

**SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ DÖNÜŞÜMLERİN HASTANE
MEKÂNSALLIĞINA YANSIMALARI: MERSİN ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SADE GÜLTEKİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞEHİR VE BÖLGE PLANLAMA
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
HAZİRAN- 2018**

**SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ DÖNÜŞÜMLERİN HASTANE
MEKÂNSALLIĞINA YANSIMALARI: MERSİN ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SADE GÜLTEKİN

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

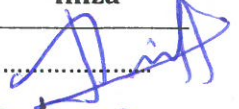
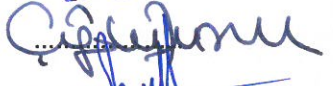

**ŞEHİR VE BÖLGE PLANLAMA
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Fikret ZORLU**

**MERSİN
HAZİRAN - 2018**

ONAY

Sade GÜLTEKİN tarafından Dr. Öğr. Üyesi Fikret ZORLU danışmanlığında hazırlanan "Sağlık Sistemindeki Dönüşümlerin Hastane Mekansallığına Yansımaları: Mersin Örneği" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 05/06/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Dr.Öğretim Üyesi Fikret ZORLU (Danışman)	
Üye	Dr.Öğretim Üyesi Çiğdem AKSU ÇAM	
Üye	Dr.Öğretim Üyesi Ali Cenap YOLOĞLU	

Yukarıdaki Jüri kararı Fen Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 20.07/2018 tarih ve 2018.30/1027 sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

05 Haziran 2018/05 June 2018

Sade GÜLTEKİN

ÖZET

SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ DÖNÜŞÜMLERİN HASTANE MEKÂNSALLIĞINA YANSIMALARI: MERSİN ÖRNEĞİ

Literatürde yapılan araştırmalarda hastanelerin çevresindeki kullanımları ve sosyal yapıyı, ulaşım ağlarını ve hatta kent yerleşim biçimini etkileyebildiği görülmüştür. Bu çalışmada Mersin kentinde sağlık tesislerinin mekânsal yapısının Türkiye’de sağlık alanında yapılan yapısal değişikliklerden nasıl etkilendiği incelenmiştir. Bunun için Türkiye’deki sağlık sisteminde yapılan mevzuat düzenlemeleri ve uygulanan sağlık politikalarının hastane planlaması, tasarımı ve kullanımına ne şekilde yansıdığı araştırılmıştır. Sağlık reformu kapsamındaki mevzuat değişikliklerinin hastane yapılarını nasıl etkilediği, hangi tür tesislerin ortaya çıktığı, bunların hangi ölçütlere göre yer seçtiği incelenmiştir. Bunun yanı sıra sağlık tesislerinin tür ve ölçeğe göre dağılımı ve zaman içindeki değişimi, kullanım oranları, ulaşım ve erişilebilirlik olanakları, çevresiyle ilişkiler irdelenmiştir. Mekânsal analizlerde ise kentte bulunan sağlık tesislerinin tespiti, kent planındaki yer seçimleri, mekânsal yer değişimleri irdelenmiştir. Mersin kentinde bulunan kamu ve özel sektör tarafından işletilen sağlık tesisleri ele alınarak yapılan bu araştırmanın hastane yapılarının ulaşılabilirliği, kent ölçeğinde yüksek oranda ihtiyacı olan noktaların belirlenmesinde dikkat edilecek kriterler, yer seçimi, ulaşım ağlarını etkileyiş biçimi ve beraberinde çevresine getireceği olumlu ve olumsuz olarak görülebilecek durumların öngörülmesine katkısı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Tesisleri, Yer Seçimi, Mekânsal Analiz

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Fikret ZORLU

ABSTRACT

THE REFLECTION OF TRANSFORMATIONS IN HEALTH SYSTEM ON HOSPITAL SPATIALITY: A CASE STUDY IN MERSIN

Literature studies showed that hospitals influence land use, social structure, transport network of the surrounding urban environment or even the settlement structure of the city. This study investigates the influence of structural transformation of national health system on the spatial structure of health facilities in Mersin City in Turkey. The research is motivated around some questions about practical implications of the health reform and the new legislation in Turkey; how health facilities are restructured, hospital formations, location criteria, spatial distribution of health facilities. In addition, this research investigates the distribution of health facilities in the city is in accordance with their types and scale, location changes in time, occupancy rates, accessibility and their relation to the surrounding environment. In the case study the spatial distribution and location changes of health facilities and their relation to urban master plans are elaborated. The findings of this study conducted in Mersin City may contribute to further planning studies about health facility location criteria, like accessibility, scale, demand, transport network. In addition positive and negative impacts of health facility location changes and new investments can be assessed through a set of criteria provided by this research.

Keywords: Health Facilities, Location Selection, Spatial Analysis.

Advisor: Dr. Fikret ZORLU

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fikret Zorlu başta olmak üzere, her zaman yanımda olan anneme, babama, kardeşlerime, uzun yıllardır dostluğunu esirgemeyen Sevinç Budayođlu'na ve yüksek lisansın hayatıma kattığı değerlerden biri olan Seda Sakar'a teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	iii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
KISALTMALAR ve SİMGELER	xiii
1.GİRİŞ	1
2.LİTERATÜR ARAŞTIRMASI	3
2.1.Sağlık Politikalarını İnceleyen Çalışmalar	3
2.2.Yer Seçimi ve Planlama Kriterlerini (Sağlık Tesisleri Planlaması) İnceleyen Çalışmalar	4
2.3.Sağlık Tesisleri Tasarımına Yönelik Çalışmalar	6
3.SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL DEĞİŞİMİ	8
3.1.1946 Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı	8
3.2.1954 Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler	9
3.3.1993 Ulusal Sağlık Politikası	9
3.4.2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	9
3.5.2001-2005 Sekizinci Kalkınma Planı	11
3.6.2007-2013 Dokuzuncu Kalkınma Planı	11
3.7.2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı	11
4.SAĞLIK HİZMETLERİ VE TESİSLERİNİ DÜZENLEYEN MEVZUATIN TARİHSEL DEĞİŞİMİ	12
4.1.1928 Tebabet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun	12
4.2.1930 Umumi Hıfzısıhha Kanunu	12
4.3.1933 Hususi Hastaneler Kanunu	12
4.4.1961 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	12
4.5.1983 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği	13
4.6.1983 Özel Hastaneler Tüzüğü	13
4.7.1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	14
4.8.1992 Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun	14
4.9.2004 Aile Hekimliği Kanunu (24/11/2004)	15
4.10.2008 Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	15
4.10.1.A ve B Tipi Tıp Merkezleri	15
4.10.2.A Tipi Poliklinikler	16
4.10.3.Muayenehane	17
4.11.2002 Özel Hastaneler Yönetmeliği	17
4.12.Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik	20
4.13.Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	20
4.14.Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik	21
4.15.Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik	21
4.16.2015 (mülga-1999) Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	22
4.16.1.A Tipi Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)	22
4.16.2.A Tipi Poliklinik	23
4.16.3.Muayenehane	23
4.17.Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu	23
4.18.Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği	24
4.18.1.Yataklı Tedavi Merkezleri	24

4.18.2.Ayakta Tedavi Merkezi	24
4.19.Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	25
4.20.Sağlık Tesisleri Yönetim Modelleri	25
4.20.1.Kamu-Özel Ortaklığı	25
4.20.2.Özel Sağlık Kuruluşları	27
4.20.3.Branş Hastaneleri	28
5.KENTSEL PLANLAMADA SAĞLIK TESİSLERİYLE İLGİLİ YERSEÇİM İLKELERİ	31
5.1.Sağlık Tesisleri Yer Seçiminin Kentsel Planlama Kriterleri Ve Standartları Açısından Değerlendirmesi	31
5.2.Sağlık Yapıları Yer Seçiminin Türkiye'deki Mevzuat Yönünden İncelenmesi	37
5.2.1.Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği	37
5.2.2.Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliği	41
5.3.Hastane Yapılarının Mevzuatta Yer Alan Mimari Standartlar Açısından Değerlendirilmesi	42
5.3.1.Özel Hastaneler	42
5.3.2.Kamu Hastaneleri	46
6.METERYAL VE YÖNTEM	48
7.BULGULAR VE TARTIŞMA	51
7.1.Mersin Kent Gelişiminin Tarihsel Süreçte Analizi	51
7.2.Sağlık Tesisleri Göstergeleri	56
7.2.1.Türkiye Geneli Sağlık Verilerinin İncelenmesi	56
7.2.2.Mersin Kenti Sağlık Verileri	61
7.2.2.1.Mersin Merkez İlçelerdeki Özel Hastaneler	63
7.2.2.2.Mersin Merkez Kamu Hastaneleri	72
7.3.Mersin Kent Planları Üzerinden Sağlık Tesisleri Analizi	77
7.3.1.1996 Planı Sağlık Tesis Alanları Analizi ve Değerlendirilmesi	77
7.3.2.2017 Planı Sağlık Tesisleri Analizi ve Değerlendirilmesi	85
7.4.Mersin Kentindeki Kamu Hastanelerinin İncelenmesi	86
7.4.1.Mersin Şehir Hastanesi	88
7.4.2.Toros Devlet Hastanesi	91
7.4.3.Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	92
7.4.4.Planlanan Mezitli Devlet Hastanesi	95
7.5.Mersin Kenti Kamu Hastaneleri Yer Seçimi ve Ulaşılabilirlik İncelemesi	97
7.6.Mülakat Değerlendirmesi	111
8.SONUÇ VE ÖNERİLER	113
KAYNAKÇA	120
EKLER	122
ÖZGEÇMİŞ	148

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Kentsel Planlamada Arazi Kullanım Standartları	6
Tablo 4.1. Proje Finansman Modelleri [25].	26
Tablo 5.1. Dağıtım Sistemine Göre Kamu Servislerinin Sınıflandırılması	35
Tablo 5.2. Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik.	38
Tablo 5.3. Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği Ek-2	39
Tablo 7.1. Özel Hastaneler Ruhsatlandırma/ Yatak Sayısı	64
Tablo 7.2. Mersin tüm ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı verileri	69
Tablo 7.3. Mersin merkez ilçeler 2017 özel sağlık kuruluşları	70
Tablo 7.4. Mersin merkez kamu hastaneleri 2012-2017 hasta sayıları	73
Tablo 7.5. Kamu hastaneleri yer seçim değerlendirmesi	82
Tablo 7.6. Özel sağlık tesisleri yer seçim değerlendirmesi	84



ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 5.1. Sağlık kuruluşları yer seçiminde arazi ve hasta sayısı değişimi grafiği	31
Şekil 5.2. Sağlık kuruluşları yer seçiminde gelir ve maliyet açısından optimal yer	32
Şekil 5.3. Sağlık kuruluşları büyüklüklerine göre gelir grafiği	32
Şekil 5.4. Sağlık kuruluşları büyüklüklerine göre gelir-maliyet	32
Şekil 7.1. 1996 Nazım İmar Planı	52
Şekil 7.2. Mersin 2007 Uydu Görüntüsü	53
Şekil 7.3. Mersin 2017 Uydu Görüntüsü	54
Şekil 7.4. Mersin 1/5000 Nazım İmar Planı Revizyonu , 2018	55
Şekil 7.5. Türkiye’de yataklı ve yataksız sağlık kuruluşu sayılarının yıllara göre değişimi	56
Şekil 7.6. Türkiye’de yataklı-yataksız sağlık kuruluşu sayılarının yıllara göre değişimi	57
Şekil 7.7. Türkiye’de yıllara göre 1000 kişiye düşen yatak sayısı	58
Şekil 7.8. Türkiye nüfusu yıllara göre değişimi	58
Şekil 7.9. Türkiye Geneli Kamu-Özel Yatak Sayıları Değişimi	59
Şekil 7.10. Sağlık Bakanlığı İ5 kapsamı iller Kamu-Özel Yatak Sayıları Karşılaştırma	60
Şekil 7.11. Sağlık Bakanlığı İ5 kapsamı iller Kamu-Özel Hastane Sayıları Karşılaştırma	61
Şekil 7.12. Mersin ilçe haritası	62
Şekil 7.13. Büyükşehirler 2016 sağlık personeli oranlar karşılaştırma	63
Şekil 7.14. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşları hasta sayısı verileri	65
Şekil 7.15. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi	66
Şekil 7.16. Mersin tüm ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi	67
Şekil 7.17. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi	68
Şekil 7.18. Mersin 2017 özel sağlık kuruluşlarının merkez ilçelere dağılımı	71
Şekil 7.19. 2012-2017 Mersin ili kamu hastaneleri toplam hasta sayısı değişimi	72
Şekil 7.20. 2012-2017 kamu hastaneleri hasta sayıları karşılaştırması	74
Şekil 7.21. Mersin kent merkezi 2012-2017 kamu-özel hasta sayısı karşılaştırma	75
Şekil 7.22. 2017 yılı Mersin kent merkezi aile sağlığı merkezleri ilçe dağılımı	76
Şekil 7.23. 1996 nazım imar planında öngörülen sağlık alanları.	78
Şekil 7.24. 1996-2017 sağlık tesisleri karşılaştırma (planlanan/gerçekleşen).	79
Şekil 7.25. Mersin Kent merkezi 2017 hastane yerleşimleri	86
Şekil 7.26. 2018 1/5000 Nazım İmar Planı merkez kamu hastaneleri	88
Şekil 7.27. 1/500 Nazım İmar Revizyonu’nda Şehir Hastanesi çevresi konut gelişme bölgesi (2018)	90
Şekil 7.28. Mersin Şehir Hastanesi görünüm	91
Şekil 7.29. Toros Devlet Hastanesi konumu	92
Şekil 7.30. Toros Devlet Hastanesi görünüm	92
Şekil 7.31. Mersin Üniversite Hastanesi eski ve yeni konum karşılaştırma	93
Şekil 7.32. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Kuzey-Doğu görünümü.	94
Şekil 7.33. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Doğu görünümü.	94
Şekil 7.34. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Güney-Doğu görünümü.	95
Şekil 7.35. Mersin Üniversite Hastanesi görünüm	95
Şekil 7.36. Planlanan Mezitli Devlet Hastanesi Arazisi	96
Şekil 7.37. 1996 Nazım İmar Planı’nda ve 2017 Yılında Hastanelerin Konumları ve Erişilebilirlik	99
Şekil 7.38. 1996 Nazım İmar Planı’nda ve 2017 Yılında Hastanelerin Konumları ve Erişilebilirlik	100
Şekil 7.39. Şehir Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları	103
Şekil 7.40. Üniversite Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları	104
Şekil 7.41. Toros Devlet Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları	105
Şekil 7.42. Şehir Hastanesi’ne yapılan yolculukların dağılımı	108
Şekil 7.43. Toros Devlet Hastanesi’ne yapılan yolculukların dağılımı	109



KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
MBB	Mersin Büyükşehir Belediyesi
İSM	Mersin İl Sağlık Müdürlüğü



1. GİRİŞ

Bu çalışmada Türkiye'deki uygulanan sağlık politikalarının ve sağlık sisteminde yapılan mevzuat düzenlemelerinin sağlık tesisleri yer seçimi, planlaması, tasarımı ve kullanımına ne şekilde yansıdığı incelenmektedir. Sağlık politikalarındaki değişimlerle birlikte kent planında sağlık tesislerinin ne düzeyde öngörülebildiği, tesis yer seçimlerinde planlamanın ne düzeyde etkili olabildiği; Türkiye'deki ilk Şehir Hastanesinin açıldığı ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) yansımalarının görülebildiği bir kent olması nedeni ile Mersin örneğinde araştırılmaktadır.

