlık Personeli	0,953	0,991	0,975	0,986	0,953	0,994	1

Korelasyon katsayısının 1.00 olması, mükemmel pozitif bir ilişkiyi; -1.00 olması, mükemmel bir negatif ilişkiyi; 0.00 olması ilişkinin olmadığını gösterir. Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0.70-1.00 arasında olması yüksek; 0.70-0.30 arasında olması, orta; 0.30- 0.00 arasında olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir [Büyüköztürk, 2008].

Buna göre; kentsel yerleşim alanı, mevcut nüfus, projeksiyon nüfus, yatak sayısı, hekim sayısı ve diğer personel sayısı arasında pozitif yönde ve yüksek oranda bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Belirtilen değişkenler arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını incelemek için ise regresyon analizine yer verilmiştir.

Tablo 5.3:Yatak Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Kentsel Yerleşim Alanı	Toplam Plan Alanı	Mevcut Nüfus	Projeksiyon Nüfus
R²	0.999	0.820	0.993	0.979
p	0.001	0.278	0.050	0.091

Tabloya göre yatak sayıları incelendiğinde; R² skorunun 1.00'e yakın olması, yatak sayısının tam olarak kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile açıklanabilmektedir. Yani yatak sayısını tahmin edebilmek için kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve nüfus öngörüsü değişkenlerine bakılabilir. Ancak sadece kentsel yerleşim alanı ile yatak sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$). Toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile yatak sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 5.4: Hekim Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Kentsel Yerleşim Alanı	Toplam Plan Alanı	Mevcut Nüfus	Projeksiyon Nüfus
R²	0.960	0.945	0.986	0.996
p	0.127	0.150	0.075	0.036

Tabloya göre hekim sayıları incelendiğinde; R² skorunun 1.00'e yakın olması, yatak sayısının, kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile açıklanabilmektedir. Yani yatak sayısını tahmin edebilmek için kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve nüfus öngörüsü değişkenlerine bakılabilir. Sadece projeksiyon nüfus ile hekim sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$). Ancak kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile hekim arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.005$).

Tablo 5.5: Diğer Sağlık Personel Sayısının; Kentsel Yerleşim Alanı, Toplam Plan Alanı, Mevcut Nüfus ve Projeksiyon Nüfusuna İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	Kentsel Yerleşim Alanı	Toplam Plan Alanı	Mevcut Nüfus	Projeksiyon Nüfus
R ²	0.909	0.982	0.951	0.973
p	0.194	0.083	0.141	0.103

Tabloya göre diğer sağlık personel sayıları incelendiğinde; R² skorunun 1.00'e yakın olması, diğer sağlık personel sayısının tam olarak kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile açıklanabilmektedir. Yani yatak sayısını tahmin edebilmek için kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve nüfus öngörüsü değişkenlerine bakılabilir. Ancak kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfus ile diğer sağlık personel sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.005$).

5.2.2.1. Bulgular:

Yapılan korelasyon analizi, Ankara'daki sağlık sistemi göstergeleri ile mekânsal planlama ve demografik değişkenler arasındaki ilişkileri istatistiksel olarak değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Korelasyon katsayılarına göre, kentsel yerleşim alanı, toplam plan alanı, mevcut nüfus, nüfus projeksiyonu ile yatak sayısı, hekim sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönlü ilişkiler gözlemlenmiştir ($r > 0.90$). Bu bulgu, sağlık altyapısının mekânsal ve demografik büyüme ile orantılı olarak arttığını göstermektedir.

Regresyon analizleri ise bu ilişkilerin açıklama gücünü ve anlamlılığını ortaya koymaktadır:

- Yatak Sayısı için yapılan regresyon analizinde, kentsel yerleşim alanı değişkeni istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p = 0.001$) ve çok yüksek bir determinasyon katsayısı ($R^2 = 0.999$) ile yatak sayısının mekânsal genişlemeye bağlı olarak arttığını göstermektedir. Diğer üç değişkenin (toplam plan alanı, mevcut nüfus, projeksiyon nüfus) yatak sayısını yüksek oranda açıkladığı ($R^2 > 0.97$) görülse de bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Bu durum, örneklem sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği gibi, diğer faktörlerin (örneğin sağlık politikalarının yönü veya yatırım kararları) etkisini de düşündürmektedir.

- Hekim Sayısı açısından da benzer bir eğilim gözlemlenmiştir. Her dört bağımsız değişkenin hekim sayısını büyük oranda açıkladığı ($R^2 > 0.94$) görülmekle birlikte, sadece projeksiyon nüfusuyla olan ilişki anlamlı bulunmuştur ($p = 0.036$). Bu bulgu, sağlık insan gücü planlamasında ileriye dönük nüfus öngörülerinin dikkate alındığını ortaya koymaktadır.
- Diğer sağlık personeli sayısı için yapılan analizde de tüm değişkenler yüksek açıklama gücüne sahip görünmektedir ($R^2 > 0.90$); ancak, hiçbir ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu durum, sağlık personel dağılımının yalnızca mekânsal büyüklükler ve nüfus gibi değişkenlerle değil, aynı zamanda mesleki eğitim kapasitesi, politik öncelikler ve bütçesel olanaklar gibi dışsal faktörlerle de belirlendiğini düşündürmektedir.

5.3. Bölüm Sonu Değerlendirme

Bu bölümde gerçekleştirilen korelasyon ve regresyon analizleri, Ankara'da sağlık hizmetlerinin gelişimi ile kentsel planlama göstergeleri arasında önemli düzeyde nicel ilişkiler bulunduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, sağlık sisteminin mekânsal büyüme ve demografik gelişmeyle büyük ölçüde paralel ilerlediğini göstermektedir. Özellikle kentsel yerleşim alanı, mevcut nüfus ve projeksiyon nüfusu gibi planlama değişkenleri ile sağlık altyapısı arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişkiler gözlemlenmiştir.

Regresyon analizleri, planlama göstergelerinin sağlık hizmet kapasitesine olan etkisini daha detaylı biçimde açığa çıkarmıştır. Yatak sayısı üzerinde en anlamlı etkiye sahip değişkenin kentsel yerleşim alanı olması, mekânsal genişlemenin sağlık altyapısını doğrudan etkilediğini göstermektedir. Hekim sayısı açısından ise projeksiyon nüfusunun anlamlı sonuç üretmesi, sağlık insan gücü planlamasında geleceğe dönük hedeflerin belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan, diğer sağlık personeline ilişkin göstergelerdeki ilişkiler yüksek determinasyon katsayılarına rağmen istatistiksel anlamlılık taşımamaktadır; bu durum, sağlık personeli dağılımının daha karmaşık ve çok değişkenli bir yapıya sahip olduğunu düşündürmektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, mekânsal planlama kararları ile sağlık sisteminin fiziksel ve insan gücü kapasitesi arasında anlamlı ve güçlü bağların olduğu söylenebilir. Ancak bu ilişkinin bazı yönlerde sınırlı kalması, planlama süreçlerinin tüm sağlık göstergeleri açısından yeterince bütüncül işlemediğini de ortaya koymaktadır. Özellikle sağlık personelinin dağılımında, planlama dışı faktörlerin (eğitim kapasitesi, bütçe, politikalar vb.) etkisi daha baskın görünmektedir.

Bu analizler, Ankara özelinde mekânsal kararlarla sağlık hizmet kapasitesi arasında güçlü bir eşgüdüm ihtiyacını ortaya koymakta; planlama sürecine sağlık altyapısı açısından daha bütünleşik bir yaklaşım getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, gelecekte hem sağlık hem de şehir planlama politikalarının daha koordineli biçimde geliştirilmesi ve hizmet sunumunda mekânsal adaletin sağlanması açısından yol gösterici niteliktedir.

6. ANKARA’DA SAĞLIK TESİSLERİ YETERLİLİĞİNİN MEVZUAT STANDARTLARI ÜZERİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye’de kentsel hizmetlerin mekânsal dağılımını yönlendiren temel yasal belgelerden biri olan Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği, sağlık tesislerinin planlamasına dair asgari standartları belirleyen merkezi bir düzenlemedir. Yönetmelik, 3194 sayılı İmar Kanunu’na dayanarak hazırlanmış olup, plan türleri, ölçekler, içerikler ve yapım süreçlerine ilişkin genel ilkeleri ve teknik esasları tanımlamaktadır. Bu bağlamda, planlama kararlarında hizmet alanlarının kişi başına düşen büyüklükleri gibi temel kriterler, yönetmeliğin eki olan Ek-2 tablosu aracılığıyla standartlaştırılmıştır.

Tezin ikinci bölümünde ayrıntılarıyla ele alındığı üzere, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği Ek-2 tablosu, eğitim, sağlık, sosyal, kültürel ve teknik altyapı gibi hizmet alanlarına ilişkin asgari kişi başına düşen alan miktarlarını ve birim büyüklüklerini nüfus gruplarına göre belirlemektedir. Söz konusu tablo, planlama sürecinde alt sınırı oluşturan normları nüfus büyüklüklerine göre ortaya koyarak, kamusal hizmetlerin kent bütününe dengeli şekilde dağılmasını hedeflemektedir.

Bu tabloda yer alan standartlar, yalnızca sağlık tesislerinin fiziksel alan büyüklüğünü değil; aynı zamanda nüfusa göre minimum hizmet alanı gereksinimini ve farklı tesis türlerinin planlama hiyerarşisini de belirlemektedir. Bu sayede, imar planlarının hazırlanmasında sağlık altyapısının rasyonel, erişilebilir ve sürdürülebilir biçimde yer alması hedeflenmektedir.

Ek-2 tablosunun sağlık tesis alanlarına ilişkin kısmı, Tablo 6.1’de gösterilmektedir. Bu tablo, sağlık ocağı, aile sağlığı merkezi, semt polikliniği ve hastane gibi tesisler için kişi başına ayrılması gereken asgari alan standartlarını belirlemekte ve planlama sürecine yön vermektedir.

Tablo 6.1: Mekânsal Planlar Yönetmeliği Ek-2 Tablo [Resmî Gazete, 2014]

EK-2 TABLO		FARKLI NÜFUS GRUPLARINDA ASGARI SOSYAL VE TEKNİK ALTYAPI ALANLARINA İLİŞKİN STANDARTLAR VE ASGARI ALAN BÜYÜKLÜKLERİ TABLOSU							
NÜFUS GRUPLARI ALTYAPI ALANLARI		0 - 75.000		75.001- 150.000		150.001 - 500.000		501.000 +	
		m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)	m ² /kişi	Asgari Birim Alan (m ²)
SAĞLIK TESİSLERİ ALANI	Aile Sağlık Merkezi		750-2.000		750-2.000		750-2.000		750-2.000
	Basamak Sağlık Tesisleri		3.000		3.000		3.000		3.000
	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²		Ünit başına (110) m ²
	Doğum ve Çocuk Bakım Evleri								
	Devlet Hastaneleri	1,50		1,50		1,50		1,60	
	İhtisas/Eğitim ve Araştırma Hastaneleri		Yatak başına (130) m ²		Yatak başına (130) m ²		Yatak başına (130) m ²		Yatak başına (130) m ²
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri								
	Sağlık Kampüsleri		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²		Yatak başına (220) m ²
AÇIKLAMALAR:									
1. Standartlara ilişkin alan hesabında; öncelikle varsa üst kademe mekânsal planlarda belirlenen ilçe projeksiyon nüfusunun yer aldığı veya kent bütününe yönelik nazım imar planında belirlenen ilçe projeksiyon nüfusunun bulunduğu nüfus grubundaki standartlara uyulur.									
2. Büyükşehir belediye sınırları içerisinde yerleşme bütünlüğü gösteren, komşu ilçe belediyeleri ile bütünleşen ilçe belediyelerinde altyapı alanları bir bütün olarak hesaplanabilir.									
6. Aile Sağlık Merkezi 1. Basamak Sağlık Tesisleri olarak değerlendirilecektir.									
7. Toplum Sağlığı Merkezi, Acil Sağlık Merkezi, 112 Acil Sağlık Merkezi ve İstasyonları Basamak Sağlık Tesisleri içinde yer alır.									
8. İmar planlarında ayrılmış bulunan ve kamu niteliği taşıyan Kreş + Anaokulu, İlköğretim, Ortaöğretim, Sağlık Tesisleri, Kültürel Tesis, Sosyal Tesis Alanları; imar planı değişikliği yapılmak suretiyle bu kullanımların başına "ÖZEL" ibaresi getirilmek, kamu ve özel altyapı oranları ilgili yatırımcı Bakanlık veya kamu kuruluşunca belirlenmek kaydıyla, bu tabloda belirtilen kişi başına asgari standart değerinin içinde yer alır.									

Tezin bu bölümünde, Ankara'daki mevcut sağlık tesislerinin sayısal büyüklüğü ve dağılımı, yukarıda belirtilen yönetmelik standartları doğrultusunda değerlendirilerek; planlama kararlarının mevzuatla ne ölçüde uyumlu olduğu analiz edilecektir. Böylece sağlık sisteminin mekânsal planlama içindeki yasal karşılığına ve uygulamadaki yeterliliğine ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapılması amaçlanmaktadır.