Çalışma, kent altyapısı için önemli unsurlardan biri olan sağlık tesislerinin geliştirilmesi adına yapılan dönüşümlerin hangi kapsamda olduğu, bu dönüşümlerin yer seçimini nasıl etkilediği, tesislerin kullanım oranlarının ve kullanıcı sayısının ne düzeyde değiştiği, erişilebilirliği nasıl etkilediği, kentteki yerleşimi nasıl etkilediği sorularına yanıt aramaktadır. Hastane yapılarının ulaşılabilirliği, kent ölçeğinde yüksek oranda ihtiyacı olan noktaların belirlenmesinde dikkat edilecek kriterler, yer seçimi, ulaşım ağlarını etkilemiş biçimi ve beraberinde çevresine getireceği olumlu ve olumsuz olarak görülebilecek durumların öngörülmesine katkısı olacağı düşünülmüş; sağlık tesislerinin yer seçiminde yol gösterici hususların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Sağlık tesislerinin her dönem kent yerleşimini, çevresindeki kullanımları ve sosyal yapıyı, ulaşım ağlarını etkilediği görülmektedir. Kent altyapısını oluşturan önemli etmenlerden biri olan sağlık tesisleri aynı zamanda kentin gelişmişliğinin de göstergelerinden biridir. Sağlık alt yapısı ile ilgili tüm veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi kuruluşların ülke gelişimini değerlendirirken ele aldığı en önemli ölçütlerden biridir.

Çalışmaya öncelikle sağlık yapılarının etkilendiği sürecin onu asıl şekillendirdiği düşünülen politikaları ve mevzuatın irdelenmesi ile başlanmıştır. İlk aşamada, TBMM'nin 3 Mayıs 1920 tarihinde kabul ettiği 3 Sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşu ile sağlık hizmetinin ilk olarak devlet görevi olarak ele almasından Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)'nin kabul edildiği 2003 yılına kadar olan dönemde kabul edilen kanunlar incelenmiştir. 1946 yılında yayınlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, 1954 yılında yayınlanan Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler ve 1993 Ulusal Sağlık Politikası içerikleri incelenmiştir. Yapılan araştırmalarda önceki yıllardaki politikalara nazaran sağlık alanındaki en büyük değişimin 2003 yılından sonra gerçekleştiği görülmektedir. Bu politika ile ilgili maddeler ve değişiklikler, etkisiyle yapılan mevzuat değişiklikleri ve bu doğrultuda değişen mevzuat araştırılmaktadır. Sağlık politikaları ayrıca farklı disiplinlerden uzmanlar tarafından yapılmış çalışmalar

incelenerek değerlendirilmektedir. Bunun yanında yapıların yer seçimi ve planlanması ile ilgili alanlarda yurtiçi ve yurtdışında yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Özellikle son yıllarda sağlık politikaları ve planlaması konusunda çok sayıda yasal düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler aynı zamanda hastane standartları, niteliği ve tasarımı ile ilgili değişiklikler de içermektedir. Tüm bu politika düzenlemeleri kentlerde sağlık tesisi sayısını, türlerini, ölçüklerini, konumlarını ve tasarımını etkilemekte ve değiştirmektedir. Bu nedenle sağlık tesisleri kentlerde çok dinamik ve değişken bir yapı göstermektedir. Örnek alan çalışmasında Mersin Kentindeki sağlık tesisleri verileri; kamu ile özel ayrı ayrı ele alınarak ve karşılaştırmalı olarak incelenmektedir. Mersin Kentindeki sağlık tesisleri, 1996-2017 döneminde geçerli olan imar planları üzerinden incelenmektedir. Kentteki konumlarıyla ele alınan hastane yapılarının yaşanan tüm dönüşümlerle birlikte kullanımlarının nasıl etkilendiği, kullanıcı kesimin değişiklik gösterip göstermediği, mekanda nasıl gelişimler gösterdiği, kentteki yerinin ne kadar önemli olduğu, kenti yerleşim bakımından nasıl etkilediği, coğrafi dağılımı ve mimari özellikleri araştırılmıştır. Bu araştırmanın sağlık alanındaki dönüşümlerin gelişmekte olan bir kenti nasıl etkilediği, çevresinde ne tür değişimlere neden oldukları ve kullanımlarını nasıl etkilediği yönündeki benzer çalışmalara kaynak oluşturabilir. Çalışmanın bir kısmında özellikle 2014 yılında yeni konumunda faaliyete geçen Mersin Üniversitesi Hastanesi'nin konum değiştirmesi öncesi ve sonrasında, erişilebilirliği, kentsel etkileri ve kullanıcı sayısı değişimleri incelenmiştir. Mersin Şehir Hastanesi, Türkiye'de bu modelin ilk örneği olması, ölçeği ve kentsel etkileri bakımından farklı özellikler göstermesi nedeniyle inceleme kapsamına alınmıştır.

Araştırma genelden özele doğru yapılmış ve bu doğrultuda sağlık tesislerinin yer seçimine ilişkin kuramsal çalışmalar, sağlık tesisleri yönetim modelleri ve mevzuatta yer seçimini etkileyen ölçütler incelenmiştir. Kentin tarihsel gelişim süreci ve sağlık tesisi konumları incelenmiş, üç büyük hastanenin ise kullanım verileri analizi yapılmıştır. Kent planları üzerinden yapılan incelemelerde planlama kararları ile fiilen yer seçim kararları arasındaki benzerlik ve farklılıklar tespit edilerek bunların nedenleri araştırılmıştır. Çalışmanın sorularına kentsel coğrafi analizler, saha çalışmaları ve kurum temsilcileriyle yapılan görüşmelerle yanıtlar aranmıştır.

2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

Bu bölümde Sağlık Politikalarını inceleyen çalışmalar, Yer Seçimi ve Planlama Faktörlerini (Sağlık Tesisleri Planlaması) İnceleyen Çalışmalar, Sağlık Tesisleri Tasarımına Yönelik Çalışmalar başlıkları üzerinden literatürdeki araştırmalar derlenmiştir.

Birinci alt başlıkta sağlık yapılanmasına etkili olan politika ve mevzuatın ele alınış biçimleri, birbirleriyle bağlantıları, geçmişten günümüze sağlık alanındaki gelişimi görmek, değişimleri ve süreçlerini irdeleyebilmek adına incelenmektedir.

İkinci alt başlıkta yer seçimine dair ilgili çalışmalar, araştırmacıların elde ettikleri sonuçlar, varsa oluşturdukları kriterler incelenmekte, sağlık kuruluşlarının yer seçiminin önemi, yer seçiminde dikkate alınacak hususların neler olduğu araştırılmaktadır.

Üçüncü alt başlıkta hastane yapıları tasarımı ile ilgili yapılan araştırmalar, öneriler ve ne gibi sonuçlara varıldığı, hastane tasarımında önemli faktörlerin neler olduğu ile ilgili araştırmalar sunulmaktadır.

2.1. Sağlık Politikalarını İnceleyen Çalışmalar

Literatürde politika değişimleri ve sonuçlarını inceleyen pek çok çalışma olmasına karşın kentsel mekanla ilintisini (yer seçimi ve mekânsal dağılımı) inceleyen çalışma tespit edilememiştir.

Aykır, sağlıkta dönüşüm politikalarını inceleyerek 2003 yılında yürürlüğe giren SDP'nin amaç ve sonuçları arasındaki ilişki üzerinde durmuş, bu kapsamda programın ana hedeflerini irdelemiştir [1].

Elbek ve Adaş, sağlık alanını verimlilik, karlılık, maliyet, performans ücretlendirmesi vb. iktisadi kavramlar ekseninde biçimlendiren neo-liberal yaklaşımın, özelde ise Sağlıkta Dönüşüm Projesinin olumlu ve olumsuz yönlerini irdelemiştir [2].

Temur, sağlık hakkının insanın ayrılmaz bir parçası olduğu ve bu hakkın güvence altına alınmasının sosyal devlet olma gereğinin bir sonucu olarak devletin görev alanına girmiş olduğundan söz etmiştir [3]. Temur Türkiye'de sağlık politikaları ve bu politikaların ekonomik denge üzerindeki etkileri ve insan faktörünün bu sisteme ne kadar dahil edildiğinin sosyo-ekonomik açıdan değerlendirme yoluna gitmiş, Türkiye'de geçmişten günümüze sağlık mevzuatı, kalkınma planlarında yer alışı, 1995-2009 yılları arasındaki ekonomik göstergeler ve 2003 yılı sonrası meydana gelen gelişmeler incelenerek sağlık hizmetinin ekonomik alandaki etkilerini araştırmıştır [3].

Yanmaz, 1980'li yıllardan sonra eğitim, sağlık gibi sektörlerden devletin çekilme sürecinin yaşanması ve bu hizmetlerin piyasa koşullarına açılması ile sağlığın kamunun sunduğu bir hizmet olmaktan çıktığını ve bu durumun özel sektörden satın alınan sağlık hizmeti payının devlet bütçesinde sürekli artışa neden olduğunu tespit etmiştir [4].

Erdoğan, Türkiye'de sağlık politikaları ve SDP'yi ele almış, 1980'li yıllarda sağlık hizmetleri değişimine duyulan ihtiyacın 1990'lı yıllarda yapılan reform çalışmalarıyla da karşılanamadığını ancak 2003 yılında ortaya konan SDP ile yeni bir sağlık sisteminin ortaya çıktığını belirtmiştir [5]. İlgili çalışmada, programın amaçları, kapsamı, sağlık politikaları ve ilgili uygulamaların başarısı ve etkileri değerlendirmektedir.

2.2. Yer Seçimi ve Planlama Kriterlerini (Sağlık Tesisleri Planlaması) İnceleyen Çalışmalar

Kentsel coğrafya ve planlama literatüründe işlevlerin yer seçiminde Isard'ın *Konum ve Mekân Ekonomisi* (1956) adlı kitabında geliştirdiği kuram en yaygın kullanılan yöntem ve modellerin temelini oluşturmaktadır. Bu kurama göre bir işlevin (ticaret, eğitim, sağlık) yer seçiminde temel ilke kullanıcının maliyetinin azaltılması ve dolayısıyla talepten en fazla düzeyde yararlanmaktır. Bir hizmet tesisi ya da ticari tesis en fazla kullanıcının ulaşabileceği bir yer arar ve ulaşılabilirliği en yüksek olan merkezde yer alır [6]. Ulaşılabilirliğin en yüksek olduğu noktada talep te yüksektir, böylece tüm rakipler aynı noktada olmak ister. Bu nedenle arazi fiyatı yükselir, bu da yatırım maliyetini artırır. Bazı firmalar merkezden kenara doğru bir yerde arazi fiyatı daha düşük olan bir yer arar. Böylece yatırım maliyeti düşük, ancak ulaşılabilirliği olan bir optimal noktada karar verir [6]. Optimum yer arazi fiyatının olabildiğince düşük, ulaşılabilirliğin ise olabildiğince yüksek olduğu bir noktadır. Bazı kullanımlar için ulaşılabilirlik daha önemlidir, bazı kullanımlar için ise yatırım maliyeti daha önemlidir [6]. Yer seçim kuramı tek merkezin zorunlu olduğu anlamına gelmez; bazı kullanımlar hedef tüketici, talebin merkezini hedefler. Örneğin bir ilkokul ya da sağlık ocağı için mahalle merkezi, semt polikliniği, semt spor alanı için semt merkezi, belediye binası, valilik, banka merkez şubesi için bütün kentin merkezi en uygun noktadır [6].

Kamu hizmetlerinin yer seçimiyle ilgili çeşitli yaklaşım ve modeller geliştirilmiştir. Teitz ve Newhouse, sağlık tesislerini kar amacı olmayan kamu hizmeti olarak tanımlamış, kamu maliyeti ve faydası yaklaşıma göre bir ekonomik model geliştirmiştir [7-8].

Hastane yer seçimi konusunda da çeşitli yaklaşım, model ve kriterler geliştirilmiştir. Calem ve Rizzo sağlık sektöründeki kamu özel sektör modelleri, rakip kurumlar arasındaki rekabet ve hizmet çeşitliliği koşullarında yer seçimi kriterleri ve modellerini irdelemiştir. Hastane yer seçimlerinde hastaların hastalık derecesi, beklentileri, talepleri, gelirleri etkilidir.