6.1. Mekânsal Planlama Yapım Yönetmeliği Kapsamında Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin İncelenmesi

Bu bölümde, Ankara'daki sağlık tesislerinin fiziksel alan yeterliliği, Türkiye'de yürürlükte olan Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde tanımlanan asgari alan standartlarına göre değerlendirilmiştir. İnceleme yöntemi, her bir sağlık tesisi türü için toplam yatak veya ünite sayısının, yönetmelikte tanımlanan birim başına düşmesi gereken metrekare değerleriyle çarpılması; bu yolla elde edilen ideal parsel büyüklüğü ile mevcut fiili parsel büyüklüğünün karşılaştırılmasına dayanmaktadır. Hastanelerin parsel büyüklükleri, Google Earth programı ve Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü'nün Parsel Sorgu Uygulaması kullanılarak yapılan ölçüm ve sorgulamalar aracılığıyla tespit edilmiştir.

- **Aile Sağlığı Merkezleri:** Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nin Ek-2 Tablosunda, birinci basamak sağlık tesisleri kapsamında yer alan Aile Sağlığı Merkezleri için kişi başına düşmesi gereken asgari alan 1,50 m² olarak belirtilmiştir. Ancak çalışma kapsamında, bu tesislerin büyük bölümünün apartmanların alt katları veya çok amaçlı binalarda yer alması ve parsel büyüklüklerine dair kesin veriye ulaşılamaması nedeniyle Aile Sağlığı Merkezleri analiz kapsamı dışında bırakılmıştır.
- **Basamak Sağlık Tesisleri:** Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde geçen "Basamak Sağlık Tesisleri" ifadesi, kavramsal olarak sağlık sisteminde yer alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerin tamamını kapsayan üst bir başlık olarak tanımlanmıştır. Ancak yönetmelikte bu kavram, sıklıkla yalnızca birinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine işaret edecek biçimde kullanılmıştır. Bu nedenle, "Basamak Sağlık Tesisleri" başlığı altında ayrıca bağımsız bir analiz yapılmamış; söz konusu tesisler (şehir hastanesi, üniversite hastanesi vb.) ilgili alt başlıklar altında ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu yaklaşım, yönetmeliğin kavramsal yapısına uygun biçimde, çakışan sınıflamaların önüne geçmeyi hedeflemektedir.
- **Hastaneler ve Diğer Sağlık Tesisleri:** Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde sağlık tesisleri için tanımlanan standartlar doğrultusunda:
 - Şehir hastaneleri gibi kampüs ölçekli sağlık kompleksleri için bu değer 220 m²/yatak olarak belirlenmiştir

- Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, genel devlet hastaneleri ve ilçe hastaneleri için yatak başına 130 m² alan gerekmektedir.
- Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde, her bir ünite için 110 m² alan öngörülmektedir.

Bu doğrultuda yapılacak analizlerde:

1. Şehir hastaneleri, üçüncü basamak sağlık tesisleri kapsamında değerlendirilmekte; her biri için toplam yatak sayısı 220 m² ile çarpılarak olması gereken parsel büyüklüğü hesaplanmaktadır.
2. Üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel devlet hastaneleri, yatak başına 130 m² esas alınarak değerlendirilmektedir.
3. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde toplam ünite sayısı, birim başına 110 m² ile çarpılarak ideal alan ihtiyacı hesaplanmaktadır.
4. Özel hastaneler, yönetmelikte ayrıca sınıflandırılmamış olmakla birlikte, benzer ölçek ve işlevsellik nedeniyle genel hastane standartları (130 m²/yatak) üzerinden değerlendirilmiştir.

Her bir tesis türü için, mevcut parsel büyüklüğü ile standartlara göre olması gereken alan miktarı karşılaştırılmış; alan yetersizlikleri veya fazlalıkları tespit edilmiştir. Bu yöntem, sağlık tesislerinin yalnızca kapasite bakımından değil, planlama mevzuatına uygunluk açısından da değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır.

6.1.1. Şehir Hastaneleri

Şehir hastaneleri, Türkiye’de son dönemde sağlık hizmetlerinin merkezileştirilmesi ve kapasite artırımı politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkan büyük ölçekli sağlık kampüsleridir. Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği’ne göre bu tesisler, "sağlık kampüsü" niteliğinde değerlendirilmekte ve yatak başına en az 220 m² parsel alanı ayrılması gerekmektedir. Bu kapsamda Ankara’da hizmet veren iki büyük şehir hastanesi (Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri) yönetmelikte öngörülen minimum standartlara göre analiz edilmiştir. Aşağıda bu iki hastaneye ilişkin fiziksel alan büyüklükleri ve standartlara uygunluğu Tablo 6.2’de sunulmaktadır

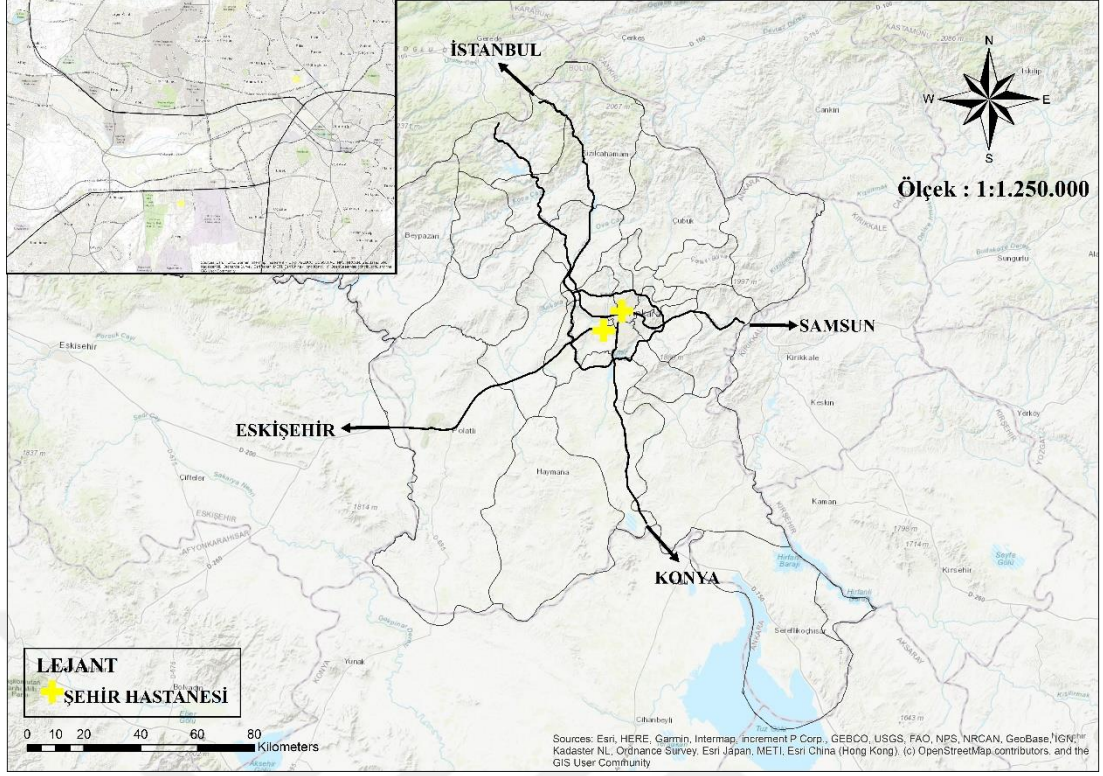
Tablo 6.2:Ankara Metropoliten Alanı Şehir Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması [Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2025]

SIRA NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN YATAK SAYISI	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m ²)	YÖNETMELİĞE GÖRE OLMASI GEREKEN (m ²)	FARK (m ²)
1	Çankaya	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	Ş.H	4.050	1.086.776,03	891.000,00	195.776,03
2	Yenimahalle	Etlik Şehir Hastanesi	Ş.H	4.050	1.384.005,00	891.000,00	493.005,00
TOPLAM				8.100,00	2.470.781,03	1.782.000,00	688.781,03

Tablo 6.2’de yer alan verilere göre, her biri 4.050 yatak kapasiteli olan Ankara Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği’nde sağlık kampüsleri için belirlenen standartlara uygun şekilde planlanmıştır. Yönetmeliğe göre 220 m²/yatak üzerinden her bir hastane için en az 891.000 m² parsel alanı öngörülmektedir. Gerçekleşen parsel büyüklüğü Bilkent için 1.086.776 m², Etlik için ise 1.384.005 m² olup, toplamda 8.100 yatak için gerekli olan 1.782.000 m²’lik minimum alanın yaklaşık %39 fazlasına denk gelen 2.470.781 m²’lik bir alan tahsis edilmiştir.

Bu durum, söz konusu şehir hastanelerinin yalnızca yönetmelik hükümlerini yerine getirmekle kalmadığını, aynı zamanda fazladan alan sağlayarak mekânsal yeterliliği üst düzeye taşıdığını göstermektedir. Bu alan fazlası, ileri düzey sağlık hizmetlerinin sunulması, açık alan düzenlemeleri, otopark ve teknik alanlar gibi yardımcı işlevlerin entegre biçimde yerleştirilmesini mümkün kılmaktadır.

Ankara metropoliten alanı içerisinde yer alan şehir hastanelerinin mekânsal dağılımı haritalandırılarak aşağıda yer alan Şekil 6.1’de gösterilmektedir.



Şekil 6.1: Ankara Metropolen Alanı'ndaki Şehir Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.1'e göre, her iki şehir hastanesi de kentsel gelişme aksları üzerinde, ulaşım altyapısına yakın ve geniş parseller üzerinde konumlandırılmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çankaya-Yenimahalle sınırına yakın, şehir merkezine görece daha yakın bir konumda yer alırken; Etlik Şehir Hastanesi, Keçiören ve Yenimahalle ilçeleri arasında, kuzeydoğu yönünde stratejik bir alanda konumlanmıştır.

6.1.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanesi, tıp fakültelerine bağlı olarak faaliyet gösteren, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumsal yapılardır. Bu hastaneler yalnızca ileri düzey tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmakla kalmaz; aynı zamanda tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve bilimsel araştırmaların yürütüldüğü akademik merkezlerdir [Tatar ve diğerleri, 2011].

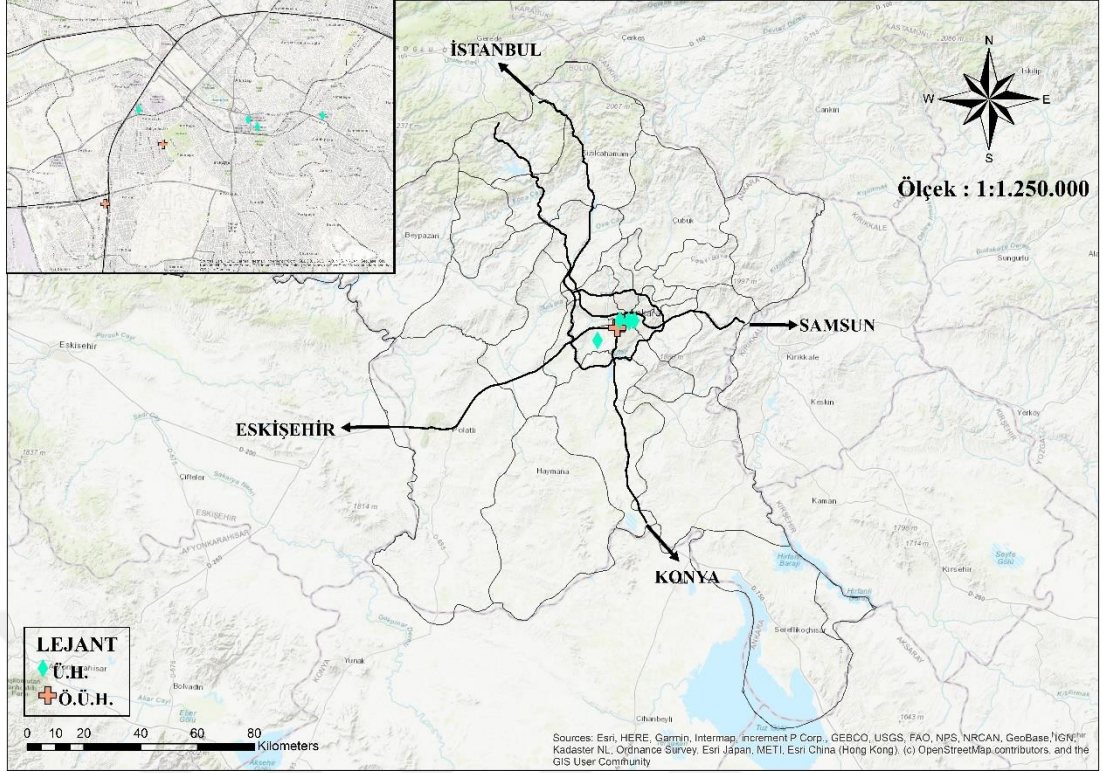
Tablo 6.3.'te yer alan verilere göre, Ankara ilinde bulunan altı farklı üniversite hastanesi, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği kapsamında üniversite hastaneleri için öngörülen yatak başına en az 130 m² alan standardı doğrultusunda analiz edilmiştir. Toplam 4.897 yatak kapasitesine sahip bu hastaneler için gerekli minimum

parsel büyüklüğü 636.610 m² olarak hesaplanmıştır. Ancak mevcutta bu tesisler için ayrılan toplam alan 376.391 m²'dir. Bu kapsamda, aralarında Ankara Üniversitesi Cebeci ve İbni Sina Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri ve iki özel üniversite hastanesi (Başkent Üniversitesi ve Ufuk Üniversitesi) bulunan kurumların tamamının mevcut parsel büyüklüklerinin yönetmelikte öngörülen standardın altında olduğu görülmektedir.

Tablo 6.3:Ankara Metropoliten Alanı Üniversite Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması

S. NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN YATAK SAYISI*	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m ²)	YÖNETMELİĞE GÖRE OLMASI GEREKEN (m ²)	FARK (m ²)
1	Mamak	Ankara Üni. Cebeci Araştırma Ve Uygulama Hastanesi	Ü.H.	1.200	114.220,00	156.000,00	-41.780,00
2	Altındağ	Ankara Üni. İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Ü.H.	936	35.554,00	121.680,00	-86.126,00
3	Çankaya	Başkent Üni. Ankara Hastanesi	Ö.Ü.H.	368	4.678,00	47.840,00	-43.162,00
4	Yenimahalle	Gazi Üni. Tıp Fakültesi Hastanesi	Ü.H.	1.007	68.399,00	130.910,00	-62.511,00
5	Altındağ	Hacettepe Üni. Hastaneleri	Ü.H.	1.165	134.000,00	151.450,00	-17.450,00
6	Çankaya	Ufuk Üni. Dr. Rıdvan Ege Hastanesi	Ö.Ü.H.	221	19.540,00	28.730,00	-9.190,00
TOPLAM				4.897,00	376.391,00	636.610,00	-260.219,00
*Kurum yatak sayıları hastanelerin internet siteleri araştırılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.							

En yüksek alan eksikliği 86.126 m² ile Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde, en düşük eksiklik ise 9.190 m² ile Ufuk Üniversitesi Hastanesi'nde kaydedilmiştir. Toplamda ise, bu hastanelerin sahip olduğu alanlar, yönetmelikte öngörülen büyüklüğün 260.219 m² altında kalmaktadır. Bu durum, söz konusu üniversite hastanelerinin fiziksel altyapı planlamasında yönetmelik gerekliliklerini karşılamadığını göstermektedir.



Şekil 6.2: Ankara Metropolen Alanı'ndaki Üniversite Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.2'ye göre, üniversite hastanelerinin büyük çoğunluğu Altındağ, Çankaya, Mamak ve Yenimahalle gibi merkezi ilçelerde konumlanmıştır. Bu dağılım rastlantısal değil, doğrudan Ankara'nın Cumhuriyet döneminde benimsenen planlı kentleşme politikalarının bir sonucudur.

Ankara'nın başkent ilan edilmesinin ardından, modern bir yönetim ve eğitim merkezi olarak kurgulanması sürecinde ilk yerleşim bölgeleri Kızılay, Sıhhiye ve Ulus ekseninde gelişmiştir. Bu merkezi alanlar hem idari hem de sosyal altyapının odak noktası olmuş; ilk üniversiteler, araştırma kurumları ve eğitim hastaneleri de bu eksende konumlanmıştır. Bugün hâlâ Ankara Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi'ne bağlı büyük ölçekli hastanelerin bu bölgelerde hizmet vermesi, tarihsel planlama kararlarının mekânsal sürekliliğini yansıtmaktadır.

6.1.3. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na veya üniversitelere bağlı olarak faaliyet gösteren, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Bu hastaneler yalnızca ileri düzey tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sunmakla kalmaz; aynı

zamanda tıp eğitimi, uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimi verilen, bilimsel araştırmaların yürütüldüğü akademik merkezler olarak da işlev görür. Tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında klinik direktörlük ve başasistanlık gibi pozisyonlara akademik yeterliliğe sahip hekimler atanmakta; bu hastanelerde Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) ile yerleştirilen hekimlere ihtisas eğitimi verilmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, yalnızca ileri düzey tedavi hizmetleri sunmakla kalmayıp, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin bilimsel gelişimini destekleyen merkezler olarak da kritik bir rol üstlenmektedir [Tatar ve diğerleri, 2011].

Özel dal hastaneleri ise yalnızca belirli bir tıbbi uzmanlık alanında tanı, tedavi ve bakım hizmeti sunmak üzere yapılandırılmış sağlık kuruluşlarıdır. Hizmet sunumları faaliyet gösterdikleri branşla sınırlı olup, bu kapsam dışındaki alanlarda hizmet vermeleri mevzuat gereği mümkün değildir. Genellikle kardiyoloji, ortopedi, göz hastalıkları veya kadın hastalıkları gibi alanlarda uzmanlaşan bu kurumlar, yüksek teknolojiye sahip ekipmanlar ve alanında deneyimli personel ile hızlı ve etkili müdahale imkânı sunar [Tatar ve diğerleri, 2011].

Tablo 6.4'e göre, Ankara'daki eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal hastaneleri; genel, onkoloji, kadın doğum ve çocuk, fizik tedavi ve göz branşlarında hizmet veren toplam 12 kamu sağlık kurumunu kapsamaktadır. Bu kurumlar, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde öngörülen yatak başına 130 m²'lik alan standardı doğrultusunda değerlendirilmiştir.

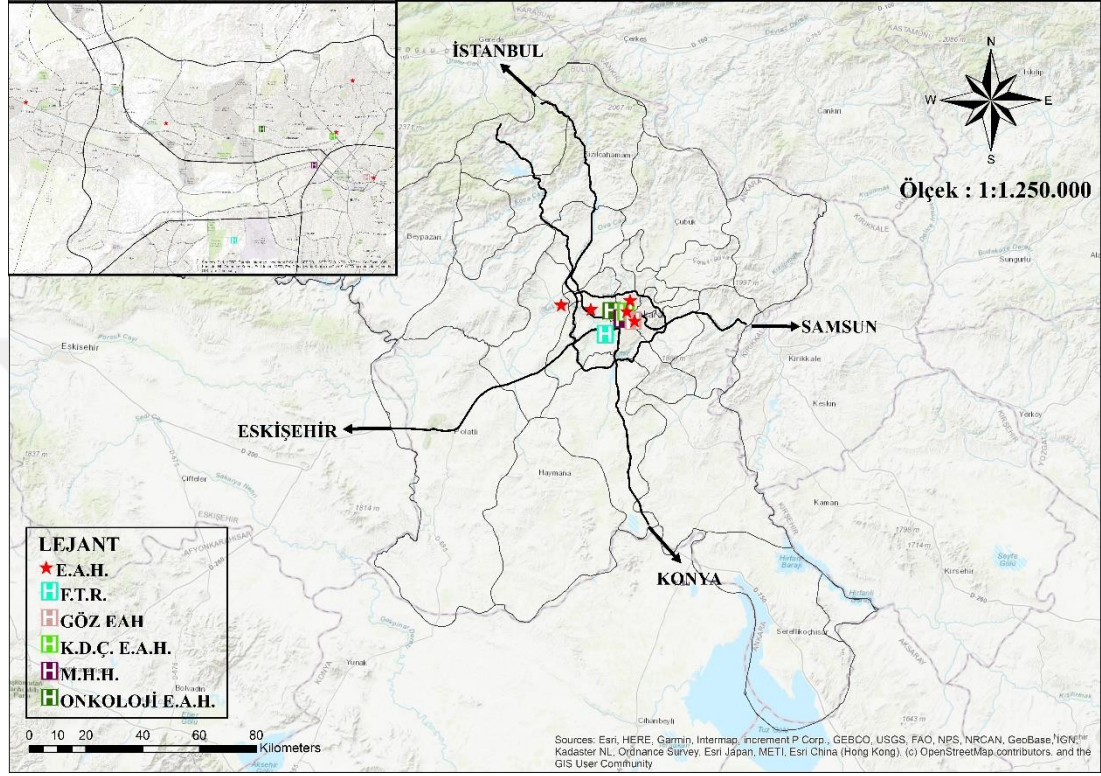
Tablo 6.4: Ankara Metropoliten Alanı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması [Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2025]

SIRA NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN YATAK SAYISI	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m ²)	YÖNETMELİĞE GÖRE OLMASI GEREKEN (m ²)	FARK (m ²)
1	Keçiören	Gülhane EAH	G.H	1.100	292.226,27	143.000,00	149.226,27
2	Keçiören	Atatürk Sanatoryum EAH	G.H	930	152.094,00	120.900,00	31.194,00
3	Altındağ	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH	G.H	600	49.720,00	78.000,00	-28.280,00
4	Altındağ	Ankara EAH	G.H	670	74.244,00	87.100,00	-12.856,00
5	Sincan	Sincan EAH	G.H	525	87.696,43	68.250,00	19.446,43
6	Yenimahalle	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH	ONKOLOJİ	500	152.178,00	65.000,00	87.178,00
7	Yenimahalle	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH	K.D.Ç	429	200.737,00	55.770,00	144.967,00
8	Altındağ	Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH	Ç.H.H	418	19.591,34	54.340,00	-34.748,66
9	Yenimahalle	Yenimahalle EAH	G.H	260	60.022,00	33.800,00	26.222,00
10	Çankaya	Ankara Gaziler FTR EAH	F.T.R	210	367.144,00	27.300,00	339.844,00
11	Altındağ	Ankara Ulucanlar Göz EAH	GÖZ	85	1.403,00	11.050,00	-9.647,00
12	Yenimahalle	Gazi Mustafa Kemal MHH	M.H.H.	155	20.965,71		
TOPLAM				5.882	1.478.021,75	764.660,00	713.361,75

Toplam 5.882 yatak kapasitesi bulunan bu hastaneler için yönetmelik uyarınca gerekli minimum alan 764.660 m² olarak hesaplanmıştır. Fiilen ayrılmış toplam parsel büyüklüğü ise 1.478.021,75 m² olup, bu değer öngörülen büyüklüğün 713.361,75 m² üzerinde gerçekleşmiştir. Bu durum, genel olarak hastanelerin büyük çoğunluğunun fiziksel alan açısından yönetmelik standartlarının üzerinde planlandığını göstermektedir.

Kurumsal düzeyde değerlendirildiğinde; en fazla alan fazlası Ankara Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EAH'de (+339.844 m²) gözlemlenirken; Gülhane EAH

(+149.226 m²) ve Etlik Zübeyde Hanım Hastanesi (+144.967 m²) bu hastaneyi izlemektedir. Öte yandan, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları EAH (-34.748 m²), Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH (-28.280 m²) ve Ankara EAH (-12.856 m²) gibi bazı hastaneler, yönetmelikte öngörülen minimum alanın altında kalmaktadır.



Şekil 6.3: Ankara Metropolen Alanı'ndaki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.3'e göre, eğitim ve araştırma hastanelerinin Ankara Metropolen Alanı'nda batı, kuzey ve merkez akslarında konumlandığı; doğu aksının ise nispeten düşük yoğunluk gösterdiği görülmektedir. Bu dağılım, başkentin sağlık altyapısının mekânsal erişiminde bölgesel dengesizlikler olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, Ankara'daki eğitim ve araştırma hastaneleri, hem sağlık hizmet sunumunun çekirdek alanını hem de uzmanlık eğitiminin yürütüldüğü merkezleri oluşturmaktadır. Yüksek yatak kapasiteleri, branş çeşitliliği ve stratejik konumlarıyla, başkentin sağlık sisteminde kritik bir rol üstlenmektedirler.

6.1.4. Genel ve İlçe Hastaneleri

Genel hastaneler, Türkiye sağlık sistemi içinde ikinci basamak hizmet sunumunu üstlenen, çok disiplinli yapıya sahip kurumlardır. En az 50 yatak kapasitesine sahip bu hastaneler, yaş ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin toplumun tüm kesimlerine ayaktan ve yatarak sağlık hizmeti sunar. Dahiliye, cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, ocuk sağlığı gibi temel branşlarda tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri verilmekte; acil servis, doğumhane, ameliyathane ve laboratuvar gibi birimler aracılığıyla kapsamlı hizmet sağlanmaktadır. İleri düzey tanı ve tedavi gerektiren durumlarda ise hastalar, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmektedir. Bu hastaneler Sağlık Bakanlığı'na, üniversitelere ya da özel sektöre bağlı olarak faaliyet gösterebilmektedir [Tatar ve diğerleri, 2011].

İlçe hastaneleri ise genellikle daha küçük yerleşimlerde, düşük nüfuslu ilçelerde veya kırsal alanlarda hizmet veren ikinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Temel uzmanlık alanlarında (iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, ocuk sağlığı vb.) tanı ve tedavi hizmeti sunan bu kurumlar, ileri düzey gereksinimlerde hastaları il merkezlerindeki büyük hastanelere yönlendirmektedir. Uzman hekim sayısının sınırlı olduğu bu hastanelerde, bazı hizmetler gezici ya da görevlendirilmiş uzman hekimler tarafından sağlanmaktadır. İlçe hastaneleri, özellikle kırsal nüfusun temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlaması açısından stratejik bir işlev üstlenmektedir [Tatar ve diğerleri, 2011].

Ankara Metropoliten Alanı'nda hizmet veren genel ve ilçe hastaneleri, sağlık sisteminin ikinci basamağında konumlanarak yaygın ve erişilebilir uzmanlık hizmetleri sunmaktadır. Tablo 5.4 verilerine göre, Ankara iline bağlı toplam 23 devlet hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerin tümü, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde yatak başına öngörülen 130 m² alan standardı temel alınarak analiz edilmiştir.