Bazı hastalar (onkoloji, organ nakli vb.) hastalıklarının önemi nedeniyle başka kentlere, hatta başka ülkelere gidip tedavi olmaktadır. Yüksek gelir grupları için mesafe daha az etkili iken düşük gelir grupları için ulaşım maliyeti caydırıcı olabilmektedir. Dolayısıyla hem hastalık derecesi hem de hastanın gelir durumu hastanelerin hizmet alanını ve yer seçim kriterlerini belirlemektedir [9].

Ghanat Bari, Türkiyede sağlık hizmetleri yer seçim kriterlerinin belirlenmesi, kriterlere göre kentsel analizler yapılması, analizler doğrultusunda kentsel politika ve programlar geliştirilmesinin göz ardı edildiğini, bu durumun ulaşım sistemi olmak üzere diğer kentsel sistemleri de etkilediğini belirtmiş ve araştırmada Ankara'daki hastanelerin yer seçimlerini analiz ederek, mevcut konumlarını sağlıklı kentsel planlama çerçevesinde, özellikle erişilebilirlik açısından incelemiştir. Araştırmalarla kurgulanan model sonuçlarına göre hastanelerin yatak ve hekim sayıları ile erişilebilirlikleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuş, sağlık yatırımlarının konumlarını belirlemede tampon ve ağ analizleri ile mekânsal etkileşim modelleri etkili bir şekilde kullanılması hedeflenmiştir [10].

Yer seçim kuramı farklı biçimlerde genişletilip uyarlanabilir. Örneğin gelir gruplarına göre erişilebilirlik, talep farklı olduğundan merkezi yer, optimum yer farklı olabilir. Sağlık planlaması alanına uyarlandığında temel ve bütün gelir gruplarına hizmet veren sağlık tesisleri bütün nüfusun erişebileceği bir noktada planlanırken, özel hastaneler orta ve üst gelir gruplarının ikamet ettiği bölgelere yakın olmak ister.

Yine tesis veya hizmetin niteliğine göre en uygun yer seçimi kriterleri değişkenlik gösterebilir. Küçük ölçekli ve düşük bir nüfusa hizmet veren bir tesis mahalle merkezinde yer seçmek isterken, birden fazla kente hizmet veren bölgesel tesisler kent dışında yer seçebilir.

Tez çalışmasında Mersin'deki hastanelerin yer seçiminde hangi kriterlerin etkili olduğu araştırılmaktadır. Hastane/sağlık tesislerinin nitelikleri, kapasiteleri, mülkiyetleri ve hedef nüfusları farklı olduğundan her birinin yer seçim kriterleri farklıdır. Bu çalışmada bu farklar tespit edilmeye çalışılmaktadır.

Türkiye'de sağlık tesislerinin kentsel mekandaki dağılımı, yer seçim özellikleri ve kullanıcı tercihlerine yönelik ilk ve kapsamlı çalışmalardan biri Berkman tarafından Ankara örneği üzerinden yapılmıştır. Berkman çalışmasında literatürdeki kuramları ve modelleri araştırmış ve Ankara örneği üzerinde uygulamış ve sunmuştur. Hastanelerin ölçekleri, ulaşılabilirlikleriyle kullanım sıklıkları arasında matematiksel bir bağlantı olduğunu ortaya çıkarmıştır [11].

Ersoy, sağlık hizmeti veren kurumların yerleşme büyüklüklerine göre dağılımının ülkelere göre farklılık göstermesine karşılık genelde benimsenen temel ilkenin, koruyucu hizmetlerle hastalık halinde ilk müdahalenin yapılabileceği merkezlerin mahalle ölçeğinde yer

alması ve ilk müdahale ve tanıdan sonra hastanın daha gelişmiş donatımların bulunduğu hastanelere gönderilmeleri olduğunu, dolayısı ile farklı niteliklerdeki sağlık kurumlarının dağılımının nüfus büyüklüğü ile orantılı olarak planlanması gerektiğini belirtmiştir [12].

Tablo 2.1. Kentsel Planlamada Arazi Kullanım Standartları [12]

Türü	Yapı Alanı (m ²)	Toplam Alan (m ²)
Halk Sağlığı Laboratuvarı	960-1.100	2.200-2.850
Kamu Sağlığı Dispanseri	1.749	4.900
50 Yataklı Devlet Hastanesi	1.591	5.000
100 Yataklı Devlet Hastanesi	2.312	7.650
200 Yataklı Devlet Hastanesi	11.046	
75-125 Yataklı Doğumevi	3.432	8.736
100 Yataklı Travmatoloji Hastanesi	4.200	9.025
Verem Savaş Dispanseri	340	700
Sağlık Koleji (300 Kişilik)	4.944	15.197
Sağlık Koleji (200 Kişilik)	3.825	11.090
Yaşlılar Huzurevi (110 Kişilik)	6.600	15.000
Yaşlılar Huzurevi (220 Kişilik)	9.100	18.000

2.3. Sağlık Tesisleri Tasarımına Yönelik Çalışmalar

Uzunay, hastane yapılarının artan nüfus ile birlikte yerleşim yerlerinde daha dar alanlara yapılması, buna bağlı olarak yapıların planlamasında fonksiyonelliğin geri plana atılması, çalışan ve hasta psikolojisinin göz ardı edilmesi gibi sorunlar üzerinde durarak çözüm olarak; nitelikli birimler (ameliyathane, acil, yoğun bakım gibi) arasındaki ilişkinin doğru sağlanabilmesi, mahremiyet ve sterilizasyonun doğru şekilde sağlanabilmesi, yoğun yerleşim yerlerinde yapılan hastaneler için dışarıdaki ses ve gürültünün en aza indirilebilmesi ve ışık alan mekânlar oluşturmanın önemi üzerinde durmuştur [13].

Berberoğlu, geçmişten günümüze hastane yapıları tasarımındaki gelişmeleri, beden-mekan ilişkisini incelemiş ve algı, sınır ve kişisel alan kavramlarının zamanla hastane tasarımındaki değişimleri yönlendirdiği, hasta merkezli bakımın hastane yapılarına olumlu yönde yansıtılarak, kompleks olduğu kabul edilen bu yapıların sınırlandırmaları da işin içine katarak doğru mimari uygulamalar ile hastanın algılayışı bakımından kolaylaştırılabileceği ve kullanımın pratik hale getirilebileceği sonucuna varmıştır [14].

Tever, sağlık yapılarında gelişimin ekonomik, sosyal, kültürel ve politik etmenlere bağlı olarak süreç içerisinde değişim gösterdiğinden, tasarımından kullanımına kadar mimarın belirli standartlara uyma zorunluluğundan, ülkemizde bu standartların Sağlık Bakanlığı tarafından belirlendiğinden, küreselleşen dünyada sağlıkta kalite adına ortak bir dil oluşturmanın öneminden bahsederek; tüm dünyada standardizasyonun Joint Commission International (JCI) sertifikasyonu ile denetlendiğini belirtmiştir [15].

Selçuk, Türkiye’de sağlık yapılarının ortaya çıkma sürecinde etkili olan sağlık politikaları ve 1970-2011 yılları arasında sağlık yapıları ile ilgili yapılan çalışmalarını incelemiştir [16]. Yazzar, teknolojiye bağlı olarak meydana gelen tedavi sistemlerindeki değişikliklerin hastane mimarisine yansıdığını, doğru tasarım sürecinin işlemediği yapıların zaman içerisinde talebin karşılanamadığını ve artı maliyet getiren yapılar haline dönüştüğünü, kullanıcılar üzerinde olumsuz etkiler yarattığını iddia etmektedir.

Sungur Ergenoğlu, tüm dünyada yaşanan sağlık sektöründeki değişimlerin özellikle son yıllarda sağlık yapılarında akreditasyonun sağlanması ve hasta merkezli tasarım yönünde olduğunu, Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı tarafından bu yönde çalışmaların başlatıldığı ancak henüz Türkiye’de bu gelişmeleri izleyen fazla bir kuruluş olmadığını iddia etmektedir [17].

Altan, hastane yapıları ile ilgili çalışmasında tarihsel gelişim sürecinde hastane tipolojisini, hastane yatak kapasitelerini ve iç organizasyonun en iyi düzeyde olmasına yönelik ölçütleri incelemiştir [18].

3. SAĞLIK POLİTİKALARININ TARİHSEL DEĞİŞİMİ

Sağlık Bakanlığı Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin Kabul ettiği 3 sayılı yasa ile 3 Mayıs 1920'de kurulmuştur. Bununla birlikte sağlık hizmetleri devlet tarafından yürütülen bir görev haline getirilmiştir [19]. Sağlık alanında yapılan düzenlemeler kronolojik olarak ele alınırsa;

1920 tarih ve 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu,
1927 tarih ve 992 sayılı Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu,
1928 tarih ve 1962 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
1933 tarih ve 2419 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
1936 tarih ve 3017 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurin Kanunu
1937 tarih ve 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun,
1946 Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"
1949 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun,
1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Hakkında Kanun,
1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu,
1954 tarih "Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler"
1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu,
1961 tarih 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun,
1983 tarih 2827 sayılı Aile Planlaması Hakkında Kanun,
1987 tarih 19461 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu,
1990 Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması,
1992-1993 Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri,
1992 tarih 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun,
1993 Ulusal Sağlık Politikası,
2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) şeklinde gerçekleşmiştir.

3.1. 1946 Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı

Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak geçen Birinci OnYıllık Sağlık Planı 1946 yılında dönemin Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanmış ve Yüksek Sağlık Şurasınca onaylanmıştır. Plan kanunlaşmadan Dr. Behçet Uz sağlık Bakanlığı görevinden ayrılmak

durumunda kalmış ve sonrasında hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşmamıştır. Plan yasal olarak uygulanamamış ancak ülkenin sağlık yapılanmasını büyük ölçüde etkilemiştir [19].

3.2. 1954 Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler

Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur [19].

3.3. 1993 Ulusal Sağlık Politikası

Türkiye'nin Ulusal Sağlık Politikasını oluşturmak amacı ile 23 Mart 1992 tarihinde I. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Ulusal Sağlık Politikasının amacı sağlıklı bireylerden oluşan bir topluma ulaşmak olmuş ve bunun sadece sağlık sektörü tarafından sunulan hizmet ile değil tüm disiplinlerin bir araya gelerek ulaşabileceği bir hedef olduğuna değinmiştir. Ulusal Sağlık Politikası beş ana bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm Sağlığın Gelişmesine Destek olarak belirlenmiş ve bu gelişim için gerekli bilimsel, hukuki ve teknolojik altyapının oluşturulmasına yönelik hedefler oluşturulmuştur. İkinci bölümde çevre sağlığına yer verilmiş ve insan yaşamını ve sağlığını etkileyen çevresel faktörler belirlenmiştir. Üçüncü bölüm bireylerin yaşam biçimi ve bunun sağlığa etkileri üzerine şekillenmiş ve bireylerin sağlık eğitimine yönelik politikaların geliştirilmesi hedeflenmiştir. Dördüncü bölüm sağlık hizmetlerinin sunumu üzerinde şekillenmiş ve sağlık hizmetlerine ilişkin politikalar incelenmiştir. Beşinci bölümde ise ilk dört bölümün sonucu niteliğinde ulaşılabilecek hedefler belirlenmiştir [20].

3.4. 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana hedefleri 16 Kasım 2002 yılında yayınlanan 58. Hükümet Acil Eylem Planı ile belirlenmiştir. Yayınlanan Acil Eylem Planının metninin Sağlıkla Toplum ve Herkese Sosyal Güvenlik başlıklı tablolarında hedefler şöyle belirlenmiştir;

- Sağlık Bakanlığının günün koşullarına uygun olarak yeniden yapılandırılması,
- Tüm sağlık kuruluşlarının ayırım olmaksızın tek bir çatı altında toplanması,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulması,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanın ayrılması,

- Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile tüm vatandaşların sağlık hizmetinden faydalanmasına imkan verilmesi,
- Kurulacak Aile Hekimliği Uygulaması ile sevk zincirinin oluşturulması,
- Anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmet kalitesinin artırılması,
- Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılması,
- Özel sektörün sağlık yatırımlarının teşviki,
- Mevcut durumda üç farklı kurum tarafından yürütülen Sosyal Güvenlik Kuruluşlarını kapsayan standart ve norm getirilmesi,
- Bütünleşmiş bir yapı içerisinde koordine edilen sosyal güvenlik ağının kurulması,
- Uzun vadeli (yaşlılık, ölüm gibi) ve kısa vadeli (iş kazası, analık gibi) sigorta programlarının birbirinden ayrılması,
- Prim karşılığı olmayan ödemelerin kaldırılması
- Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağı ve kurumsal yapısı oluşturulması.

Tüm bu hedefler doğrultusunda 2003 Aralık ayında SDP yayınlanmıştır. SDP yıllardır sağlık hizmetlerinde duyulan değişim ihtiyacını mevcut yapıyı tamamen ortadan kaldırmadan dönüştürmeyi, hizmet kalitesini artırmayı ve sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların giderilmesini hedeflemiştir. Programın amaçları sağlık hizmetlerinin en uygun şekliyle organizasyonu, finanse edilmesi ve sunulması olarak belirlenmiştir. Sağlık sektörünü tüm boyutları ile ele almayı hedefleyen program sekiz bileşenden oluşturulmuştur. Bu bileşenler:

- 1-Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı,
- 2-Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - b) Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri,
 - c) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri,
- 4- Bilgi ve Beceri İle Donatılmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- 5- Sistemi Destekleyecek Eğitim Ve Bilim Kurumları,
- 6- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite Ve Akreditasyon,
- 7- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
- 8- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi [21].