Tablo 6.5:Ankara Metropolen Alanı Devlet Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması [Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2025]

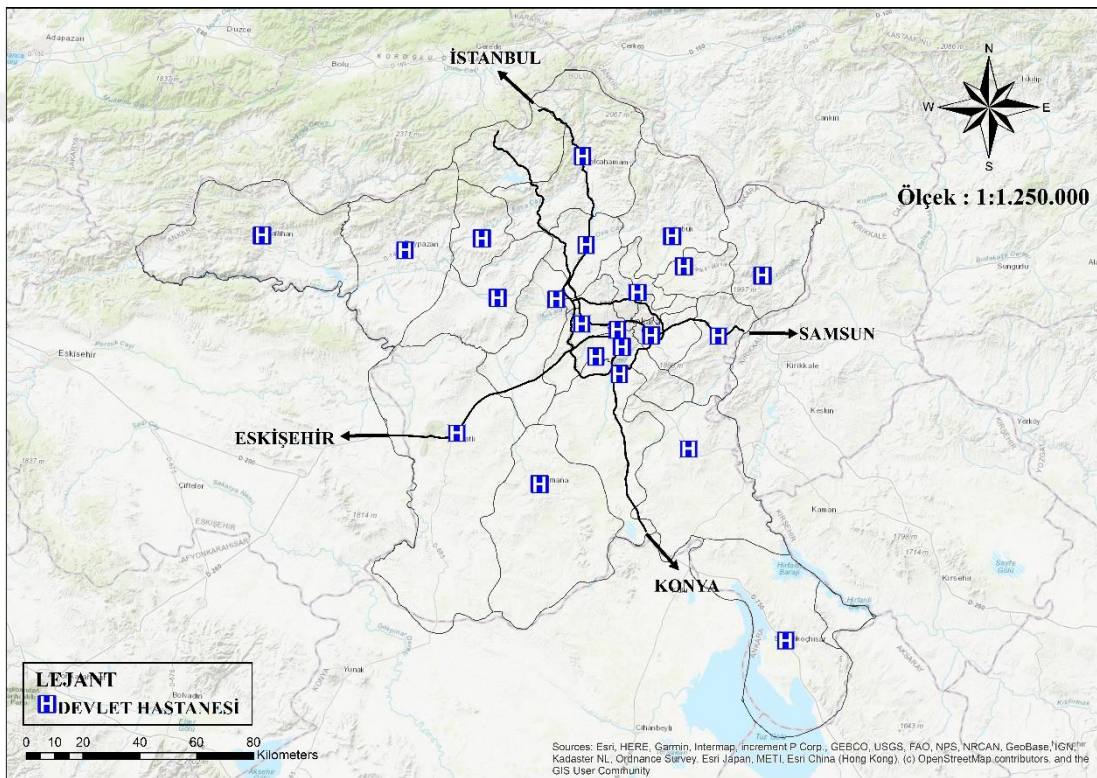
S. NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN YATAK SAYISI	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m ²)	YÖNETMELİĞE GÖRE OLMASI GEREKEN (m ²)	FARK (m ²)
1	Polatlı	Polatlı Duatepe DH	G.H	305	61.879,66	39.650,00	22.229,66
2	Gölbaşı	Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy DH	G.H	255	40.010,00	33.150,00	6.860,00
3	Etimesgut	Etimesgut Şehit Sait Ertürk DH	G.H	250	37.168,00	32.500,00	4.668,00
4	Mamak	Mamak DH	G.H	200	35.718,00	26.000,00	9.718,00
5	K.Kazan	Kahramankazan DH	G.H	190	52.626,00	24.700,00	27.926,00
6	Pursaklar	Pursaklar DH	G.H	150	40.000,00	19.500,00	20.500,00
7	Çankaya	29 Mayıs DH	G.H	106	2.795,00	13.780,00	-10.985,00
8	Çubuk	Çubuk Halil Şıvgın DH	G.H	100	13.099,00	13.000,00	99,00
9	Çankaya	Beytepe Şehit Murat Erdi Eker DH	G.H	100	134.800,00	13.000,00	121.800,00
10	Yenimahalle	Beştepe DH	G.H	100	1.752,00	13.000,00	-11.248,00
11	Beypazarı	Beypazarı DH	G.H	85	34.503,00	11.050,00	23.453,00
12	Elmadag	Elmadag Dr. Hulusi Alataş DH	G.H	82	11.004,00	10.660,00	344,00
13	Kızılcahamam	Kızılcahamam DH	G.H	75	7.500,00	9.750,00	-2.250,00
14	Ayaş	Ayaş Şehit Mehmet Çifci DH	G.H	75	13.880,56	9.750,00	4.130,56
15	Haymana	Haymana DH	G.H	65	14.186,00	8.450,00	5.736,00
16	Nallıhan	Nallıhan DH	G.H	52	9.500,00	6.760,00	2.740,00
17	Şereflikoçhisar	Şereflikoçhisar DH	G.H	50	17.106,81	6.500,00	10.606,81
18	Akyurt	Akyurt DH	G.H	50	20.000,00	6.500,00	13.500,00
19	Kalecik	Kalecik İlçe DH	İ.H	25	5.286,00	3.250,00	2.036,00
20	Güdül	Güdül İlçe DH	İ.H	25	3.935,00	3.250,00	685,00
21	Bala	Bala İlçe DH	İ.H	20	4.221,82	2.600,00	1.621,82
22	Sincan	Ankara Ceza İnfaz Kurumları Kampüsü DH*	G.H	15	0,00	1.950,00	-1.950,00
23	Çankaya	Ankara Meclis DH *	G.H	5	0,00	650,00	-650,00
TOPLAM				2.380,00	560.970,85	309.400,00	251.570,85

Toplam 2.380 yatak kapasitesi bulunan bu hastaneler için yönetmelik uyarınca gerekli minimum alan 309.400 m² iken, fiilen ayrılmış toplam parsel büyüklüğü 560.970,85 m² olarak gerçekleşmiştir. Bu da toplamda 251.570,85 m²'lik bir fazla alana işaret etmektedir.

Kurumsal düzeyde incelendiğinde, en büyük alan fazlası Beytepe Şehit Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi'nde (+121.800 m²) gözlenmektedir. Bunu sırasıyla Kahramankazan DH (+27.926 m²) ve Polatlı Duatepe DH (+22.229 m²) izlemektedir.

Buna karşılık, 29 Mayıs DH (-10.985 m²), Beştepe DH (-11.248 m²) ve Etimesgut Şehit Sait Ertürk DH (-4.668 m²) gibi bazı hastaneler, öngörülen asgari alanın altında kalmaktadır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Ankara'daki devlet hastanelerinin büyük çoğunluğu, fiziksel alan açısından yönetmelik standartlarını karşıladığı gibi çoğu durumda bu standartların üzerine çıkmaktadır. Bu durum, ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde mekânsal sürdürülebilirliğini sağlamak açısından olumlu bir tabloyu yansıtmaktadır.



Şekil 6.4: Ankara Metropolen Alanı'ndaki Devlet Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.4'e göre, hastanelerin büyük bölümü Ankara'nın merkez ilçeleri ile çevre ilçeleri arasında dengeli bir biçimde dağılmıştır. Özellikle Etimesgut, Mamak, Pirsaklar ve Gölbaşı gibi nüfusu hızla artan ilçelerde birden fazla, geniş kapasiteli devlet hastanesi bulunmaktadır. Bu dağılım, söz konusu bölgelerdeki hizmet ihtiyacının mekânsal karşılığını ortaya koymaktadır.

Kırsal nitelikli ilçelerde yer alan ilçe hastaneleri ise daha küçük ölçekli olup, yalnızca temel düzeyde hizmet sunabilmektedir. Kalecik, Güdül ve Bala gibi ilçelerdeki

hastaneler, çoğunlukla tanı ve basit tedavi hizmetleri sunmakta; ileri düzey sağlık ihtiyaçlarında hastalar şehir merkezlerine ya da büyük ölçekli hastanelere sevk edilmektedir. Bu durum, ilçe hastanelerinin coğrafi erişimi sağlamaya yönelik tamamlayıcı rolünü ve bölgesel sağlık sisteminin temelini oluşturmadaki önemini vurgulamaktadır.

6.1.5. Özel Hastaneler

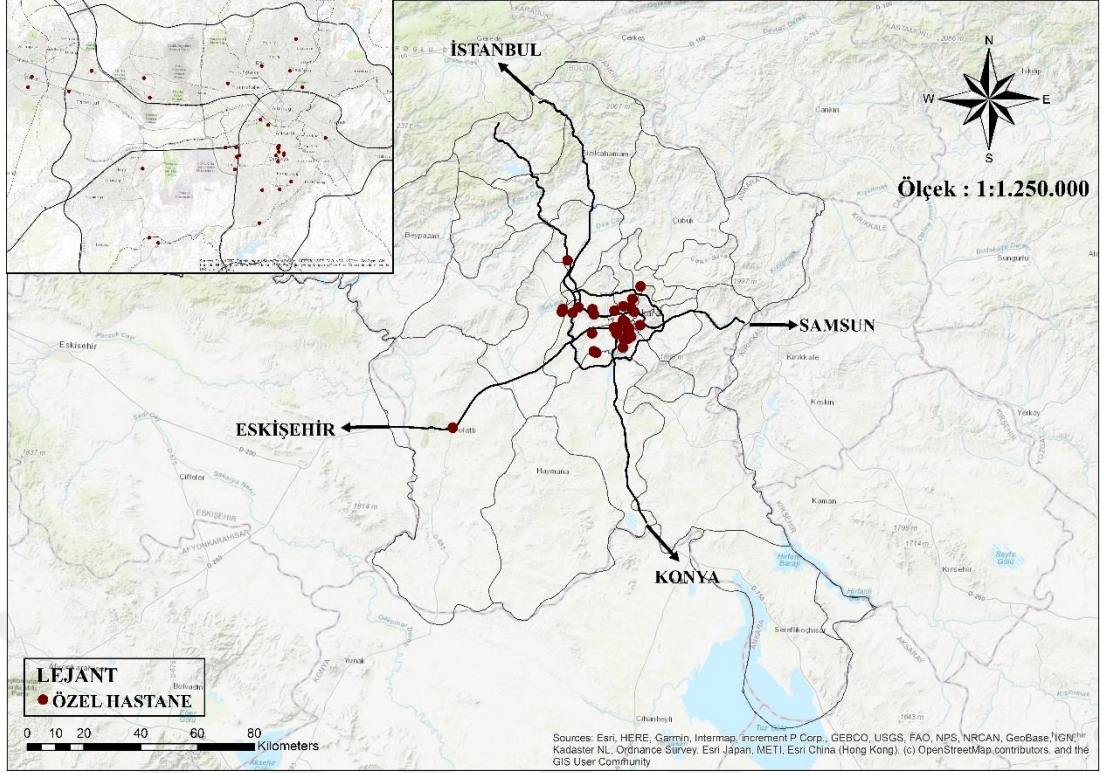
Özel hastaneler, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara uygun olarak faaliyet gösteren ve 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü bulunan sağlık kuruluşlarıdır **[Resmî Gazete, 2025]**.

Ankara Metropoliten Alanı'nda faaliyet gösteren 37 özel hastaneye ilişkin veriler, Tablo 6.6 'da sunulmuştur. Her ne kadar Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği özel hastaneler için ayrı bir parsel büyüklüğü standardı öngörmese de, bu çalışma kapsamında karşılaştırmalı bir analiz yapılabilmesi amacıyla devlet hastaneleri için tanımlanan yatak başına 130 m² açık alan standardı esas alınmıştır.

Bu doğrultuda özel hastanelerin toplam yatak kapasitesine karşılık olması gereken minimum alan 449.020 m² olarak hesaplanmış; ancak fiilen ayrılmış parsel büyüklüğü yalnızca 143.541,71 m² düzeyinde kalmıştır. Bu durum, toplamda 305.478,29 m²'lik ciddi bir alan eksikliğine işaret etmektedir.

**Tablo 6.6: Ankara Metropolis Alanı Özel Hastaneler Standart Alan Karşılaştırılması
[Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2025]**

S. NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN YATAK SAYISI*	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m²)	Y. GÖRE OLMASI GEREKEN (m²)	FARK (m²)
1	Etimesgut	Özel A Life Park Hospital Ankara H.	Ö.G.H.	141	7.130,00	18.330,00	-11.200,00
2	Pursaklar	Özel A Life Park Hospital K.Ankara H.	Ö.G.H.	100	2.226,00	13.000,00	-10.774,00
3	Çankaya	Özel Acıbadem Ankara Hastanesi	Ö.G.H.	103	1.692,00	13.390,00	-11.698,00
4	Altındağ	Özel Akropol Hastanesi	Ö.G.H.	50	637,00	6.500,00	-5.863,00
5	Çankaya	Özel Ankara Güven H.	Ö.G.H.	254	3.858,00	33.020,00	-29.162,00
6	Çankaya	Özel Ankara Magnet H.	Ö.G.H.	75	955,00	9.750,00	-8.795,00
7	Çankaya	Özel Ankara Umut H.	Ö.G.H.	68	944,00	8.840,00	-7.896,00
8	Çankaya	Özel Bayındır H.	Ö.G.H.	131	5.857,00	17.030,00	-11.173,00
9	Çankaya	Özel Bayındır Kavaklıdere H.	Ö.G.H.	23	1.686,00	2.990,00	-1.304,00
10	Y.Mahalle	Özel Bilgi Hastanesi	Ö.G.H.	94	2.320,00	12.220,00	-9.900,00
11	K.Kazan	Özel Boylam Psikiyatri H.	Ö. PSK	0	26.412,30	0,00	26.412,30
12	Çankaya	Özel Çankaya Hastanesi	Ö.G.H.	54	1.867,19	7.020,00	-5.152,81
13	Çankaya	Özel Çankaya Yaşam Hastanesi	Ö.G.H.	22	849,00	2.860,00	-2.011,00
14	Çankaya	Özel Dünya Göz Dal Hastanesi	GÖZ	0	1.084,00	0,00	1.084,00
15	Etimesgut	Özel Eryaman Hastanesi	Ö.G.H.	78	4.252,00	10.140,00	-5.888,00
16	Çankaya	Özel Hrs Ankara Kadın Hastanesi	Ö.K.D.	17	2.482,00	2.210,00	272,00
17	Gölbaşı	Özel İncek FTR H.	Ö.F.T.R.	182	6.885,00	23.660,00	-16.775,00
18	Çankaya	Özel Koru Ankara H.	Ö.G.H.	205	5.108,00	26.650,00	-21.542,00
19	Sincan	Özel Koru Sincan H.	Ö.G.H.	56	2.281,00	7.280,00	-4.999,00
20	Çankaya	Özel Kudret Göz H.	Ö. GÖZ	23	901,00	2.990,00	-2.089,00
21	Çankaya	Özel Kudret International Hospital	Ö.G.H.	66	810,00	8.580,00	-7.770,00
22	Çankaya	Özel Liv Hospital Ankara Hastanesi	Ö.G.H.	60	2.974,00	7.800,00	-4.826,00
23	Çankaya	Özel Lokman Hekim Akay Hastanesi	Ö.G.H.	121	1.967,00	15.730,00	-13.763,00
24	Sincan	Özel Lokman Hekim Ankara Hastanesi	Ö.G.H.	216	4.090,00	28.080,00	-23.990,00
25	Keçiören	Özel Lokman Hekim Hastanesi (Etlik)	Ö.G.H.	100	2.460,00	13.000,00	-10.540,00
26	Gölbaşı	Özel Lösante Çocuk ve Yetişkin Hastanesi	Lösemili Çocuklar Hastanesi	75	17.161,00	9.750,00	7.411,00
27	Y.Mahalle	Özel Medicalpark Ankara Hastanesi	Ö.G.H.	158	4.502,00	20.540,00	-16.038,00
28	Çankaya	Özel Medica International Ankara H.	Ö.G.H.	225	5.500,00	29.250,00	-23.750,00
29	Çankaya	Özel Medisun Çayyolu H.	Ö.G.H.	75	824,00	9.750,00	-8.926,00
30	Çankaya	Özel Memorial Ankara H.	Ö.G.H.	169	4.718,00	21.970,00	-17.252,00
31	Çankaya	Özel Mim Hastanesi	Ö.G.H.	100	1.800,00	13.000,00	-11.200,00
32	Mamak	Özel Natomed Hastanesi	Ö.G.H.	70	2.108,00	9.100,00	-6.992,00
33	Çankaya	Özel Ortadoğu 19 Mayıs Hastanesi	Ö.G.H.	19	1.888,22	2.470,00	-581,78
34	Y.Mahalle	Özel Ortadoğu Hastanesi	Ö.G.H.	140	2.440,00	18.200,00	-15.760,00
35	Polatlı	Özel Polatlı Can H.	Ö.G.H.	33	1.581,00	4.290,00	-2.709,00
36	Keçiören	Özel Vm Medicalpark Ankara Hastanesi	Ö.G.H.	75	7.121,00	9.750,00	-2.629,00
37	Çankaya	Özel Yüzüncüyıl H.	Ö.G.H.	76	2.171,00	9.880,00	-7.709,00
TOPLAM					143.541,71	449.020,00	-305.478,29
*Kurum yatak sayıları hastanelerin internet siteleri araştırılarak yazar tarafından düzenlenmiştir.							



Şekil 6.5: Ankara Metropolen Alanı'ndaki Özel Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.5 ve Tablo 6.6. verilerine göre, özel hastaneler Ankara'nın Çankaya, Yenimahalle, Etimesgut ve Keçiören gibi nüfus ve gelir düzeyi yüksek merkezî ilçelerinde yoğunlaşmaktadır. Bu mekânsal yoğunlaşma, özel sağlık hizmetlerinin talep odaklı ve pazar yönelimli bir planlama anlayışıyla şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Örneğin, Polatlı ve Gölbaşı gibi daha çeperde kalan ilçelerde yalnızca birer özel hastane bulunmaktadır. Buna karşın Çankaya ilçesi sınırları içerisinde 20'den fazla özel hastane yer almaktadır. Bu durum, özel hastanelerin sağlık sistemine kamusal altyapıyı tamamlayıcı değil, seçici ve kâr odaklı bir yaklaşımla katkı sunduğunu göstermektedir.

Özel hastanelerin çoğunun, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde kamu sağlık tesisleri için tanımlanan minimum parsel büyüklüğü standardını karşılayamaması, sağlık hizmetlerinin mekânsal sürdürülebilirliği açısından dikkat çekicidir. Örneğin, Özel Acıbadem Ankara Hastanesi (-11.698 m²), Özel Lokman Hekim Sincan Hastanesi (-23.990 m²) ve Özel Medicana International Ankara Hastanesi (-23.750 m²)

gibi yüksek yatak kapasiteli birçok hastane, öngörülen minimum alanın oldukça altında yer almaktadır.

Bu durum, özel sağlık yatırımlarının planlama sistematığıyla yeterince bütünleşmediğini; kent genelinde dengeli hizmet sunumunu zorlaştırdığını göstermektedir. Mekânsal planlamaya entegre olmayan bu yapılaşma, bazı bölgelerde aşırı yoğunluk yaratırken, diğer bölgelerde erişim yetersizliği doğurabilmektedir.

Genel olarak, özel hastanelerin Ankara'daki mevcut mekânsal yapılanması, rekabetçi ve merkez-odaklı bir dağılım modeli ortaya koymakta; bu durum, uzun vadeli sağlık hizmet planlaması açısından stratejik riskler barındırmaktadır. Bu nedenle, özel sağlık hizmetlerinin mekânsal olarak daha dengeli bir biçimde dağılımını sağlayacak yönetsel düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

6.1.6. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanesi

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri (ADSH), diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici hizmet sunan kurumsal yapılardır. Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre ADSM'ler, en az 10 diş ünitesine sahip, gerektiğinde yatarak tedavi imkânı da sağlayabilen bağımsız kuruluşlardır. Klinik hizmetlerin yanı sıra protez uygulamaları, ortodontik tedaviler ve ağız-diş sağlığını geliştirmeye yönelik koruyucu hizmetler de bu merkezlerin temel faaliyet alanları arasında yer almaktadır [Zengin, 2013].

Tablo 6.7'ye göre Ankara'da toplam 3 adet ADSH ve 8 adet ADSM bulunmaktadır. ADSH'ler, genellikle yüksek sayıda ünitesi ve yataklı tedavi kapasitesiyle hizmet sunan büyük ölçekli sağlık kuruluşlarıdır. ADSM'ler ise daha düşük ünite kapasitesine sahip olup, ağırlıklı olarak ayakta tedaviye odaklanmaktadır.

Tablo 6.7: Ankara Metropolitan Alanı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Hastaneleri Standart Alan Karşılaştırılması [Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2025]

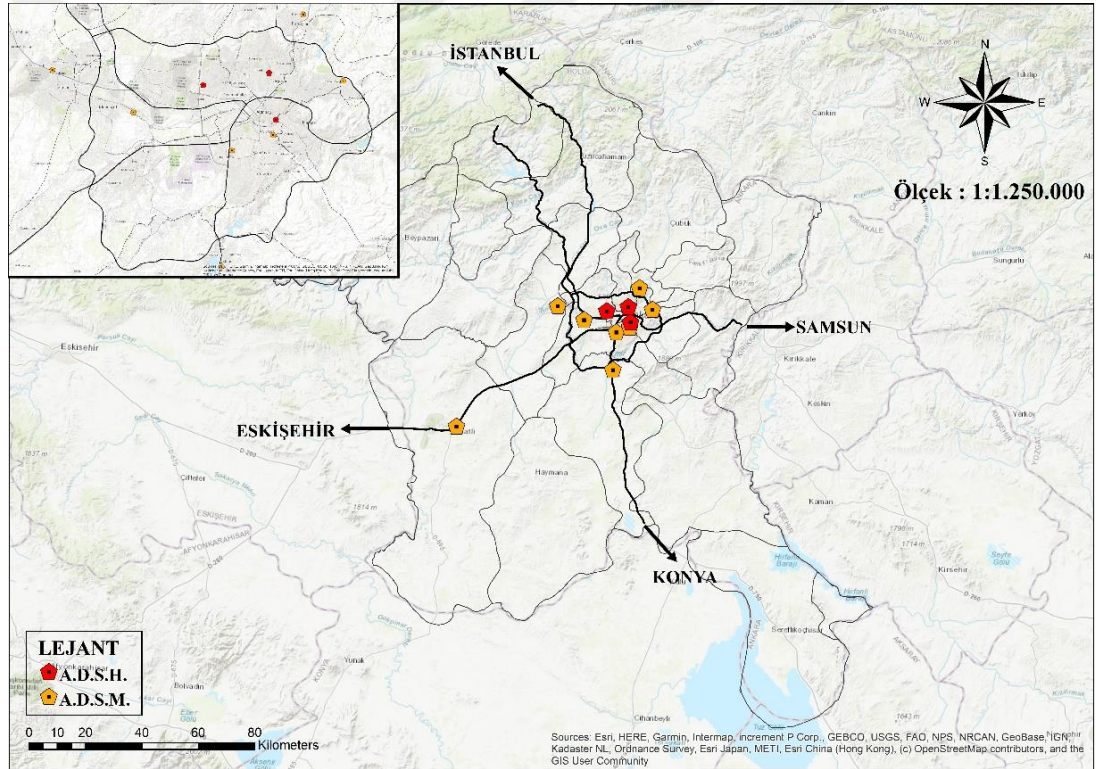
S. NO	İLÇE	KURUM ADI	KURUM TÜRÜ	TESCİL EDİLEN ÜNİT SAYISI*	PARSEL BÜYÜKLÜĞÜ (m ²)	YÖNETMELİĞE GÖRE OLMASI GEREKEN (m ²)	FARK (m ²)
1	Altındağ	75.Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi*	A.D.S.H.	142	0,00	0,00	0,00
2	Keçiören	Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	A.D.S.H.	122	2.500,00	13.420,00	-10.920,00
3	Yenimahalle	Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi*	A.D.S.H.	59	0,00	0,00	0,00
4	Sincan	Sincan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi*	A.D.S.H.	90	0,00	0,00	0,00
5	Çankaya	Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	72	1.517,00	7.920,00	-6.403,00
6	Çankaya	Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	62	1.702,00	6.820,00	-5.118,00
7	Gölbaşı	Gölbaşı Ülkü Ulusoy Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	59	6.608,00	6.490,00	118,00
8	Etimesgut	Etimesgut Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	49	126.152,79	5.390,00	120.762,79
9	Altındağ	Karapürçek Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	44	5.114,00	4.840,00	274,00
10	Pursaklar	Pursaklar Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	A.D.S.M.	25	2.576,00	2.750,00	-174,00
11	Polatlı	Polatlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi*	A.D.S.M.	20	0,00	0,00	0,00
TOPLAM				744	146.169,79	47.630,00	98.539,79
*Mevcut hastane bahçesi sınırları içinde yer alması nedeniyle söz konusu alan, bağımsız bir parsel olarak ele alınmamış ve değerlendirmeye dahil edilmemiştir.							

Bu çalışma kapsamında, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde her bir diş ünitesi için öngörülen 110 m² açık alan standardı esas alınarak analiz gerçekleştirilmiştir. Toplam 744 ünite üzerinden yapılan hesaplamada, bu sağlık tesisleri için gerekli asgari toplam alan 81.840 m² olarak belirlenmiştir. Buna karşılık, fiilen ayrılmış olan toplam

parsel büyüklüğü 146.169,79 m²'dir. Bu durum, genel düzeyde 64.329,79 m²'lik bir alan fazlası olduğunu göstermektedir.

Ancak bu fazlalık büyük oranda Etimesgut ADSM'nin sahip olduğu 126.152,79 m²'lik olağanüstü geniş parsel alanından kaynaklanmaktadır. Diğer merkezlerin çoğu yönetmelikte belirtilen asgari alan gerekliliklerinin altında kalmaktadır. Örneğin; Tepebaşı ADSH (-10.920 m²), Balgat ADSM (-6.403 m²) ve Topraklık ADSM (-5.118 m²) yönetmelik standartlarını karşılayamamaktadır.

Ayrıca 75. Yıl, Osmanlı, Sincan ve Polatlı'daki bazı kurumlar, mevcut büyük hastane bahçesi içinde konumlandığı ve bağımsız parsel tanımı bulunmadığı için analiz dışı bırakılmıştır.



Şekil 6.6: Ankara Metropoliten Alanı'ndaki Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Hastanelerinin Mekânsal Dağılımları [Yazar Tarafından Oluşturulmuştur].

Şekil 6.6'da görüldüğü üzere, ADSM ve ADSH'lerin büyük bir kısmı kent merkezine yakın ilçelerde (Altındağ, Çankaya, Keçiören, Yenimahalle, Sincan) konumlanmaktadır. Bu dağılım, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin talep yoğunluğuna ve nüfus yoğunluklarına göre şekillendiğini göstermektedir. Özellikle yüksek hasta

potansiyeline sahip merkezî bölgelerdeki kümelenme, bu hizmetlerin mekânsal planlama sürecinde merkez odaklı bir yönelimle biçimlendiğini ortaya koymaktadır.

6.2. Bölüm Sonu Değerlendirme

Bu bölümde gerçekleştirilen analizler, Ankara Metropoliten Alanı’nda farklı kurumsal statülere sahip sağlık tesislerinin Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği’nde tanımlanan minimum parsel büyüklüğü standartları ile karşılaştırılmasını kapsamaktadır. Amaç, mevcut fiziksel altyapının yasal planlama normlarına ne ölçüde uygunluk gösterdiğini ortaya koymak ve sağlık hizmet sunumunun mekânsal sürdürülebilirliğini değerlendirmektir.