2003-2007 arası dönüşüm süreci hızlanmış, iyileştirme kapsamında sağlık politikaları ile ilgili birçok değişiklik yapılmıştır. 2007 yılında programın değerlendirilmesi yapılmış ve 5 yıllık süreçteki değişimler incelenmiştir.

3.5. 2001-2005 Sekizinci Kalkınma Planı

Sekizinci Kalkınma Planında “bireyin bedensel ve ruhsal yönden tam iyilik hali içerisinde olmasının sağlanması”, “tüm hastaların eşit haklara sahip olması”, “ulaşılabilir kaliteli hizmetin sağlanması”, “bireylerin bilinçlendirilmesi”, “koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun etkin hale getirilmesi”, “birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi”, “özel sağlık sistemine teşvik”, “bölgelere göre kadro”, “yatak sayısı planlaması”, “acil hizmetlerinin ülke düzeyinde yaygınlaştırılıp geliştirilmesi”, “personelin tam gün çalıştırılmasına teşvik” ve “hastanelerin idari mali yönden özerkliğe kavuşturulması” hedefleri belirlenmiş ve bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısının yeniden düzenlenmesi ve mevzuat düzenlemeleri önerilmiştir [22].

3.6. 2007-2013 Dokuzuncu Kalkınma Planı

Dokuzuncu Kalkınma Planında “genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması”, “sağlık personeli sayısı ve kalitesinin artırılması”, “hasta hakları konusunda bilinçlendirme”, “aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması”, “hastanelerin idari ve mali açıdan özerkleştirilmesi”, “akreditasyonun sağlanması”, “Sağlık Bakanlığı’nın rolünün güçlendirilmesi”, “özel sektör yatırımlarının teşviki”, “sevk zincirinin sağlanması”, “koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaların artırılması”, “uluslararası kriterlerde sağlık veri tabanının oluşturulması”, “akılcı ilaç kullanımını sağlanması” hedefleri belirlenmiştir [22].

3.7. 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı

Onuncu Kalkınma Planında sağlık alanına yönelik hedefler; vatandaşların yaşam kalitesini yükseltilmesi, yaşam süresini uzatılması yönünde erişilebilir, nitelikli, sürdürülebilir, maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu olarak belirlenmiştir. Sağlık personeli sayısı, yatak kapasiteleri, anne, bebek ölüm hızı istatistiklerinin olumlu yöndeki gelişimi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda her alanda sağlık konusunda vatandaşların bilinçlendirilmesi ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde politikalar belirlenmiştir [22].

4. SAĞLIK HİZMETLERİ VE TESİSLERİNİ DÜZENLEYEN MEVZUATIN TARİHSEL DEĞİŞİMİ

4.1. 1928 Tebabet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

Kanun hekimler, diş hekimleri, hemşireler, ebeler ve diğer sağlık personelinin mesleklerini icra edebilmelerine dair koşulları belirler [23].

4.2. 1930 Umumi Hıfzısıhha Kanunu

Kanun ülke için sağlık koşullarının sağlanması, vatandaşların sağlığına zarar verecek tüm hastalık ve etkenlerle mücadele edilmesi, gelecek nesillerin sağlıklı yetişmesini sağlamanın ve halkın tıbbi ve sosyal olarak iyi halde olmasını sağlamanın devletin yükümlülüğü olduğunu belirtir. Sağlık alanındaki gelişmelerin temeli niteliğindedir [23].

4.3. 1933 Hususi Hastaneler Kanunu

Özel hastanelerin kuruluş ve işleyiş esaslarının belirleyen kanun 1933 yılında Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun'un ilk Madde'sinde "*Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları "husussi hastaneler" den sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları bu kanunun hükümlerine bağlıdır.*" denilmektedir.

Kanun'da hastane binası ile ilgili detaylı hükümler yer almamış olup, başvuru için hastanenin bulunacağı yer ile ilgili su ve kanalizasyon bağlantılarını gösterir harita ve hastane binası ile ilgili planlar istenilmektedir. Açılış izni verilen hastanenin incelemesi yapıldıktan sonra altı ay içerisinde açılmak şartı ile ruhsatlandırılır denilmektedir. 1983 tarih 17924 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Özel Hastaneler Tüzüğü ile özel hastane yapıları için belirli mimari standartlar getirilmiştir [23].

4.4. 1961 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Bu kanunun amacı "*İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadiyle tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.*" olarak belirtilmektedir.

Kanunda kamuda çalışan hekimlerin serbest meslek icra edemeyecekleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (acil durumlar hariç ilk olarak sağlık ocağına

yönlendirme) ve Milli Savunma Bakanlığı hariç kamu sektöründe tüm sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığına bağlı olarak verileceği gibi hükümlere yer vermiştir [23].

4.5. 1983 Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

Yönetmeliğin amacı; *“Yataklı Tedavi Kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamaktır.”* Şeklinde belirtilmiştir. Yönetmelikle 1973 yılında yayımlanan yönetmeliğin ilk hali yürürlükten kaldırılmıştır [23].

Bu yönetmeliğe göre sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılmaktadır. Bunlar:

- a) İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- b) Gün hastanesi: Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- c) Genel hastaneler: Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- d) Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.
- e) Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır. Yataklı tedavi kurumlarında poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerinde yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulabilir. Semt polikliniklerinin açılması, hizmetin veriliş şekli, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usul ve esasları ile burada görevli personelin, görev, yetki ve sorumluluklarına dair usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak bir Yönerge ile belirlenir [23].

4.6. 1983 Özel Hastaneler Tüzüğü

1933 Hususi Hastaneler Kanunu'na dayanılarak hazırlanan Tüzüğün amacı *“Özel hastanelere kabul edilecek hastalar, hastanelerin türleri, binalarının nitelikleri, personel kadroları,*

bulundurulması zorunlu ilaç, araç ve gereçler ve özel hastanelerin iç hizmetlerine ilişkin esaslar bu tüzükte gösterilmiştir.” olarak belirtilmiştir.

Özel hastane ile ilgili mimari nitelikler bu tüzükle kabaca belirlenmiş olup, tüzükte hastane yapısının bulunacağı alanın çevresel koşulları belirtilmiştir. Hastane binası mimari koşullarına ilişkin hasta odaları, odaların duvar ve zeminleri, hastalara düşecek alanlar, koridorlar, merdivenler ve asansörler, ısıtma, havalandırma ve aydınlatma, lavabo, tuvalet, duş, banyo ve klozetler, cenaze yeri, mutfak ve çöpler ve çamaşırhane başlıklı bölümler yer almaktadır [23].

4.7. 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

“Bu Kanunun amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir.” Kanun 7/5/1987 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kanun sağlık kurum ve kuruluşlarının Sağlık Bakanlığınca ve diğer kurumların görüşü alınarak planlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikli olarak tüm sağlık kuruluşlarınca verilmesi, sağlık personelinin ülke çapında dengeli dağılımı ve verilen sağlık hizmeti ücretinin bakanlıkça belirlenmesi, tüm sağlık kuruluşlarının belirli standartlara uygun hizmet vermesinin sağlanması, Web tabanlı sistem ile hasta kayıt ve bildirim sistemi oluşturulması, sağlık personelinin sürekli eğitilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı çevre, aile planlaması gibi hizmetlerin diğer kuruluşlarla işbirliği içerisinde gerçekleştirilmesi şeklinde esaslar belirlemiştir [23].

4.8. 1992 Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun

“Bu Yönetmeliğin amacı; 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun'dan yararlanmak üzere başvuran Türk vatandaşlarının aylık gelir veya gelir paylarının belirlenmesi, bu başvuruların değerlendirilmesi ve karara bağlanması, Yeşil Kartın şekli, hak sahiplerine dağıtılması, Yeşil Kart sahiplerinin sağlık kurumlarına sevk ve bunlara tedavi hizmeti verilmesi, bu konularda kullanılacak belgelerin şekil ve içeriği, Yeşil Kart uygulaması ile sağlanan tedavi hizmetlerinin bedellerinin ödenmesi hakkındaki usul ve esasları ve zikredilen Kanun'un uygulanması ile ilgili diğer hususları düzenlemektir.”

Kanun haklarından yararlanmak isteyen vatandaş başvuruları il ve ilçe kurullarınca değerlendirmeye alınır [23].

4.9. 2004 Aile Hekimliği Kanunu (24/11/2004)

Kanunun amacı; "Sağlık Bakanlığının (...) (2) belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir." şeklinde belirlenmiştir [23].

4.10. 2008 Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmeliğin amacı; kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın ülke düzeyinde dengeli, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının yapılandırılmaları, ruhsatlandırma işlemleri, faaliyetleri ve faaliyetlerine son verilmesi, denetimleri ve diğer hususlar ile ilgili usûl ve esasları düzenlemektir. [23].

Yönetmelik tıp merkezi, poliklinik, laboratuvar, müessese ve mayenehaneleri kapsamaktadır. İlk olarak 9/3/2000 yılında yayınlanmış 2008 yılına dek geçerliliğini sürdürmüş ardından 15/2/2008 tarihinde yeni yönetmeliğin yayınlanması ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

4.10.1. A ve B Tipi Tıp Merkezleri

Tıp merkezleri Bakanlığın yatırım programına göre belirlenen ve en az dört klinisyen uzman ile açılabilen, en fazla 24 saat hizmet verebilen kuruluşlardır. Tıp merkezi için yer seçiminde olumsuz çevre koşullarından uzak olması, ulaşılabilir olması, imar mevzuatına göre sağlık tesisi yapılabilecek yer olması, otopark ihtiyacının yeterli olması koşulları aranır. Bina için Yangın Yönetmeliği'ne uygunluk ve deprem dayanıklılık belgelerinin bulunma zorunluluğu vardır. Merkezler A Tipi ve B Tipi Tıp Merkezleri olarak ikiye ayrılır. A tipi tıp merkezleri müstakil binalarda kurulurken B Tipi Tıp Merkezleri binanın girişinden itibaren müstakiliyet arz eden bölümünde kurulabilir [23].

A ve B Tipi Tıp Merkezlerinde Zorunlu Tıbbi Hizmet Birimleri şu şekildedir:

Hasta bekleme salonları tıp merkezinin her katında bulunan poliklinik başına en az 4 metrekare alan düşecek şekilde planlanır ve bekleme alanlarıyla bağlantılı bay bayan tuvalet mahalleri istenir.

Poliklinik muayene odaları en az 16 metrekare olarak belirlenmiştir. Bu odaların yereli şekilde havalandırma ve aydınlatma koşullarına sahip olması gerekir. Kadın doğum, üroloji, psikiyatri, diş gibi özellikli poliklinikler için poliklinik alanının karşılaması gereken farklı standartlar bulunmaktadır.

Ameliyathane cerrahi uygulama yapacak tıp merkezlerinde zorunludur. Ameliyathane alanları tam steril ve yarı steril alanlar olarak birbirinden ayrılır. Tam steril alanda en az bir ameliyat salonu, hazırlama odası (preoperatif), uyandırma odası (postoperatif) bulunur. Yarı steril alanda ise personel soyunma-giyinme, dinlenme alanları bulunur. Ameliyat salonları içerisinde herhangi bir taşıyıcı eleman, girinti ve çıkıntılar olmaması, net kullanım alanının en az 30 metrekare olması, kısa kenarının en az 5 metre olması ve taban tavan arası net yüksekliğinin havalandırma kanalları, asma tavan ve hepafiltreler hariç en az üç metre olması gerekmektedir.

Sterilizasyon ünitesi kirli-yıkama, paketlenme ve sterilizasyon bölümlerinden oluşur. Kirli alanlar ile temiz alanlar arasında sadece malzeme geçişi olacak şekilde planlanır ve sterilizasyonun yapılarak temiz malzemelerin çıktığı bölüm ameliyathane alanı ile doğrudan bağlantılı olur. Ünite metrekareleri bu işlemlerin yapılabileceği büyüklükte belirlenir.

Gözlem üniteleri en fazla 8 yataktan oluşan yatak başı en az 9 metrekare alana sahip ilgili uzmanın hastayı en fazla 24 saat gözlem altında tutabileceği alanlardır.

Acil ünitesi en az bir adet muayene/müdahale odası, bir adet enjeksiyon/pansuman odası ve bir adet gözlem odasından oluşur.

Numune alma odası hekim tarafından istenen tetkik ve tahlillerin alınabileceği bitişğinde veya yakınında lavabo ve tuvaleti bulunan alanlar olarak planlanır.

Tıp merkezleri için tüm koridor genişliklerinin en az 2 metre, merdiven genişliklerinin en az 1.2 metre ve hasta kullanımındaki tüm kapı genişliklerinin 1.1 metre olma şartı bulunur. Hastalar için yeterli sayıda tuvalet-lavabo bulunur. Personel için soyunma-giyinme, dinlenme, duş, tuvalet ve çalışma alanları ayrılır. Nöbetçi doktor için doktor dinlenme odası ayrılır.

4.10.2. A Tipi Poliklinikler

A Tipi Poliklinikler en az iki doktor tarafından müştereken açılabilen ve işletilebilen kuruluşlardır. Poliklinikler binaların bağımsız bölümlerinde kurulabilir.

A tipi polikliniklerde hasta bekleme alanı en az 20 metrekare ve her muayene odası için artı 5 metrekare eklenecek şekilde oluşturulur. Bekleme salonlarıyla bağlantılı hasta tuvaletlerinin bulunması gerekir. Hasta muayene odaları en az 16 metrekare genişlikte yeterli havalandırma ve aydınlatma koşullarına sahip odalar şeklinde düzenlenir. Acil muayene odası 16 metrekare genişlikte bir alan olarak düzenlenir. Poliklinikler giriş kata değilse engellilerinde kullanabileceği genişlikte bir asansör ile ulaşımına dair uygunluk aranır.

4.10.3. Muayenehane:

Muayenehane, tek hekim tarafından açılabilen kuruluştur. Muayenehaneler binasının bağımsız bölümlerinde kurulabilir.