Tablo 6.8:Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin Mevzuat Standartları Üzerinden Değerlendirilmesi

Sağlık Tesisi Türü	Değerlendirme
Şehir Hastaneleri	Yeterli – Parsel büyüklükleri yönetmelik standartlarının oldukça üzerinde
Üniversite Hastaneleri	Yetersiz – Tüm hastaneler yönetmelikte öngörülen minimum alanın altında
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Yeterli – Genel olarak yönetmelik standartlarının üzerinde alanlara sahip
Genel ve İlçe Hastaneleri	Kısmen Yeterli – Bazı hastaneler eksik olsa da genel olarak standartları karşılamakta
Özel Hastaneler	Yetersiz – Büyük çoğunluğu yönetmelik standardının oldukça altında alanlarda hizmet vermekte
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Hastaneleri	Kısmen Yeterli – Toplamda yeterli görünse de bazı merkezlerde ciddi alan eksikliği mevcut

Öncelikle şehir hastaneleri bağlamında yapılan değerlendirme, Ankara’daki iki büyük sağlık kampüsünün (Bilkent ve Etlik) yönetmelikte öngörülen standartların oldukça üzerinde bir alan tahsisine sahip olduğunu göstermiştir. Bu hastaneler, yalnızca yatak başına düşen alan gerekliliğini karşılamakla kalmayıp, %39’a varan fazlalıkla geniş birer sağlık yerleşkesi olarak kurgulanmıştır. Bu durum, şehir hastanelerinin yalnızca hizmet sunumu değil, aynı zamanda ulaşım, açık alan, otopark, lojistik destek gibi mekânsal gereklilikleri de karşılayacak biçimde tasarlandığını göstermektedir. Ancak bu büyüklük, literatürde de sıkça vurgulanan biçimde, şehir bütünü açısından orantısız ve maliyetli yatırımların da önünü açmaktadır.

Üniversite hastaneleri ise aksine, neredeyse tamamı için ciddi düzeyde alan eksikliği tespit edilen kurumlardır. Ankara'daki köklü üniversitelerin (Ankara, Gazi, Hacettepe, Başkent, Ufuk) hastaneleri, yatak başına düşen alan açısından büyük oranda yönetmelik sınırlarının altında kalmaktadır. Bu durumun temel nedeni, üniversite hastanelerinin 20. yüzyılın ilk yarısında kentsel çekirdek bölgelerde planlanmış olması ve günümüzde bu bölgelerde genişlemeye imkân verecek yeterli arazi bulunmamasıdır. Bu durum, üniversite hastanelerinin kapasite artırımı ve yeniden yapılanma süreçlerinde mekânsal kısıtlara takıldığını göstermektedir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri grubunda ise karmaşık bir tablo ortaya çıkmaktadır. Bir kısmı yönetmelik standartlarının oldukça üzerinde alanlara sahipken, bazıları ciddi düzeyde eksiklik içermektedir. Özellikle bazı özel dal hastanelerinin (örneğin göz, çocuk sağlığı ve onkoloji) küçük parsellerde faaliyet gösterdiği gözlemlenmiştir. Bununla birlikte genel eğilim, eğitim ve araştırma hastanelerinin planlamada daha geniş alanlara sahip olduğu yönündedir. Bu da söz konusu hastanelerin yalnızca sağlık hizmeti değil, aynı zamanda uzmanlık eğitimi ve bilimsel araştırma yürütme işlevleri dikkate alınarak planlandığını göstermektedir.

Genel ve ilçe hastaneleri için yapılan analizlerde ise, yoğunluğunun yönetmelik standartlarını karşılayan veya aşan fiziksel alanlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Özellikle çeper ilçelerde yer alan bazı hastanelerin, mevcut nüfus yoğunluğuna kıyasla oldukça geniş alanlar üzerinde kurulduğu gözlenmiştir. Bu durum, hem potansiyel nüfus artışına yönelik hazırlık hem de arsa temininde yaşanan zorlukların merkezi alanlara kıyasla daha az olmasıyla açıklanabilir. Ancak birkaç ilçe hastanesinde parsel alanı eksiklikleri bulunmakta ve bu durum gelecekteki genişleme planları açısından bir risk oluşturabilir.

Özel hastaneler ise genel olarak ciddi mekânsal eksikliklere sahip olup, büyük bir kısmının asgari alan standardının oldukça altında faaliyet gösterdiği tespit edilmiştir. Çoğu kentsel merkezde küçük parseller üzerinde yoğunlaşmış bu hastaneler, kamu sağlık altyapısını tamamlamaktan ziyade, piyasa koşullarına dayalı, talep odaklı bir hizmet modeli sunmaktadır. Bu nedenle, özel hastanelerin planlama sistematikle entegrasyonu zayıf kalmakta; kamuya kıyasla daha esnek ancak mekânsal sürdürülebilirlik açısından tartışmalı bir yapı arz etmektedir.

Ağız ve diş sağlığı tesisleri bağlamında yapılan analizde ise yine çok merkezli bir durum görülmektedir. Bazı merkezler oldukça geniş parsellerde faaliyet göstermekteyken, özellikle kent merkezine yakın bazı ADSM'lerin ciddi alan yetersizlikleri göze çarpmaktadır. Yönetmelikte ünite başına tanımlanan 110 m² alan standardına göre yapılan karşılaştırmalar, söz konusu sağlık tesislerinin mekânsal planlamasında bir standardizasyon eksikliği olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bazı merkezlerin hastane kampüsleri içinde yer alması ve bağımsız parsel verisinin bulunmaması, analizde veri sınırlılığı yaratmıştır.

Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, kamu hastanelerinin büyük çoğunluğu alan standartlarını karşılamakta ya da aşmakta; üniversite ve özel hastaneler ise genellikle bu standartların altında kalmaktadır. Bu durum, planlama sisteminin kamu yatırımlarında daha belirleyici olduğunu; özel sektör ve akademik kurumların ise çoğunlukla mevcut kentsel yapıya eklenilerek geliştiğini göstermektedir.

7. SONUÇLAR VE YORUMLAR

Bu tez çalışmasında, Ankara Metropoliten Alanı özelinde sağlık hizmetlerinin fiziksel altyapısı ve insan gücü göstergeleri, kent planlama kararları ve yasal-mevzuat temelli standartlar çerçevesinde bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir. Çalışmada, sağlık tesislerinin nicel yeterliliği kadar, bu kapasitenin hangi planlama ve politika süreçleriyle şekillendiği de sorgulanmış; tarihsel, mekânsal, istatistiksel ve karşılaştırmalı bir yöntem benimsenmiştir.

Tezin ikinci bölümde, Türkiye’de sağlık sisteminin devlet eliyle örgütleniş süreci, imar politikaları ve planlama sistemiyle olan ilişkiselliği içerisinde değerlendirilmiştir (Tablo 7.1). Bu tarihsel perspektif, sağlık hizmetlerinin uzun yıllar planlamadan bağımsız biçimde şekillendiğini ve kentleşme süreçleriyle eşgüdüm sorunu yaşandığını ortaya koymuştur. Sağlık ve imar politikalarının entegrasyonunun, yalnızca mekânsal planlama düzeyinde değil, aynı zamanda yönetsel düzeyde de yeniden yapılandırılması gerekliliği vurgulanmıştır.

Üçüncü bölümde Ankara için hazırlanan nazım planlar incelenmiş; planlama kararları ile sağlık altyapısının gelişimi arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 7.2). Sağlık altyapısına yönelik kararların, plan belgelerinde çoğu zaman detaydan yoksun ve uygulamaya dönük olmaktan uzak olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7.1: Türkiye’de Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları ve Sağlık Performans Göstergelerinin Dönemler Arası Karşılaştırılması

	1923-1945	1946-1960	1961-1980	1981-2002	2003 Sonrası
Sağlık Politikaları	Koruyucu sağlık öncelik verilmesi Hıfzıssıhha Kanunu, Temel mevzuat ve kurumsallaşma Numune hastanelerinin açılışı; Hekimlere zorunlu hizmet.	1946 Milli Sağlık Planı; Sağlık bölgeleri oluşturulması, Her bölgeye tıp fakültelerinin açılması Köy sağlık merkezleri kurulması; Sağlık personeli yasaları	224 Sayılı Sosyalleştirme Yasası; Sağlık ocaklarının kurulması; Nüfus planlaması uygulamaları; Köylere ebelerin görevlendirilmeleri, Genel sağlık sigortası tasarısı.	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılması; Yeşil Kart uygulamasının başlatılması; Ulusal Sağlık Politikası açıklanması; Sağlık kongrelerinin düzenlenmesi	Sağlıkta Dönüşüm Programı; Genel Sağlık Sigortası uygulanması, Şehir Hastaneleri projeleri; TİTCK kurulması Sağlıkta kalite ve akreditasyon uygulamaları
Kentleşme ve İmar Politikaları	Modernleşme odaklı sınırlı kentleşme; Ankara model kent; Belediye Kanunu, Belediyelerde İmar Heyetleri oluşturulması	Gecekondulaşma ve kontrolsüz kentleşme; İmar ve İskân Bakanlığı kurulması İmar Kanunu çıkartılması, Mücvir alan kavramı Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanununun çıkartılması	Metropolitan planlama bürolarının kurulması; Gecekondu yasaının çıkartılması, Arsa Ofisi kurulması, Üniversitelerde planlama bölümünün açılması (ODTÜ, İTÜ).	3194 Sayılı İmar Kanunu çıkarılması; TOKİ'nin kurulması, Büyükşehir belediyelerinin oluşturulması, Kültürel koruma yasaları çıkartılması, Turizm merkezli planlama.	Planlamada merkezleşme; TOKİ'nin yetkilerinin genişletilmesi, ÇŞİDB kurulması, Yeni Büyükşehir modeli. Popüler rant odaklı projeler Kentsel dönüşüm projeleri
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı*	7.28	12.10	19.31	20.11	25.74
Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı*	0.11	0.30	0.46	0.96	1.76
Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi Sayısı*	0.00	0.04	0.10	0.19	0.33
Bin Kişiye Düşen Eczacı Sayısı*	0.01	0.03	0.12	0.29	0.37
Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı*	0.02	0.05	0.29	0.85	1.86
Bin Kişiye Düşen Sağlık Memuru Sayısı**	0.08	0.15	0.23	0.44	1.71
Bin Kişiye Düşen Ebe Sayısı*	0.03	0.08	0.26	0.51	0.67
Genel Değerlendirme	Devletin sağlıkta kurumsallaşması ve modern kentleşmenin hukuki altyapısının atıldığı, ancak sınırlı mekânsal yayılıma sahip erken dönemdir.	Sağlıkta bölgesel planlama düşüncesi ve sağlık personel yasaları artmış; Düzensiz kentleşme ve gecekondu alanları oluşmaya başlamıştır.	Sosyal devlet ilkesiyle sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırıldığı, planlamanın hem sağlıkta hem şehircilikte kurumsallaştığı dönemdir.	Neoliberal dönüşüm öncesi geçiş dönemidir; sağlıkta reform arayışları başlamış, planlama yasaları yeniden yapılandırılmıştır.	Sağlıkta piyasalaşma ve merkezleşme; kentlerde planlamanın rant ve proje odaklanması, kamu yararı ilkesinin zayıfladığı dönemdir.
*Dönem içerisinde yer alan verilerin aritmetik ortalaması alınmıştır.					
**Sağlık Memuru verisi 2010 yılından sonra Diğer Sağlık Personeli olarak adlandırılmıştır.					