Muayene odaları 16 metrekare genişlikte, hasta bekleme salonu tek hekim için 12 metrekare, iki hekim için 24 metrekare ve artan her hekim için artı 5 metrekare olacak şekilde planlanır.En az 10 metrekare alana sahip bir pansuman odası bulundurulur. Bekleme salonu ile bağlantılı tuvalet-lavabo düzenlenir.

4.11. 2002 Özel Hastaneler Yönetmeliği

Bu Yönetmeliğin amacı; etkin, verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak üzere, bütün özel hastanelerin tesis, hizmet ve personel standartlarının tespit edilmesine, (Değişik ibare:RG-21/10/2006-26326) sınıflandırılmasına, sınıflarının değiştirilmesine, amaca uygun olarak teşkilatlandırılmasına ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, kapanmalarına ve denetlenmelerine ilişkin usûl ve esasları düzenlemektir [23].

Yönetmelik gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait hastaneleri kapsamaktadır. Yönetmelik ilk olarak 27/3/2002 tarihinde 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname maddesine dayanılarak hazırlanmış ve madde değişiklikleri ile günümüzdeki halini almıştır.

Özel hastane açılışları, illere göre dağılımları ve kadroları sağlık hizmet bölgelendirmesine göre Bakanlık tarafından belirlenmektedir. Yine bu yönetmeliğin 22/03/2017 değişikliği ile özel hastanelerin yüz yatak altında açılmayacağı belirtilmiştir. Bu değişiklik öncesinde madde atıl kapasiteye yol açılmaması için Bakanlıkça belirlenen sağlık hizmet bölgelendirmesine göre planlanan hekim sayısı ve hizmet ihtiyacı doğrultusunda Planlama ve İstihdam Komisyonunun görüşü alınarak ellinin altında olmamak kaydıyla yüz yatağın altında özel hastane açılmasına izin verilebileceğini belirtmekteydi. Bu nedenle ülke çapında yüz yatak altında kapasite ile hizmet veren birçok hastane bulunmaktadır.

Özel hastane binası için yer seçiminde ise gürültü, hava ve su kirliliğine maruz olmaması, sağlığı olumsuz yönde etkileyecek endüstriyel kuruluş ve gayrisihhi müesseselerden uzak olması, yeterli yeşil alan ayrılması, ulaşım şartları açısından ulaşılabilir olması ve hasta ve personel için otopark ihtiyacını karşılayabilmesi gibi kriterler belirlenmiştir. Özel hastane binasının hastane veya özel sağlık tesisi olarak yapı kullanım izni almış olması gerekmektedir.

Yönetmeliğe göre hastane binası veya binaları imar mevzuatına uygun olmak koşulu ile bütünlük arz eden bir alan içinde birbiriyle fiziki bağlantısı olan veya bağımsız binalardan

oluşan hastane kompleksi şeklinde kurulabilir ancak bu durumda laboratuvar, görüntüleme, acil, ameliyathane, yoğun bakım ve benzeri diğer tıbbi hizmetlerin ortak hizmet verebileceği şekilde ve tıbbi hizmette aksamaya neden olmayacak biçimde planlama yapılmalıdır. İdari birimler, morg, depo, yemekhane, ve benzeri destek birimler hastane binasına ait alan içerisinde farklı binalarda planlanabilmektedir.

Hasta odaları gün ışığı gören, tek hasta için ıslak zemin hariç en az dokuz metrekare iki hasta için toplam on dört metrekare, duş-wc'si bulunan, wc kapıları dışa açılan alanlar olarak belirlenmiştir.

Poliklinik muayene odalarının metrekare standardı belirtilmemiştir ancak muayene masası, soyunma bölümü ve lavabonun yer alacağı, yeterli genişlikte ve yeteri kadar havalandırılan, aydınlatılan alanlar olmalıdır. Ayrıca kadın doğum, üroloji, psikiyatri gibi özellikli poliklinikler için poliklinik alanının karşılaması gereken farklı standartlar bulunmaktadır.

Ameliyathane alanları diğer tıbbi hizmet birimleri ile fiziki bağlantısı olacak şekilde, en az iki ameliyat salonu (30 yatak altındaki hastaneler için bir ameliyat salonu), uyandırma odası, personel soyunma-giyinme, dinlenme ve depo alanlarından oluşur. Ameliyat salonları içerisinde herhangi bir taşıyıcı eleman, girinti ve çıkıntılar olmaması, net kullanım alanının en az otuz metrekare olması ve taban tavan arası net yüksekliğinin havalandırma kanalları, asma tavan ve hepafiltreler hariç en az üç metre olması gerekmektedir.

Yoğun bakım üniteleri; ağız ve diş sağlığı, göz sağlığı ve hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlık dallarında faaliyet gösteren hastanelerde bulunması zorunlu bulunmayan, en az dört yatak kapasitesi ile kurulan birimlerdir. Yoğun bakım üniteleri erişkin, çocuk ve yenidoğan olarak sınıflarına göre değişen fiziki özelliklere sahiptir. Erişkin yoğun bakım alanı yataklar arası en az 1.5 metre mesafe bulunan yatak başı 12 metrekare, çocuk için yataklar arası en az 2 metre mesafe bulunan yatak başı 12 metrekare ve yenidoğan için yataklar arası mesafesi yoğun bakımın seviyesine göre değişiklik gösteren yatak başı 6 metrekare olarak belirlenmiştir. Ayrıca erişkin yoğun bakım alanları için yatak sayısı 10'u geçince birden fazla alana ayırma zorunluluğu bulunmaktadır. Bunun yanında yoğun bakımlar sınıflarının gerekliliklerine göre ön geçiş alanı, depolar, emzirme, mama *hazırlama alanları gibi diğer koşulları da sağlamalıdır. Yoğun bakım üniteleri Özel Hastaneler Yönetmeliği ile birlikte Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ* standartlarına uygun olarak düzenlenir.

Gözlem üniteleri ilgili uzmanın hastayı gözlem altına alıp kısa süreli takip edebileceği alanlar olup yatak başı 6 metrekare alan ayrılması gerekmektedir. Ancak gözlem ünitesi özel hastanelerde zorunluluğu bulunmayıp isteğe bağlı olarak kurulabilir.

Acil ünitesi hastane girişinden bağımsız bir girişe bağlı olan ve hastane içerisinde de diğer alanlardan ayrılmış kontrollü geçişleri bulunan alanlar olarak düzenlenir. Ünite genel hastanelerdekinden farklı olarak sadece belirli bir uzmanlık dalına ait hastanelerde dalın gerektirdiği acil hizmetini verebilecek şekilde planlanır. Gerekli alanların belirlenmesinde *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'e* uygun seviyesine göre metrekare ve birim gerekliliği belirlenir. Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre acil ünitesinde bulunması gereken asgari birimler en az birer adet olmak üzere; ilk muayene odası, müdahale odası, müşahede odası ve canlandırma odası ile güvenlik hizmetinin verilebileceği bir mekan ve bekleme yeriyle bağlantılı erkek ve kadınlar için birer tuvalet ve lavabo olarak belirlenmiştir. Ancak bu birimlerin dışında seviyesine göre örneğin I. Seviye için tedavi alanları toplam ölçüsü 400 metrekareye kadar, bekleme alanı ölçüleri 30-50 metrekare arasında ve müşahede yatak sayısı 4-6 adet olması gerekmekte ve üç seviye olarak belirlenen acil ünitesinde ihtiyaç duyulan birim ve metrekareler de 3. seviyeye doğru artmaktadır.

Eczane hizmetleri özel hastanelerde *Eczacılar Ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik* usullerine uygun olarak verilmektedir. Bu yönetmelik kapsamında hastane içerisinde bulunan eczane alanları için depo alanı hariç en az 20 metrekare olma şartı bulunmaktadır.

Laboratuvar hizmetleri için *Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği'ne* göre verilecek hizmete uygun laboratuvar alanları belirlenir. Laboratuvar alanları basit hizmet, eğitim ve kapsamlı hizmet ve merkezi laboratuvarlar olarak sınıflara ayrılmıştır. Laboratuvarlar teknik alan, Destek alanlar ve ofis alanlarından oluşur. Türüne göre laboratuvar teknik alan metrekaresi ve destek ve ofis alanlarının metrekeresi belirlenir. Örneğin merkezi laboratuvar için tıbbi laboratuvar hizmetlerinin yürütüleceği yer olan teknik alan asgari 40 metrekare ve destek alanlar ile ofis alanlarının toplamı 30 metrekare olarak belirlenmiştir. Herbir laboratuvar dalının ayrı konumlandığı durumda ise teknik alan asgari 30 metrekare ve destek alanlar ile ofis alanlarının toplamı 20 metrekaredir.

Radyoloji hizmetleri için Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun cihaz çeşidine göre belirlemiş olduğu asgari metrekarelere uygun odalar oluşturulur. Örneğin mamografi cihazı için kurum 2.5x3.5 metrekarelik asgari oda boyutu belirlemiştir.

Sterilizasyon üniteleri yeniden kullanım özelliğine sahip olan malzemelerin sterilizasyon ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılmasına imkan sağlayan alanlar olup, ameliyathane alanı ile bağlantılı veya sterilitayı bozmayacak şekilde planlanması durumunda hastane içerisinde başka bir alanda planlanabilir. Ünite kirli malzeme girişi- yıkama, paketleme, sterilizasyon alanları olarak ayrılır ve bu alanların metrekareleri bu işlemlerin yapılmasına imkan verecek boyutlarda belirlenir. Hastane içerisinde sterilizasyon ünitesi kurulmadan hizmet alımı da yapılabilir.

Özel hastanelerde çamaşırhane, mutfak, yemekhane, ibadethane, morg, personel dinlenme, çalışma, soyunma- giyinme, bay bayan personel için wc-lavabo, duş, telefon santrali, arşiv gibi alanlar ve metrekareleri ihtiyaca göre belirlenir. Mutfak ve çamaşırhane hizmetleri hastane içerisinde verilmeyip ve bunlar için ayrı mahaller oluşturulmadan hizmet alımı yoluyla da gerçekleştirilebilir. Arşiv alanı için hastane dışında başka bir alan gösterilebilir.

Merdiven genişlikleri en az 1.5 metre olacak şekilde, hasta kullanımındaki tüm koridor genişlikleri en az 2 metre genişlikte ve en az biri sedye ile hasta taşınmasına imkan verecek ölçülerde en az iki adet asansör olması zorunludur.

Sağlık yapıları için *Sığınak Yönetmeliği'ne* göre yataklı sağlık tesisinin 50 yatak ve üzeri olduğu durumlarda hasta yatak sayısının yüzde yirmi artırılması ile sığınak metrekaresi belirlenir ve sığınak bulundurma zorunluluğu aranır. Ayrıca genel olarak hastanenin Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliği (ilgili belediye onaylı projesi ile uyumu), Yangın Yönetmeliği (birden fazla katı olan hastanelerde yangın merdiveni yapılması ve yangın güvenlik önlemleri açısından itfaiye uygunluk raporunun bulunması), Tıbbi Atıkları Kontrolü Yönetmeliği (tıbbi atıkların muhafaza edildiği depoların standartları) ile kontrolü sağlanır.

4.12. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmeliğin amacı; eczacıların görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, eczanelerin açılması, işletilmesi, nakli, devri ve kapanması ile eczanelerin özellikleri ve eczacılık hizmetlerinin yürütülmesine dâir usûl ve esasları düzenlemektir[23].

Yönetmelik 18/12/1953 tarihli ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanuna göre düzenlenmiştir. Serbest Eczane yerlerinin belirlenmesinde nüfus kriteri göz önünde bulundurulur ve ilçe sınırlarındaki nüfusa göre en az üç bin beş yüz kişiye bir eczane olacak şekilde düzenleme yapılır. Eczanesi bulunmayan daha küçük yerleşim yerleri için nüfus kriteri bulunmaz.

Fizikli açıdan serbest eczane alanları için wc-lavabo dahil net kullanım alanının en az 35 metrekarelik alanlar olması şartı aranırken, hastane içerisinde bulunan eczaneler için bu standart depo hariç 20 metrekare olarak belirlenmiştir.

4.13. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

Bu Yönetmeliğin amacı; "Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve verilen sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, çalışılan yer, kurum ve statülerine göre öncelik sıralamasını, aile hekimliği uygulamasına geçiş ve nakillere ilişkin puanlama sistemini ve sayılarını, aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde

aranacak fiziki ve teknik şartları, eğitim aile sağlığı merkezinde veya biriminde görev yapan asistan/araştırma görevlisi, eğitici ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarını, eğitim aile sağlığı merkezi olarak kullanılacak yerlerde aranacak fiziki ve teknik şartları, meslek ilkelerini, iş tanımlarını, performans ve hizmet kalite standartlarını, hasta sevk evrakı, reçete, rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şeklini ve içeriğini, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliğini, kayıtların tutulmasını, çalışma ve denetime ilişkin sair usul ve esasları, belirlemektir.” [23].

Bu Yönetmelik 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanuna göre düzenlenmiştir. Yönetmelik ilk 6/7/2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmî Gazete’de Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik olarak yayınlanmış ve 2010 yılında yürürlükten kaldırılarak düzenlemelerle bugünkü halini almıştır.

Aile sağlığı merkezleri nüfus kriterleri göz önünde bulundurularak bir veya birden fazla hekim tarafından açılabilir. Bina durumu bir aile hekimi için toplam alan 60 m2 olacak şekilde belirlenir, eklenecek her aile hekimi birimi için 20 metrekare eklenir. Aile Hekimliği Merkezi 2 ila 6 hekimden oluşan merkezler şeklinde planlanır. Muayene odaları en az 10 metrekare olmalı, tıbbi müdahale odası yönetmelikte istenen müdahaleler için uygun tefrişatın bulunabileceği büyüklükte olmalıdır. Bebek emzirme, bay bayan tuvaletleri, bekleme alanı planlanır.

4.14. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik

Bu Yönetmeliğin amacı; akut ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastaların tedavilerini diyaliz yoluyla devam ettirmede, böbrek nakline hazırlanmalarında ve gerekli diğer tıbbî durumlarda diyaliz yöntemlerini uygulayacak merkezlerin, planlamalarına, açılmalarına, faaliyetlerine, denetlenmelerine, merkezde ve merkezin denetiminde görev alacak sağlık personelinin eğitimi ve sertifikalandırılmasına ilişkin esas ve usûlleri belirlemektir [23].

Diyaliz merkezleri, hastane ve tıp merkezi bünyesinde, müstakil binalarda veya çok katlı binaların bağımsız girişi olan bölümlerinde kurulabilir. Merkezde en az 20 metrekare bekleme alanı, kadın ve erkek hastalar için giyinme ve soyunma bölümleri ve engellilerin de kullanımına uygun bay-bayan tuvaletler, yatak başı en az 7 metrekarelik alan, acil bakım odası, idari oda, personel için bay-bayan olmak üzere tuvalet, su sistemi odası ve depo alanı istenmektedir.

4.15. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik

Yönetmeliğin amacı; çocuk sahibi olamayan çiftler için yapılacak tedavi esaslarını ve uygulama yapacak merkezlerin yapılması ve işletilmesine dair esasları belirlemektir. Merkezler Bakanlık planlaması kapsamında ülke ve il bazında belirlenecek ihtiyaca göre kamu ve özel

hastane bünyesinde açılabilceği gibi müstakil olarakta kurulabilir. Bina koşulları yönetmelikle belirlenen merkez için müstakil veya kurum içerisinde ise binanın müstakiliyet arz eden bölümünde kurulma şartı aranır. Bina fiziki şartları yönetmelik ile belirlenmiş olup müstakil merkezler için sağlık tesis alanı olma şartı aranmaz[23].

4.16. 2015 (mülga-1999) Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik

Yönetmeliğin amacı; *“fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, mesleğini serbest olarak icra etmek yetkisine sahip olan diş hekimlerinin münferiden ve müştereken ağız ve diş sağlığı hizmeti verdikleri muayenehanelerin, özel ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ile merkezlerinin açılması, faaliyetleri, denetimleri, faaliyetlerine son verilmesi ve diğer hususlara ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.”* şeklinde belirlenmiştir [23].

Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile 14/10/1999 tarihli ve 23846 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Yönetmelik kapsamına ağız ve diş sağlığı merkezleri, poliklinikleri ve muayenehaneler girmektedir.

4.16.1. A Tipi Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM)

A tipi ADSM’ler en az 5 diş hekimi ile açılabilir. Merkezler müstakil binalarda veya binanın girişinden itibaren müstakiliyet arz eden kısımlarında kurulur. Yeterli havalandırma ve aydınlatma koşullarına sahip, merdiven genişlikleri en az 1.2 metre, koridorlar en az 2 metre ve birden fazla katı bulunan binaların tekerlekli sandalye ile hasta taşınmasına imkan verecek genişlikte asansörü bulunacak şekilde planlanır.

Hasta bekleme salonu olarak kullanılacak alan en az 25 metrekare, muayene odaları içerisinde lavabosu bulunan ve hasta koltuğunun baş tarafından 1.5 metre diğer taraflarından en az 1 metre boşluk kalmasına imkan verecek ölçülerde, arşiv ve büro odası, personel giyinme soyunma odaları bay bayan ve içerisinde duş-tuvaleti olacak büyüklükte, personel sayısına göre dinlenme odası, engellilerinde kullanımına uygun bay bayan hasta tuvaletleri, en az 16 metrekare genişlikte sedasyon odası bulunmalıdır. Ayrıca ADSM’lerde genel anestezi ünitesi bulunur. Genel anestezi ünitesi tam steril ve yarı steril alanlardan oluşur. Tam steril alanda en az bir genel anestezi müdahale salonu, hazırlama odası (preoperatif), uyandırma odası (postoperatif) bulunur. Yarı steril alanda ise personel soyunma-giyinme, dinlenme alanları bulunur. Genel anestezi müdahale salonları içerisinde herhangi bir taşıyıcı eleman, girinti ve çıkıntılar olmaması, net kullanım alanının en az 30 metrekare olması, kısa kenarının en az 5 metre olması ve taban tavan arası net yüksekliğinin havalandırma kanalları, asma tavan ve

hepafiltreler hariç en az üç metre olması gerekmektedir. Sterilizasyon ünitesi kirli-yıkama, paketleme ve sterilizasyon bölümlerinden oluşur. Kirli alanlar ile temiz alanlar arasında sadece malzeme geçişi olacak şekilde planlanır ve sterilizasyonun yapılarak temiz malzemelerin çıktığı bölüm ameliyathane alanı ile doğrudan bağlantılı olur. Ünite metrekareleri bu işlemlerin yapılabileceği büyüklükte belirlenir.

4.16.2. A Tipi Poliklinik

A tipi poliklinikler en az iki diş hekimi ile açılabilir. Müstakil binalarda veya hizmet birimleri bütünlük arz edecek şekilde binanın bir bölümünde kurulabilir. Yeterli havalandırma ve aydınlatma koşullarına sahip, merdiven genişlikleri en az 1.2 metre, poliklinik giriş katında değil ise tekerlekli sandalyenin sığabileceği genişlikte asansörü bulunan binalarda kurulabilir.

Polikliniklerde hasta bekleme salonu en az 15 metrekare, muayene odaları içerisinde lavabosu bulunan ve hasta koltuğunun baş tarafından 1.5 metre diğer taraflarından en az 1 metre boşluk kalmasına imkan verecek ölçülerde, çalışan personel sayısı için yeterli büyüklükte soyunma- giyinme yerleri ile tuvalet ve lavabo, dinlenme odası, engellilerin de kullanımına uygun bay bayan hasta tuvaletleri bulunur.

4.16.3. Muayenehane

Muayenehane bir diş hekimi tarafından açılabilen sağlık kuruluşudur ancak aynı aynı daire içerisinde ayrı muayenehanesi olmak koşuluyla birden fazla diş hekimi çalışabilir. Yeterli havalandırma ve aydınlatma koşullarına sahip olmalıdır.

Hasta bekleme salonu en az 10 metrekare, muayene odaları içerisinde lavabosu bulunan ve hasta koltuğunun baş tarafından 1.5 metre diğer taraflarından en az 1 metre boşluk kalmasına imkan verecek ölçülerde, en az bir adet tuvaleti olacak şekilde planlanır.

4.17. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu

Kılavuzun amacı kamu veya özel sağlık tesisleri için günümüz teknolojisine uygun standartlarda, iyi planlanmış ve atıl kapasiteye yol açmadan ihtiyaçları karşılayacak ölçeklerde yeni sağlık kuruluşlarının yapılması veya mevcut yapıların tadilatlarının gerçekleştirilmesi için yol gösterici olmaktır. Kılavuz sağlık kuruluşu için gerekli imar standartları, mimari tasarım ve projelendirme, teknik altyapı ile ilgili asgari standartlara ilişkin ayrıntılı bilgileri içermektedir [24].

4.18. Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği

Yönetmeliğin amacı; *“Madde bağımlılarının ayakta veya yatarak tıbbi ve psiko-sosyal tedavileri ile tıbbi rehabilitasyonlarının yapıldığı merkezlerin açılması, işleyişi, denetlenmesi ve kapatılması ile merkezde çalışacak sağlık personelinin tespiti ve sertifikalandırılmasına ilişkin usul ve esasları belirlemektir.”* şeklinde belirtilmiştir. Merkez Bakanlık izni ile kamu veya özel hastane bünyesinde yataklı veya ayaktan tedavi merkezleri olarak kurulur [23].

Yönetmelik kapsamında yapılacak merkezler hastane bünyesinde olabileceği gibi tahsis edilecek bir arazi üzerinde uygun şartlarda bina yaptırılması şeklinde hizmet vermesi sağlanabilmektedir. Tedavi edilecek hasta profiline uygun fiziki koşullar sağlanır.

4.18.1. Yataklı Tedavi Merkezleri

Merkezler en az 10 yatak kapasitesi ile açılabilir. Bünyesinde hem yetişkin hem çocuk-ergen hizmetinin verileceği merkezlerde yetişkin ve çocuk ergenlerin tüm alanları birbirinden izole şekilde planlanır.

Hasta odaları hastanın kendisine zarar verme ihtimaline karşın güvenli, kapıları dışa açılır, pencereleri kırılmaz camlı, tek yatak için 9 metrekare iki yatak için 14 metrekare olacak şekilde planlanır. Asgari 10 yataklı açılan merkezlerin en az iki yatağı özellikli bakım ve tedavi odası olarak ayrılır ve bu odalar en az 12 metrekare olur. Artan her 15 yatağa bir özellikli bakım ve tedavi odası ayrılmakla birlikte merkez hastane bünyesinde yer alıyorsa hastanenin yoğun bakım yatağında aynı işlev için kullanılabilir. Poliklinik muayene odası ve asgari bir adet 6 metrekare genişliğinde görüşme odası planlanır. En az bir adet 20 metrekare genişliğinde grup terapi odası bulundurulur hasta sayısına göre sayısı artırılabilir. Tedavi ekibinin kullanacağı toplantı odası, spor alanları, hasta ve personel için yeterli sayıda tuvaletler, personel için çalışma, giyinme ve dinlenme yerleri ayrılır.

4.18.2. Ayakta Tedavi Merkezi

Ayaktan tedavinin yapıldığı hasta yatağı bulunmayan madde bağımlılığı tedavi merkezleridir. Yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan poliklinik muayene odası, asgari bir adet 6 metrekare genişliğinde görüşme odası ve grup terapileri için asgari 10 metrekare genişlikte bir toplantı odası gereklidir.

4.19. Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

“Bu Kanunun amacı; ihale ile özel hukuk hükümlerine göre, kamu özel iş birliği modeli çerçevesinde; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca yapılmasına ihtiyaç duyulan tesislerin ön proje, ön fizibilite raporu ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, Hazinesinin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde sözleşmede belirtilen sabit yatırım dönemi hariç otuz yılı geçmemek üzere bağımsız ve sürekli nitelikte üst hakkı tesis edilmek suretiyle yaptırılması, mevcut tesislerin yenilenmesinin sağlanması ve bu projeler için alınacak danışmanlık, araştırma-geliştirme hizmetleri ile ileri teknoloji ya da yüksek mali kaynak gerektiren bazı hizmetlerin gördürülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir.” [23]

Kanun yatırımın büyüklüğü veya çok sayıda ihtiyaç olması, kamunun öz kaynaklarının yetersiz kaldığı durumlarda, yatırımların ihale ile yükleniciye yaptırılması ve kiralanması koşullarını belirler. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarca yapılan ihale doğrultusunda tesis ile ilgili projelendirme, finansman, yapım, bakım onarım ve işleyişin sürdürülmesi ile ilgili tüm sorumluluklar sözleşme bitiş süresine kadar yükleniciye aittir. Yüklenici tesisin çalışır duruma gelmesinden sonra sözleşme süresince Sağlık Bakanlığından kira alır ve sözleşme bitiminde tesisi çalışır halde ve herhangi bir sorunu olmayacak şekilde sözleşmede yer alan şartlar çerçevesinde Bakanlığa devredilir. Yüklenicinin tesisi belirtilen şartlarda teslim etmemesi halinde cezai hükümler uygulanır ve zarar tazmin edilir.

4.20. Sağlık Tesisleri Yönetim Modelleri

4.20.1. Kamu-Özel Ortaklığı

Günümüzde sağlık alanında artan ihtiyaçları karşılamak adına yeni modeller denenmektedir. Sağlık alanında ki yatırımların Türkiye’de uzun yıllardır kamu eliyle yapıldığı bilinmektedir. SDP ile birçok alanda değişime giden sağlık sisteminde sağlık tesisleri ile ilgili olarak mevzuat değişiklikleri ve sağlığa ulaşım ihtiyacının artmasıyla mevcut tesisler yetersiz kalmıştır. Mevcut tesislerin birçoğunun yeni fiziki şartlara uyumsuzluğu, bina ömrünü doldurmuş olması, yeni teknolojiye uyumsuzluğu, mevzuatla uyumlu yeni sağlık tesisleri ihtiyacına neden olmuştur. Ülke genelinde tesislerin yenilenmesi ile ilgili olarak birçok ülkede uygulanan kamu-özel ortaklığı modeli örnek alınarak 3 Temmuz 2006 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı ile “Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması İle Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet Ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik” hazırlanmıştır.

İhtiyacın artmış olması birçok yeni yatırımı aynı anda yapma zorunluluğu getirmektedir, ancak kamu öz kaynaklarının bu yatırımlar için büyük oranda bütçe ayırması gerekmektedir. Bu noktada birçok ülkede uzun yıllardır kullanılan ve 1980'li yıllardan beri ülkemizde de özellikle elektrik santrallerinin yaptırılmasında kullanılan Kamu-özel Ortaklığı Modeli ile Şehir Hastaneleri yaptırılması uygun bulunmuştur. Hastane dışında ki sağlık tesisleri (Toplum Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezlerinin bir kısmı, 112 İstasyonları, hizmet binaları) Sağlık Bakanlığı bütçesi ile yaptırılmaktadır.

Özellikle kamunun karşılayamayacağı oranda yüksek bütçe gerektiren yatırımlar için kullanılan bu modelde genellikle özel teşebbüs ile yatırım dönemi hariç en fazla 30 yıl süreli olarak sözleşme yapılmaktadır. Yatırımın yapılacağı arsa kamu tarafından temin edilir ve bina yapımı, işletmesi, tıbbi donanım ve verilen hizmetten özel teşebbüs sorumlu olurken kamu sektörün insan kaynağını sağlar. Ayrıca özel teşebbüs bu yatırım karşılığında kamudan belirli oranda kira alır.