Tablo 7.2: Ankara’da Sağlık ve Kentleşme-İmar Politikaları ve Sağlık Performans Göstergelerinin Dönemler Arası Karşılaştırılması

	1923-1945	1946-1960	1961-1980	1981-2002	2003 Sonrası
Sağlık Politikaları	Ankara Numune Hastanesinin kurulması ve genişletilmesi, Hıfzıssıhha Enstitüsünün açılması, GATA’nın Ankara’ya taşınması	Zekai Tahir Burak KDÇH ve Onkoloji hastanesi gibi uzmanlaşmış dal hastanelerinin açılması Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesinin kurulması	Türkiye Yüksek İhtisas ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH açılması Beypazarı, Çubuk, Kızılcahamam gibi çevre ilçelere hastaneler açılması, Hacettepe ve Gazi Üniversite Hastanelerinin kurulması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi yeni binasının açılması,	Başkent ve İbni Sina Üniversite Hastanelerinin açılması, Gölbaşı, Elmadağ, Güdül, Sincan, Haymana ve Akyurt ilçelerinde hastanelerin açılması Ağız ve diş sağlığı merkezlerinin açılması	Bilkent ve Etlik Şehir Hastaneleri gibi büyük projelerin hayata geçirilmesi, Ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerinin sayısının artması Tüm ilçelere sağlık hizmet sunumunun sağlanması
Kentleşme ve İmar Politikaları	Lörcher ve Jansen planları; Ankara model kent; Saracoğlu ve Bahçelievler toplu konutları.	Yücel-Uybadin planı; Gecekondulaşma ve göç; Plan dışı büyüme; Konut kooperatifleri; ODTÜ’nün kurulması İskan ve Şehircilik Enstitüsünün kurulması	1990 Nazım Planı; Metropolen planlama ofisinin kurulması; Batıkent ve Eryaman bölgelerinin planlanması; 253 hektarlık yeni Sağlık Tesis Alanı	2015 ve 2025 Plan çalışmaları; Yapılan plan çalışmalarının onaylanmaması, İmar afları ve düzensiz yapılaşma Ulaşım ve altyapı yatırımları Popülist projeler	2023 Nazım Planı; 2038 Ankara Çevre Düzeni planı çalışmaları (Mahkeme Kararıyla İptal Edildi) Çok sayıda alışveriş merkezi açılması, Lüks konut projelerinin sayılarında artış
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı*	***	***	38.07	38.89	34.33
Bin Kişiye Düşen Hekim S*	***	***	1.44	2.54	3.37
Bin Kişiye Düşen Diş Hekimi*	***	***	0.26	0.48	0.57
Bin Kişiye Düşen Eczacı*	***	***	0.33	0.60	0.52
Bin Kişiye Düşen Hemşire*	***	***	0.73	1.68	2.68
Bin Kişiye Düşen Sağlık Memuru**	***	***	0.60	0.84	2.25
Bin Kişiye Düşen Ebe*	***	***	0.27	0.49	0.63
Genel Değerlendirme	Ankara özelinde planlı kentleşme ve modern sağlık altyapısının temellerinin atıldığı, mekânsal ve kurumsal düzenlemelerin bütüncül bir yaklaşımla hayata geçirildiği bir süreçtir.	Ankara’nın bölgesel sağlık merkezi kimliğini pekiştirdiği, planlı kentsel büyüme hedeflerine rağmen kontrolsüz göç ve gecekondu sorunlarıyla mücadele ettiği bir dönüşüm sürecidir.	Ankara’nın metropolen planlama denemeleriyle şekillenen, gecekondu ve yoğun yapılaşma sorunlarıyla mücadele edilen; aynı zamanda sağlık altyapısının güçlendiği dönemdir.	Ankara’nın neoliberal politikalar ve yönetim reformları eşliğinde plansız büyüme sorunlarıyla yüzleştiği, buna karşılık sağlık altyapısını çeşitlendirerek uzmanlaşmış tesislerle kentsel ve kırsal erişimi güçlendirdiği bir dönemdir.	Ankara’nın neoliberal kentsel dönüşüm politikalarıyla mekânsal olarak yeniden şekillendiği, Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde ise sağlık altyapısının hem coğrafi yayılım hem de uzmanlaşma düzeyinde güçlendiği dönemdir.
*Dönem içerisinde yer alan verilerin aritmetik ortalaması alınmıştır.					
**Sağlık Memuru verisi 2010 yılından sonra Diğer Sağlık Personeli olarak adlandırılmıştır.					
***Bu dönem içerisinde Sağlık Bakanlığı tarafından il düzeyinde sağlık göstergelerine yönelik sistematik veri kaydının bulunmamaktadır.					

Dördüncü bölümde, Türkiye ve Ankara ölçeğinde sağlık hizmetlerinin fiziksel kapasitesi ve insan gücü göstergeleri ulusal ve uluslararası verilerle karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir (Tablo 7.3). Elde edilen bulgular, özellikle hekim ve hemşire başına düşen kişi sayısı ile yatak kapasitesi gibi göstergelerde OECD ortalamasının altında kaldığını göstermektedir. Bu durum, insan gücü ve fiziksel altyapı planlamasında iyileştirme ihtiyacını ortaya koymakta; sağlık sisteminde uzun vadeli planlamaya duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır.

Tablo 7.3: Göstergelere Dayalı Değerlendirme

Türkiye Sağlık Göstergeleri	Yatak sayısı, doktor/hemşire oranları gibi göstergeler OECD ortalamalarının altında kalmaktadır.
Ankara Sağlık Göstergeleri	Ankara göstergeleri Türkiye ortalamasının üzerindedir ancak uluslararası düzeyde düşük olduğu alanlar vardır.
Karşılaştırmalı Değerlendirme	OECD ve AB ülkeleri ile karşılaştırma yapılmış, Türkiye'nin insan gücü ve kapasite açısından geri kaldığı görülmüştür.

Beşinci bölümde, planlama değişkenleri ile sağlık göstergeleri arasında istatistiksel ilişkiyi ölçmek amacıyla korelasyon ve çoklu regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir (Tablo 7.4). Analizler sonucunda, planlama değişkenlerinin (nüfus, yerleşim alanı vb.) sağlık altyapısı göstergeleri üzerinde anlamlı etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Bu durum, sağlık planlamasının sadece sağlık sektörünün değil, aynı zamanda şehir planlamasının da temel girdisi olması gerektiğini göstermektedir. Planlama süreçlerinde, sağlık göstergelerinin mekânsal karar alma süreçlerine doğrudan veri olarak entegre edilmesi gerektiği yönünde güçlü bir çıkarım yapılmıştır.

Tablo 7.4: İstatistiksel İlişki Analizi

Planlama Verileri	Nüfus, yerleşim alanı, toplam plan alanı gibi göstergeler 3 dönem için karşılaştırılmıştır.
İstatistiksel Yöntem	Korelasyon ve regresyon analizleri ile planlama değişkenleri ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki analiz edilmiştir.
Sonuç	Planlama kararlarının sağlık altyapısı üzerinde anlamlı ve güçlü etkiler oluşturduğu tespit edilmiştir. Özellikle nüfus ve yerleşim alanı önemli değişkenlerdir.

Altıncı bölümde ise mevcut sağlık tesislerinin parsel büyüklükleri, Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği'nde belirtilen standartlarla karşılaştırılmıştır (Tablo 7.5). Şehir hastaneleri bu standartları fazlasıyla karşılarken, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin büyük çoğunluğu asgari alan gerekliliklerini sağlayamamaktadır. Eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastaneleri ise çoğunlukla yeterli parsel büyüklüğüne sahiptir. Ağız ve diş sağlığı merkezleri içinse değerlendirme, veriye erişim gücü nedeniyle sınırlı kalmıştır. Bu analiz, sağlık altyapısında fiziksel planlama kriterlerinin tüm kurumlar için eşit şekilde uygulanmadığını ve özellikle özel sektör yatırımlarının mekânsal bütünlükten uzaklaştığını ortaya koymuştur.

Tablo 7.5. Parsel ve Standart Uygunluğu

Yöntem	Yatak/ünite başına düşmesi gereken m ² standardı ile mevcut parsel büyüklükleri karşılaştırılmıştır.
Şehir Hastaneleri	Yönetmelik standardının üzerindedir.
Üniversite Hastaneleri	Tüm hastaneler standardın altındadır.
Eğitim-Araştırma Hastaneleri	Genellikle standardın üzerindedir, ancak bazıları altında kalmaktadır.
Genel/İlçe Hastaneleri	Büyük oranda yeterlidir, az sayıda eksik bulunmaktadır.
Özel Hastaneler	Genel olarak yetersizdir.
Ağız-Diş Sağlığı Merkezleri	Etmesgut dışında çoğu yetersizdir.

Sonuç olarak, tez kapsamında yürütülen analizler, farklı kavramsal çerçevelere dayanarak, uygun yöntemsel yaklaşımlar eşliğinde yapılandırılmış ve araştırma sorularını çok boyutlu bir biçimde ele almıştır. Kavramsal yaklaşımlar yalnızca teorik düzlemde kalmamış, aynı zamanda nicel ve nitel verilerle desteklenmiş, ampirik analizlerle pekiştirilmiştir. Bu doğrultuda geliştirilen çözümler, Türkiye'de sağlık sisteminin mekânsal planlama süreçleriyle ilişkisinin hem tarihsel temellerini hem de güncel yansımalarını görünür kılmıştır. Özellikle Ankara Metropolen Alanı üzerinden yapılan değerlendirmeler, sağlık hizmetlerinin plan kararlarından bağımsız biçimde değil, mekânsal-politik bir bütünlük içinde ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

Aşağıda yer alan Tez Genel Değerlendirme Tablosu, her bölümün kavramsal çerçevesi, kullandığı yöntem, elde ettiği temel bulgular, önerdiği planlama politikaları,

ilişkili araştırma soruları ve literatüre sunduğu katkılar bağlamında bir özet sunmaktadır. Bu tablo, yalnızca bölüm özetlerini değil, aynı zamanda tez boyunca izlenen düşünsel çizgiyi, araştırma sorularıyla analitik çözümlerler arasındaki bağı ve ortaya konan kuramsal-yönetimsel katkıyı da bütüncül biçimde göstermektedir. Böylece çalışmanın yalnızca analitik içeriği değil, politika ve planlamaya dönük uygulayıcı sonuçları da sistematik biçimde kavranabilmektedir.

Bu tezden hareketle, gelecekteki araştırma ve politika süreçlerine ışık tutabilecek birtakım öneriler geliştirilmiştir. Bunların başında, kentsel sağlık entegrasyon modeli oluşturulması gerekliliği gelmektedir. Planlama sisteminde sağlık konusu çoğu zaman ikincil bir başlık olarak ele alınmakta; veri tabanlı entegrasyon mekanizmaları yeterince kullanılmamaktadır. Bu bağlamda, sağlık göstergeleri ile mekânsal planlama değişkenlerini buluşturan dijital platformların geliştirilmesi, plan kararlarının etkinliğini artıracaktır. Bununla birlikte, Sağlık Bakanlığı ile planlama kurumları arasındaki koordinasyonun güçlendirilmesi, yatırım kararlarının daha sistematik biçimde yönlendirilmesini sağlayacaktır.

Öte yandan, özel hastaneler için mekânsal yeterlilik kriterlerinin tanımlanması ve mevcut tesislerin yeniden değerlendirilmesi de gereklidir. Özellikle üniversite hastaneleri gibi altyapısı yetersiz kurumların, kentsel dönüşüm ve yeniden yapılanma süreçleri kapsamında yeniden ele alınması önem arz etmektedir. Son olarak, sağlık tesislerinin coğrafi dağılımında adaletin sağlanması ve kırsal alanların daha kapsayıcı biçimde sağlık altyapısıyla buluşturulması, sürdürülebilir ve eşitlikçi bir sağlık planlaması için kaçınılmazdır. Tezin sunduğu genel değerlendirme tablosu ile bu sonuçların temel eksenleri açık biçimde ortaya konmakta hem literatüre hem de uygulayıcı kurumlara yön verici nitelik taşımaktadır.

Tablo 7.6: Genel Değerlendirme

Bölüm	Kavramsal Çerçeve	Kullanılan Yöntem	Ana Bulgular / Sonuçlar	Politika / Planlama Önerisi	Literatüre Katkısı
Türkiye 'de Kentleşme, İmar ve Sağlık Politikaları	Kentleşme ve Sağlık Politikaları Etkileşimi	Yapısal ve Kurumsal Analizler	Sağlık sisteminin devlet eliyle örgütlendiği, sağlık ve planlama arasındaki bağın zayıf olduğu	Planlama süreçlerine sağlık politikalarının daha sistematik entegrasyonu	Sağlık-planlama ilişkisini tarihsel ve yönetsel düzlemde ortaya koyar
Ankara'da Kentleşme, İmar ve Sağlık Politikaları	Kentleşme ve Sağlık Politikaları Etkileşimi	Yapısal ve Kurumsal Analizler	Kentsel büyüme ile sağlık altyapısı gelişimi arasında doğrudan ilişki	Plan kararlarında sağlık altyapısına özel yer ayrılması	Mekânsal kararların sağlık üzerindeki etkisini görünür kılar
Ankara Sağlık Tesisleri Performans Göstergeleri Analizi	Sağlık Göstergeleri ile Performans Değerlendirmesi	Göstergelere Dayalı Mekânsal ve Sayısal Değerlendirme	Türkiye ve Ankara sağlık göstergeleri OECD ortalamasının altında	İnsan gücü planlaması ve kaynak dağılımının yeniden düzenlenmesi	Göstergelerle planlama ilişkisini istatistiksel çerçevede işler
Ankara'da Sağlık Göstergeleri ile Planlama Değişkenleri Arasındaki İlişkinin Analizi	Planlama Değişkenleri ile Sağlık İlişkisi	İlişkisel İstatistiksel Analizler (Korelasyon ve Regresyon):	Yerleşim alanı, nüfus gibi plan değişkenleri sağlık altyapısını etkiliyor	Planlama sürecinde sağlık göstergeleri doğrudan veri olarak kullanılmalı	Planlama ve sağlık verileri arasında nedensel ilişki kurar
Ankara'da Sağlık Tesislerinin Yeterliliğinin Mevzuat Standartları Üzerinden Değerlendirilmesi	Mevzuat Temelli Yeterlilik Değerlendirmesi	Normatif Değerlendirme	Üniversite ve özel hastaneler yönetmelik alan standartlarını karşılamıyor	Yatırım kararlarında standart uyumunun denetlenmesi	Planlama standartlarının uygulama düzeyinde görünürlüğü sağlanır

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (1999). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. AÜ TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, (s: 140).
- Ankara Büyükşehir Belediyesi (2006). İmar ve Şehircilik Daire Başkanlığı, 2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı Uygulamaya Yönelik Çerçeve Plan Koşulları.
- Ankara Büyükşehir Belediyesi, (2007). “2023 Başkent Ankara Nazım İmar Planı Açıklama Raporu”, Ankara.
- Ankara Metropolitan Alan Nazım Plan Bürosu, (1977). “Ankara Nazım Plan Şeması Raporu” 1970- 1990.
- Arslan, H. (2014). Türkiye’nin kentleşme sürecinde konut politikalarının evrimi. Akademik Bakış Dergisi, 40, 1–28.
- Arslantaş, D. (2019). “Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı”, (Ed.) ARSLANTAŞ, D., Temel Sağlık Hizmetleri, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2903, Eskişehir.
- Aydın, G. Z., Bölükbaşı, F. B., Demirci, H. F., ve Doğanyığıt, P. B., (2023). Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin 100 Yılında Sağlık Politikaları. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 23 (özel sayı),431-454.
- Aytaç, E. ve Aslan, H. (2023). Sağlık hizmetleri ve hastaneler. Yılık, P. ve Beylik U.(ed.), Hastaneler ve Sağlık Yönetimi: Güncel Konular-1(s:4-18). Ankara, İksad Yayınları.
- Bal, E. (2011). “Türkiye’de 2000 Sonrası Neoliberal Politikalar Çerçevesinde İmar Mevzuatındaki Değişimler ve Yeni Kentleşme Pratikleri: İstanbul Örneği”, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Başa, Ş. (2014). Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği’nde Lojistik ve Ulaşımaya Yönelik Düzenlemeler. Beykoz Akademi Dergisi, 2(2), 21-32.
- Başer A., D., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Medical Journal, 15(1).
- Bektaş Y. ve Türkün A. (2017). Kentsel Dönüşümde Karma Gelirli Konut Stratejisi ve Türkiye’ye Özgü Dinamikler: Ankara Altındağ-Göltepe Örneği, Megaron Dergisi, 2017;11(2):263-279
- Büyüköztürk, Ş. (2008). Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Ankara. Pegem Akademi Yayınları
- Cengizkan A. (2003). “Ankara 1924 Lörcher Planı Raporu”. 153-192.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (1963-1967). Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ocak 1963, Başbakanlık Devlet Matbaası, Ankara.