Kamu-Özel Sektör Ortaklık (KÖSO) modeli İngiltere başta olmak üzere Hollanda, Avustralya, Amerika, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya, Japonya, Güney Afrika gibi birçok ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Türkiye'de ise Yap-İşlet-Devret modeli 1980'li yıllardan beri özellikle enerji sektörü projeleri için sıkça kullanılmıştır [25].

Sıkça kullanılan proje finansman modelleri şöyledir:

Tablo 4.1. Proje Finansman Modelleri [25].

Devlet Finansmanı	Kamu Özel Sektör Ortaklık Modelleri	Özelleştirme
-Proje devlet tarafından finanse edilir ve işletilir. -Risk ve getiri devlete aittir.	-(BT)Yap-Devret -(BLOT)Yap-Kirala-İşlet-Devret -(BTO)Yap-Devret-İşlet -(BOT)Yap-İşlet-Devret -(BOOT) Yap-Sahiplen-İşlet-Devret -(BOO)Yap-Sahiplen-İşlet	-Kamu hizmeti özel sektör tarafından sahiplenilir ve işletilir. -Risk ve getiri özel sektöre aittir.

4.20.2. Özel Sağlık Kuruluşları

Özel sağlık sektörü alanında ise bu durum daha fazla farklılık göstermektedir. Yatırımcı kar oranının en yüksek olacağını düşündüğü çeşitli modellere yönelmektedir. Özel sağlık hizmeti veren kuruluşlar arasında Özel Hastaneler, Tıp Merkezleri, Poliklinikler, Muayenehaneler bulunmaktadır. Özel hastane modeline bakılırsa çoğunlukla bir veya birkaç yatırımcının bir araya gelerek oluşturdukları kuruluşlardır. Bu durumda kuruluşun tüm giderleri sözü edilen yatırımcı veya yatırımcılara ait olmaktadır. Modelin karlılığı düşünüldüğünde sürekli bina giderleri, personel ihtiyacı ve sirkülasyonu, maaşlar gibi tüm giderler hasta sayısına bağlı olmaksızın yatırımcıya aittir. Aynı karlılık dengesini yakalamak pek mümkün olmayan bu işletme modelinin riski çok fazladır. Çünkü oranları etkileyen çok fazla faktör vardır. Örneğin uzun yıllardır aynı yerde hizmet veren bir hastane düşünülürse; yakınında yapılacak yeni bir hastane binası mutlak oranda hasta sayısında değişikliğe neden olacaktır. Çünkü mevcut hastane yapısı daha konforlu fiziki şartları ve teknolojik imkanları sürekli olarak sağlama aşamasında zorlanacak ve hastanın tercihini etkileyecektir. Ya da hastanede ki herhangi bir branşta tercih edilen hekimin başka bir yere gitmesi, teknolojik teşhis ve tedavi imkanlarının yeterli veya yetersiz oluşu gibi faktörlerin hepsi doğrudan yatırımcıyı etkilemektedir. Çünkü hasta tarafından tercih edilen hekimin hastanede kalmasını sağlamak, teşhis ve tedavi için son teknoloji cihazları satın almak gibi maliyetlerin hepsi yatırımcı tarafından temin edilmek durumunda olmasının yanında yatırımcı risk almaya da devam etmektedir. Bu durumda şahısa ait tek hastane modelinin riskleri çok olan, karlılık oranı yüksek olmayan bir model olduğu düşünülmektedir.

Markalaşmış hastane zinciri modelinde ise bu durumun farklı olduğu söylenebilir. Çünkü kurumsallaşmış yapıda organizasyon yapısı bellidir. Hastanın tercih etme sebebi çoğunlukla hastanenin marka değerinden kaynaklanmaktadır. Bu koşullarda gerekli teknoloji, personel, bina standartlarının markanın değerini sürdüreceği nitelikte olması beklenir. Tüm bu standartları temin etmenin maliyeti küçük yatırımcı için fazladır, ancak kurumsal yapıya sahip hastaneler için uygun seviyededir. Böylece teknolojik eksiklik, hekim kaybetme ya da yakınında hizmet verecek yeni bir sağlık kuruluşunun bu yapıyı etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Özel sağlık kuruluşları için günümüzde gelişmekte olan modellerden biri de gider ortaklığıdır. Bu model ayrı ayrı hizmet veren hekimlerin bir araya gelerek ortak bina kiralayıp, bina giderleri konusunda birleşmeleri şeklindedir. Her hekim ortak bina içerisinde bağımsız bir bölüme sahiptir. Ancak bütün olarak bakıldığında bina bir işletme gibi kullanım gösterir ve ısıtma-soğutma sistemi, elektrik, su, bina bakımı, mutfak-yemek, sterilizasyon, personel giderleri ortak karşılanır. Model kar oranı olarak değerlendirildiğinde birçok noktada bireysel

muayene işletim sisteminden daha karlı görünmektedir. Hastane yapısı kadar kompleks değildir. Mevzuat ve çeşitli prosedürler açısından daha hızlı kurulup işleyebilen bir sistem olmakla beraber hastane gibi birçok hekimin aynı anda hizmet verebildiği bir yapıya da sahiptir. Yer seçimi konusunda sağlık tesis alanı olma gibi zorunluluk teşkil etmez. Ayakta teşhis ve tedavi noktasında yeterli gelen sistemde hastanın yatırılarak tedavi edileceği durumlarda bir hastane ile anlaşma şeklinde gerçekleştirilmektedir. Yani hastaneyi belirli durumlar için kiralama şeklindedir. Her ne kadar mevzuat açısından hastane işleyişinde her birim için belirli sayıda personel bulundurma şartı aransa da ilerleyen süreçte mevzuatta değişiklikler yapılarak, bu sistem de hastanenin asgari personel sayısını bulundurarak işleyişinin bir kısmını kiralama şeklinde gerçekleştirmesine de imkan verilebilir. Model özel hastane sistemini daha küçük bir ölçeğe dönüştürerek, sadece ileri teşhis ve tedavi gerektiren durumlarda illerde bulunacak büyük çaplı hastanelerden hizmet alma şeklinde bir değişime neden olabilir.

4.20.3. Branş Hastaneleri

Sadece belirli uzmanlık alanlarına ve hastalara yönelik hizmet vermek üzere uzmanlaşmış hastanelerin bir kısmı devlet bir kısmı ise özel sektör tarafından kurulmuştur. Branş hastaneleri talep doğrultusunda Sağlık Bakanlığının hizmet bölgelerinde izin verdiği koşullar çerçevesinde gerçekleştirilir. Sağlık bakanlığının kamu hastaneleri için hazırlamış olduğu mevzuat veya özel sağlık kuruluşları mevzuatı doğrultusunda planlaması yapılır. Ağız ve Diş Sağlığı Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Göz Hastalıkları Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Kalp ve damar Cerrahisi hastanesi, Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi gibi çeşitli hastalıklarda özelleşmiş branş hastaneleri bulunmaktadır. Hastaneler ile ilgili bina, fiziki çevre gibi nitelikler Sağlık Bakanlığı mevzuatında yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye genelinde kamuya ait toplam 90 adet branş hastanesi bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığına ait toplamda 884 hastane bulunduğu dikkate alınırsa branşlaşmış hastane sayısı Türkiye geneli %10 civarındadır. Oran bu hastanelerin farklı dallarda hizmet verdikleri düşünüldüğünde (örneğin 90 hastaneden 1 tanesinin Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi olduğu göz önünde bulundurulduğunda) düşük kalmaktadır. Özel sektör açısından incelendiğinde Mersin örneğinde 2018 yılı itibariyle 12 özel hastane içerisinde 2 tanesinin branş hastanesi olduğu görülmektedir.

Sayılar dikkate alındığında bu hastane tiplerinin yatırımcı tarafından henüz çok tercih edilmediği düşünülmektedir. Bu bağlamda brans hastanelerinin avantaj ve dezavantajları irdelenmektedir. Öncelikle kent içinde bu hastanelerin yer seçimi bir genel hastane yapısına kıyasla çok daha büyük önem taşımaktadır. Çünkü gelen hastanın şikayeti belli bile olsa birçok bransın bir arada bulunduğu bir hastaneyi tercih etme olasılığının yanında, brans hastanesinin konumu tercih edilmede ki önceliğini büyük oranda etkilemektedir. Herhangi bir kent örgüsünde ulaşım olanağı çeşitliliği fazla, yakın çevresinde otopark bulunan, kent merkezine yakın konumda bulunan bir sağlık tesisinin, kent merkezinden uzakta, ulaşım imkanları kısıtlı bir tesise göre tercih edilme olasılığı daha yüksek olmakla beraber, konuya brans hastanesi olarak bakıldığında bu ihtimal daha da artmaktadır. Ancak konumun etkili olmayacağı durumlarda göz ardı edilmemelidir. Belirli şikayeti bulunan hasta tedavi arama sürecinde bransında iyi olduğuna kanaat ettiği sağlık kuruluşuna gidebilmek için gerektiğinde şehir de değiştirebilmektedir. Isard Teorisi'nin genel hastaneler için uygun iken dal hastaneleri için yetersiz kaldığı söylenebilir. Isard'a göre ulaşılabilirliğin en yüksek olduğu nokta ve merkezi konum, talebin en yüksek olduğu yerdir. Ancak dal hastaneleri için artan ulaşım olanakları ve kuruluşu tercih eden kişilerin sosyo ekonomik düzeyleri ile bu durumun önemini yitirdiği görülmektedir. Bununla beraber ulaşılabilirlik ve konum gibi etkenler dışında tesisin verdiği hizmetin niteliği, kalitesi, alanında kendini ispatlamış olması tercih edilmesinde ki ana etkenlerdendir.

Günümüzde henüz brans hastanesi modelinin çok tercih edilen bir işletme/hizmet modeli olmadığı anlaşılmaktadır. Kamu için bakıldığında mevcut brans hastanelerinin 2017 yılı itibarıyla şehir hastanelerinin açılması ile kapatılarak çok daha kapsamlı olan şehir hastanelerinde hizmet vermeye başladığı görülmektedir. Ayrıca şehir hastaneleri planlamasının farklı illerde belirli brans alanlarında hizmet verecek şekilde yapılmış olduğu görülmektedir. Örneğin Mersin Şehir Hastanesi özellikli olarak Onkoloji, Psikiyatri, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet alanlarına ayrılmıştır. Yani şehir hastaneleri genel hastane olma amacının yanında belirli branslarda özellikli olarak planlanmaktadır. Bu durum kamu için şehir hastanelerinin sözleşme süresi gibi 25 yıllık bir süreçte için yeni brans hastanesi olasılığının düşük olduğunu göstermektedir. Özel sektörün ise şehir hastanelerinin bulunduğu illerde belirli branslarda bu modele yönelmeyi tercih etmeyeceği düşünülmektedir.

Tablo 4.2. Türkiye’de branş hastanelerinin sayısı ve kapasitesi [26].

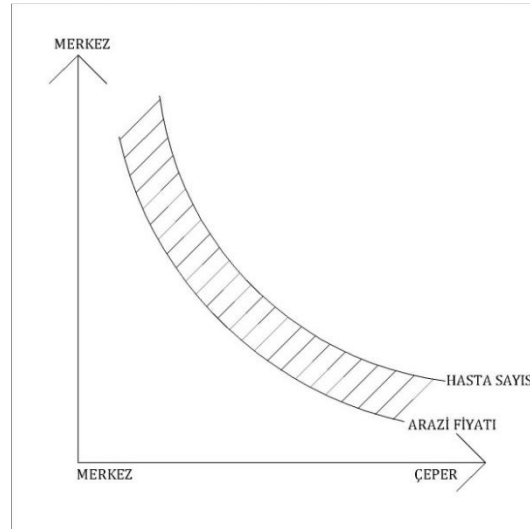
KURUM TÜRÜ	KURUM SAYISI	YATAK SAYISI
GENEL HASTANE	508	92.098
SAĞLIK BAKANLIĞI-ÜNİVERSİTE ORTAK HASTANESİ	19	9.806
KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	25	6.188
RUH SAĞLIĞI HASTALIKLARI HASTANESİ	8	3.981
GÖĞÜS HASTALIKLARI VE GÖĞÜS CERRAHİSİ HASTANESİ	14	3.720
ENTEĞRE İLÇE HASTANESİ	267	3.455
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HASTANESİ	12	1.754
ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ	5	1.762
ONKOLOJİ HASTANESİ	2	830
KALP VE DAMAR CERRAHİSİ HASTANESİ	1	465
KEMİK HASTALIKLARI HASTANESİ	3	436
GÖZ HASTANESİ	2	185
MESLEK HASTALIKLARI HASTANESİ	2	156
DİŞ HASTANESİ	14	106
SPASTİK ÇOCUKLAR HST. VE REHABİLİ.MRK.	1	54
LEPRA HASTANESİ	1	34
TOPLAM	884	125.030

5. KENTSEL PLANLAMADA SAĞLIK TESİSLERİYLE İLGİLİ YERSEÇİM İLKELERİ

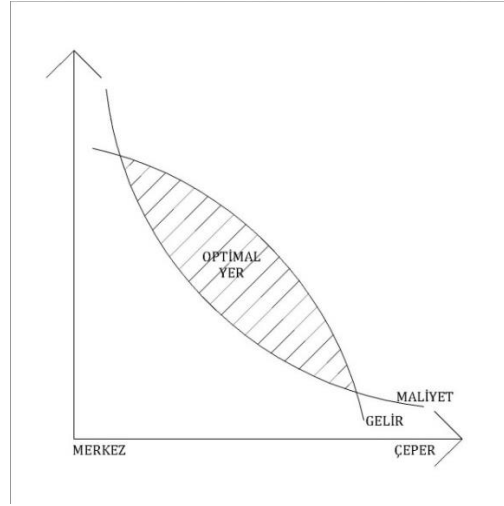
5.1. Sağlık Tesisleri Yer Seçiminin Kentsel Planlama Kriterleri Ve Standartları Açısından Değerlendirmesi

Stigler'n açıklamasına göre herhangi bir tesiste veya hizmette sabit maliyet değişmeden hizmet ölçeğindeki artış birim maliyeti düşürür. Tesiste üretim arttıkça birim maliyet düşer. Tesisin ölçeği büyüdükçe üretim miktarı daha fazla oranda artar çünkü sabit yatırım ve ekipman başına birim üretim artar. Küçük tesislerde birim maliyeti yüksek iken büyük tesiste birim maliyeti düşüktür. Ancak belli bir aşamaya kadar bu prensip geçerlidir. Ölçek optimal düzeyden daha büyük hale getirilirse birim maliyet artar buna da ölçek diseconomisi (diseconomies) denir [27].