Dünya Sağlık Örgütü. (2022). World Health Statistics 2022: Monitoring Health For The SDG, Sustainable Development Goals.

Jansen, H. (1932). “Ankara Nazım İmar Planı Açıklama Raporu (çev. Şehircilik Arşivi Belgeleri)”. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yayınları.

İleri, H., Seçer, B., ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, (12), 176-186.

İstatistik Genel Müdürlüğü (1935), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <https://web.archive.org/web/20210602223314/https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015557.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1940), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, 2023, Erişim adresi: <https://web.archive.org/web/20161020175739/http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0013482.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1945), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014843.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1950), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015040.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1955), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/005083.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1960), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1965), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1970), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1975), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1980), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1985), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1990), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

İstatistik Genel Müdürlüğü (1995), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>
İstatistik Genel Müdürlüğü (2000), Genel Nüfus Sayımı Sonuçları, Erişim adresi: <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0015128.pdf>

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2025), Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne Bağlı 2. ve 3. Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Güncel Listesi, <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-87343/kamu-hastaneleri-genel-mudurlugune-bagli-2-ve-3-basamak-kamu-saglik-tesisleri-guncel-listesi.html> adresinden 18.03.2025 tarihinde erişilmiştir.

Keleş, R. (2016). Kentleşme Politikası (9. Baskı). İmge Kitabevi Yayınları.

Keleş, R., ve Duru, B. (2014). Ankara'nın Ülke Kentleşmesindeki Etkilerine Tarihsel Bir Bakış. Mülkiye Dergisi, 32(261), 27-44.

Kılıç, E.M, (2016). Neoliberal Politikalar Çerçevesinde Türkiye’de Kentsel Dönüşüm ve Kentsel Mekânı Yeniden Anlamlandırmada Sözlü Tarih Bilgisi: İzmir-Kadifekale Kentsel Yenileme Projesi Örneği Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü.

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing.

Özalp S.ve Erkut, G. (2016) Kamu Yararı Perspektifinden İstanbul’da Kentsel Müdahaleler, Planlama Dergisi, TMMOB Şehir Plancıları Odası, 26(3), 234-250.

Resmi Gazete (1930), Belediye Kanunu (1580), 14/04/1930 tarih ve 1471 sayılı T.C. Resmi Gazete. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1471.pdf>, Erişim tarihi:07.03.2025.

Resmi Gazete (1930), Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1593), 06/5/1930 tarih ve 1489 sayılı T.C. Resmi Gazete. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>, Erişim tarihi:07.03.2025.

Resmi Gazete (1933), Belediye Yapı ve Yollar Kanunu (2290), 21.06.1933 tarih ve 2433 sayılı T.C. Resmi Gazete. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/2433.pdf>, Erişim tarihi:07.03.2025.

Resmi Gazete (1933). Belediyeler Bankası Hakkında Kanun (2301), 24/06/1933 tarih ve 2435 sayılı T.C. Resmi Gazete. Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc012/kanuntbmmc012/kanuntbmmc01202301.pdf, Erişim tarihi: 07.03.2025.

Resmi Gazete (1948). Belediye Gelirleri Kanunu (5237), 09/07/1948 tarih ve 6953 sayılı T.C. Resmi Gazete Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/6953.pdf>

Resmi Gazete (1954). Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu (6235), 04/02/1954 tarih ve 8625 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6235.pdf>

Resmi Gazete (1956). İmar Kanunu (6785), 16/07/1956 tarih ve 9359 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/9359.pdf>, Erişim tarihi: 07.03.2025.

Resmi Gazete (1958). İmar ve İskân Vekâleti kuruluş ve vazifeleri hakkında Kanun (7116), 14/05/1958 tarih ve 9906 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc040/kanuntbmmc040/kanuntbmmc04007116.pdf

Resmi Gazete (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12/01/1961 tarih ve 10705 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html>, Erişim tarihi: 07.03.2025.

Resmi Gazete (1963). Belediye Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (307), 27/07/1963 tarih ve 11465 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc046/kanuntbmmc046/kanuntbmmc04600307.pdf, Erişim tarihi: 17.03.2025.

Resmi Gazete (1965). Nüfus plânlaması hakkında Kanun (331), 10/04/1965 tarih ve 11976 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf, Erişim tarihi: 24.03.2025.

Resmi Gazete (1966). Gecekondu Kanunu (775), 30/07/1966 tarih ve 12362 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc049/kanuntbmmc049/kanuntbmmc04900775.pdf, Erişim tarihi: 17.03.2025.

Resmi Gazete (1969). Arsa Ofisi Kanunu (1164), 10/05/1969 tarih ve 13195 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc052/kanuntbmmc052/kanuntbmmc05201164.pdf, Erişim tarihi: 17.03.2025.

Resmi Gazete (1972). 6785 sayılı İmar Kanunu'nda Bazı Değişiklikler Yapılması Hakkında Kanun (1605), 20/07/1972 tarih ve 14251 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc055/kanuntbmmc055/kanuntbmmc05501605.pdf, Erişim tarihi: 17.03.2025.

Resmi Gazete (1982). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13/01/1983 tarih ve 17927 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5.pdf> Erişim tarihi: 03.04.2025.

Resmi Gazete (1982). Turizmi Teşvik Kanunu (2634), 16/03/1982 tarih ve 17635 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2634.pdf> Erişim tarihi: 05.04.2025.

Resmi Gazete (1983). Boğaziçi Kanunu (2960), 22/11/1983 tarih ve 18229 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2960.pdf>, Erişim tarihi: 05.04.2025.

Resmi Gazete (1983). Kamulaştırma Kanunu (2942), 08/11/1983 tarih ve 18215 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2942.pdf>, Erişim tarihi: 05.04.2025.

Resmi Gazete (1983). Kültür ve Tabiat Varlıklarını Koruma Kanunu (2863), 23/07/1983 tarih ve 18113 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2863.pdf>, Erişim tarihi: 07.04.2025.

Resmi Gazete (1984). Büyük Şehir Belediyelerinin Yönetimi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun (3030), 09/07/1984 tarih ve 18453 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18453.pdf>, Erişim tarihi: 07.04.2025.

Resmi Gazete (1984). Toplu Konut Kanunu (2985), 17/03/1984 tarih ve 18344 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2985.pdf>, Erişim tarihi: 07.04.2025.

Resmi Gazete (1985). İmar Kanunu (3194), 09/05/1985 tarih ve 18749 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.3194.pdf>, Erişim tarihi: 07.04.2025.

Resmi Gazete (2005). Yıpranan Tarihi ve Kültürel Taşınmaz Varlıkların Yenilenerek Korunması Ve Yaşatılarak Kullanılması Hakkında Kanun (5366), 05/07/2005 tarih ve 25866 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5366.pdf>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2008). Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (5793), 06/08/2008 tarih ve 26959 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/08/20080806-2.htm>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2011). Çevre ve Şehircilik Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (644), 04/07/2011 tarih ve 27984 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/07/20110704M1-1.htm>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2012). Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Hakkında Kanun (6306), 31/05/2012 tarih ve 28309 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6306&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2012). On Dört İilde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükümünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (6360), 06/12/2012 tarih ve 28489 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi:

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6360&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2014). Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği, 14/06/2014 tarih ve 29030 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19788&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

Resmi Gazete (2025). Özel Hastaneler Yönetmeliği, 30/01/2025 tarih ve 32798 sayılı T.C. Resmi Gazete, Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=41265&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 26.04.2025.

Resmi Gazete(1934). Belediyece Yapılacak İstimlak Hakkında Kanun (2497), 09/06/1934 tarih ve 2722 sayılı T.C. Resmi Gazete,. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/2722.pdf>, Erişim tarihi: 07.05.2025.

Sağlam, S. (2016). 1923-1950 Yılları Arasında Türkiye’de Kent Ve Kentleşme Olgusu. Istanbul Journal of Sociological Studies257-274.

Sağlık Bakanlığı, (1997). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2003). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2002, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2004). 80. yılda tedavi hizmetleri (1923–2003). Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara., Erişim tarihi: 10.03.2025.

Sağlık Bakanlığı, (2004). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2003, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2011). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2010, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2016). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2015, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2022). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2020, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (2025). Tarihçe T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html>., Erişim tarihi:01.03.2025.

Sağlık Bakanlığı, (2025). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 2023, Ankara. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2025), Özel Hastane Listesi (Faal), <https://shgmoznelhasdb.saglik.gov.tr/TR-53567/ozel-hastane-listesi-faal.html>, Erişim tarihi: 25.05.2025 tarihinde erişilmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1965). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1960-1963, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1971). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1964-1967, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1975). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1968-1972, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1980). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1975-1978, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1983). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1979-1981, Ankara.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1988). Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-1986, Ankara.

Sat, N. A., Gürel Üçer, Z. A., Varol Özden, Ç., ve Yenigül, S. B., (2017). Sürdürülebilir Kentler İçin Çok Merkezli Gelişme Ankara Metropolitan Kenti İçin Bir Değerlendirme. Ankara Araştırmaları Dergisi, 5(1), 98-107.

Savaş, T., Keleş, R., ve Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 22-31.

Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review (Vol. 13, No. 6). European Observatory on Health Systems and Policies.

Tekeli, İ. (2009). Modernizm, “Modernite ve Türkiye’nin Kent Planlama Tarihi”, Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

Tekeli, İ. (2011). “Türkiye’nin Kent Planlama ve Kent Araştırmaları Tarihi Yazıları”, Tarih Vakfı Yurt Yayınları.

Tekeli, İ. (2023), Bir Üst Anlatı: Cumhuriyetin 100 Yılında Türkiye’de Kent Planlamasının ve Yaşam Kalitesinin Gelişme Öyküsü, İlhan Tekeli (editör) Cumhuriyetin 100 Yıllık Serüveninde Yerel Yönetimler ve Şehircilik, Kent Planlama Deneyimi Cilt.III, Marmara Belediyeler Birliği Kültür Yayınları İstanbul,

Tekeli, İ., ve Ortaylı, İ. (1978). Türkiye’de Belediyeciliğin Evrimi. Türk İdareciler Derneği Yayını, Ankara

TUİK (2025), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2023, Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, Erişim Tarihi: 20.04.2025

TUİK (2025), Genel Nüfus Sayımları, Erişim adresi: <https://biruni.tuik.gov.tr/nufusmenuapp/menu.zul>. Erişim Tarihi: 04.04.2025

Türk, E. (2016). Hızlı kentleşme sürecinin toplumsal yapıya etkileri: Batman örneği Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Uybadin, R. ve Yücel, N. (1957). Raşit Uybadin ve Nihat Yücel Ankara Nazım İmar Planı Açıklama Raporu.

Vlahov, D., Galea, S., Freudenberg, N. (2007). Urban health: A new discipline. The Lancet, 364(9453), 863–870

Yavuz,O. (2023). Başkent Ankara ve İlk Şehir Planları (1923-1938). Türk Yurdu Ankara Cumhuriyetin 100. Yılına Armağanı, 754-776

Yılmaztürk A., (2023). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'nin 100 yıllık sağlık politikaları ve dönüşüm süreci. Baunsobed, 26(49-1).

Zengin, O. (2013). Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde Maliyet Analizi ve Bir Uygulama Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.



ÖZGEÇMİŞ

2013 yılında Erciyes Üniversitesi Mimarlık Fakültesi'nde, Şehir ve Bölge Planlama Lisans eğitimimi tamamladım. 2022 yılında Gebze Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama bölümünde Yüksek Lisans eğitimime başladım. 2013 yılından beri Sağlık Bakanlığı'nda şehir plancısı olarak görev yapmaktayım.



TEZ METNİNDEN TÜRETİLEN YAYINLAR/SUNUMLAR

Yılmaz O., (2025), “Sağlık Mevzuatı ve Kentsel Planlama Politikalarının Mekânsal Yansımaları: Ankara Metropolitan Alanı’nda Sağlık Tesisleri”, Gebze Teknik Üniversitesi 9.Lisansüstü Araştırmalar Sempozyumu, Kocaeli.