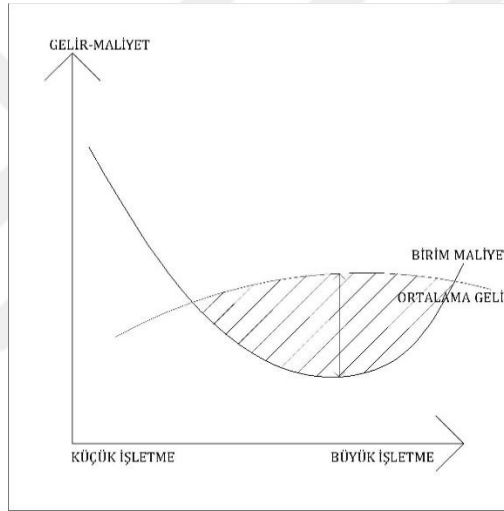
Sağlık kuruluşları için örneklendirildiğinde bu durum kentin birçok yerine dağılmış şekilde muayenehane ya da poliklinik gibi çok kapsamlı olmayan birimlerin sabit giderlerine karşılık gelen hasta sayısı, yapılan tedavinin gideri karşılama ve kar etme durumuna kıyasla, optimal düzeyde bir hastanede verilen hizmetin kapsamının daha fazla olmasından kaynaklı gelen hasta sayısının daha fazla olacağı ve birçok hizmet bir arada verilebileceği için alınan verim artmaktadır. Ancak kuruluş yanlış yer seçimi, kapasitesinin üzerinde teknolojik cihaz sağlama gibi daha birçok etkeni yanlış hesaplama sonucunda yapılan yatırım miktarına karşılık gelmeyen değer sonucu çıktı miktarındaki artış karlılığa engel olacaktır.



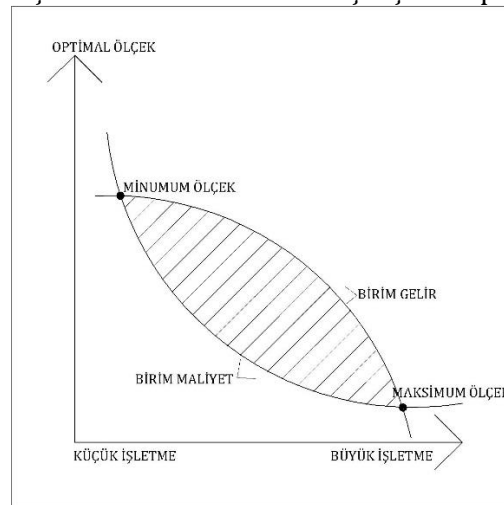
Şekil 5.1. Sağlık kuruluşları yer seçiminde arazi ve hasta sayısı değişimi grafiği [Kaynak: Literatür araştırmasından derlenerek çalışma kapsamında üretilmiştir].



Şekil 5.2. Sağlık kuruluşları yer seçiminde gelir ve maliyet açısından optimal yer
[Kaynak: Literatür araştırmasından derlenerek çalışma kapsamında üretilmiştir].



Şekil 5.3. Sağlık kuruluşları büyüklüklerine göre gelir grafiği
[Kaynak: Literatür araştırmasından derlenerek çalışma kapsamında üretilmiştir].



Şekil 5.4. Sağlık kuruluşları büyüklüklerine göre gelir-maliyet
[Kaynak: Literatür araştırmasından derlenerek çalışma kapsamında üretilmiştir].

Isard kentsel kullanımların yer seçim kuramı ve modellerini geliştirmiş ancak sağlık tesisleri için ayrı bir model ve analiz geliştirmemiştir. Teitz ise Isard'ın modelini sağlık tesisleri yer seçimine uyarlamıştır [7].

Hastane yer seçimi her zaman Merkezi Yer Seçimi Teorisi'ndeki genel kurala uymaz. Çünkü merkezi yer kamu yatırım maliyetleri için maliyetlidir ve bu nedenle kamu maliyetinin olabildiğince az, yine ulaşım maliyetlerinin de olabildiğince az olacağı optimum (pareto) bir nokta aranır. Burada en önemli faktör hastane ölçeği, niteliği ve aynı hizmeti veren mevcut diğer tesislerin konumudur [7].

Kamu, teorik olarak "bütçe verimliliği maksimizasyonu" ilkesi ve sosyal fayda ilkesine göre yer seçerken özel sektör "maliyet minimizasyonu" ve "kar maksimizasyonu" ilkesine göre karar verir. Her iki karar verici (kamu/özel) için diğer bir ölçüt ise hedef kitledir. Özel sektör gelir gruplarına göre, kamu ise tüm kesimler için ancak erişilebilir nüfus için yatırım kararı verir [7].

Kamu ve özel sektör yatırım ve işletme maliyetini üstlenirken kullanıcı ulaşım maliyetine (zaman ve parasal) katlanmak zorundadır. Yer seçimi bu maliyetlerin kim tarafından ne kadar ödeneceğini belirler. Örneğin arazi fiyatı düşük olan kent çeperindeki bir yer seçimi kararı ile kullanıcıların ulaşım maliyeti artarken kamu yatırım maliyeti en düşük düzeyde bırakılır. Kimi durumda ise kamu daha merkezi bir yer ararken hastane büyüklüğüne uygun arazi olmaması nedeniyle çeperde yer seçmek zorunda kalabilir. Burada iki seçenek ortaya çıkar. Merkezi yere yakın ve küçük ölçekli birden fazla hastane ya da çeperde büyük bir hastane. Birinci tercih kullanıcı maliyetini azaltır, ancak yatırım maliyetini artırır. Teitz'e göre yer seçiminde talebe göre iki tür sistem bulunur: statik ve dinamik. Talebin yer seçimine göre sabit ya da değişken olması; talebin zamana göre sabit ya da değişken olması [7:48] planlama ve yer seçimi bu iki sistemden birine göre yapılır. Talep değişkenliği ise, kent nüfusu, yaş değişimi, kentin gelişimi, sağlık sorunlarının değişimi, gelir vb. nedenlere bağlıdır [7].

Schultz ise sağlık tesisleri planlamasında hangi temel kabuller, faktörler ve değişkenlerin etkili olduğunu incelediği çalışmasında, "desantralizasyon derecesi" kavramını açıklar [28]. Buna göre desantralizasyon dört farklı etkiye neden olur:

- 1- Yatırım hizmet ve maliyeti ile yararlanıcıların ödeyeceği maliyetler (katkı payı),
- 2- Ulaşım maliyetleri,
- 3- Yararlanıcıların yararlanma sıklığı,
- 4- Toplumla etki eden diğer maliyetler (trafik, arazi kullanımı, mekan kalitesi) [28: 3839].

Yatırımcı (kamu) bu dört etki ya da sonucu dikkate alarak karar verir. Schultz bu etkileri ölçek matematiksel bir model geliştirmiştir. Bu model ile hastane tipi, ölçeği ve kullanıcı hedef

kitlesine göre en uygun yer belirlenebilir, ancak soyut bir mekan varsayımına dayalı model, kentlerdeki değişimlere göre uyarılma gerektirmektedir [28].

Mahyew ve Leonardi hastane yer seçiminde hakçalık (equality), etkililik (efficiency) ve erişilebilirlik (accessibility), ilkelerine dayalı bir matematiksel model geliştirmişlerdir. Bu modelde kentin alt parçalarının (mahalle) nüfusları, mesafe matrisi, ulaşım maliyetleri parametresi, talep faktörü (yaş, hasta türü) ve hastane ölçeği girdi olarak kabul edilip en uygun yer tespit edilmektedir [29].

Bu model analizleri sonucunda kentteki bütün alt bölgelerin hastane yer seçimi endeksi belirlenerek “en uygun” ile “en az uygun” arasında bir derecelendirme yapılmaktadır. Buna göre yatırım önceliği olan bölge, ya da en uygun, ikinci en uygun, üçüncü en uygun arazi tespit edilebilir [29].

Altaban gündelik hayatta herkesin mekânsal olarak bir adada yaşıyor olduğundan ve bu adanın boyutlarını ulaşım imkanlarının da gelişmesine bağlı olarak kişinin kullanabildiği ulaşım araçlarının belirlediğini ancak bunun anlamının kişinin zorunlu ihtiyaçlarına ulaşmak için bile araç kullanmak zorunda olması gerekmediğini belirtmiştir [30]. Altabana göre planlamada yer seçim kuramı kamu servislerinin yer seçimini gözardı etmekte ya da bu kuram ekonomik ölçütlere dayandırılmaktadır. Yani kamu servislerinin yer seçimi konut alanlarının gelişimine bağlı olarak yerleşimden sonra talep doğması ile gerçekleşmektedir [30].

Kamu servisleri özel sektörden farklı olarak temelindeki “kamusallık” niteliğinden dolayı etkinlik ve kar öğelerine göre yer seçmeyen, tamamen paraya bağlı olmayan servislerdir. Herkese eşit olarak hizmet vermesi ve toplumun refahını yükseltmesi esastır. Herhangi bir kamu hizmeti sunumunda mahalle ve semt ölçeğinden belirli ölçütler bulunurken özel sektörün aynı hizmeti sunması durumunda yer seçimi yatırımcının karlılık durumuna göre gerçekleşmekte ve hizmetini uzak olması durumunda devreye ulaşım araçları girerek seyahat zaman ve maliyeti artırmaktadır [30].

Kamusal nitelikli servisler kentteki yerine göre “dağıtım tipi” (tüketicinin bulunduğu yer) ve “servis tipi” (servisin bulunduğu yer) olarak sınıflandırılabilir [30].

Tablo 5.1. Dağıtım Sistemine Göre Kamu Servislerinin Sınıflandırılması [30].

Tipi	Dağıtım Sistemi	Servis (Hizmet) Örneği
Dağıtım Tipi	Çok sayıda başlangıç noktasından az sayıda merkeze (bitiş) yönelik, tek veya çok amaçlı seyahat	Hastahaneler Okullar Kütüphaneler Klinikler Sosyal hizmet birimleri Oy atma yerleri
Servis Tipi	Az sayıda başlangıç (çıkış) noktasından çok sayıda hedefe (bitiş) yönelik tek amaçlı seyahat	Yangın söndürme (itfaiye) istasyonları Polis karakolları
Servis Tipi	Az sayıda başlangıç noktasından yeniden çok sayıda hedefe yönelik, tek seyahat boyunca birkaç yere hizmet verme	Çöp toplama Posta dağıtımı ve toplaması Polis devriye hizmeti Kar temizleme/tuzlama
Bölgesel-Noktasal ve Ağ tipi	Az sayıda merkezi noktadan belirli alan ve bölgeye hizmet sunumu, mal ve iletişim araçları ile ya da PTT, radyo ve TV gibi bilişim/medya ağı ile hizmet	Vergi bölgeleri ve vergi toplama birimleri Yargı hizmeti bölgeleri ve birimleri Klinik,(sağlık kontrolü) Planlama bölgeleri

Ersoy, çalışmasında sağlık kuruluşlarının yerleşime göre dağılımının ülkeler arasında farklılık göstermesine karşın temel ilkenin; koruyucu ve ilk müdahalenin gerçekleştirileceği kuruluşların mahalle ölçeğinde bulunması sonraki aşamalar için hastanelere yönlendirilmesi şeklinde oluşunu belirtmiş, dolayısı ile farklı nitelikteki sağlık kurumu dağılımlarının nüfus büyüklüğü ile orantılı olarak planlandığından bahsetmiştir [12].

ABD' de yerleşim yerlerinin nüfus büyüklüğü göz önünde bulundurularak yapılan çalışma sonuçlarında mevcut durumda nüfus aralığı 2.500-5.000 arasında olan yerleşimlerde küçük hastaneler bulunurken nüfusun artışı ile sağlık tesislerinde doğru orantılı olarak büyüdüğü ve 1.000.000 üzeri nüfus yapısında tam teçhizatlı hastaneler ve fakültelerin bulunduğu belirtilmektedir [31].

Yerleşim yeri nüfusuna göre yapılan bu sıralama da nüfus artıka sağlık tesisleri yapısal olarak büyümekte ve verdiği hizmet çeşitliliği artmaktadır. ABD, Fransa ve Almanya'da yerleşim yerlerindeki sağlık tesislerine ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde hepsinde yerleşim yeri nüfusu ile doğru orantılı bir sağlık tesisi kademelenmesi olduğu görülmektedir [12].

Ersoy, ulusal mevzuatta sağlık tesislerinde yer seçimine ilişkin ayrıntılı bilgi bulunmadığı ancak bu veriye yapılmış örnekler üzerinden değerlendirmelerle de ulaşılabileceğini belirtmiştir. Buna göre sağlık tesisi için ulaşım ağlarına yakın olma, taşıt ve yaya erişimi yönünden rahat imkanlara sahip olma, toplu taşıma ağlarından faydalanabilecek

konumda olma gibi özelliklere sahip olmanın önemli olduğundan ve bunun için kavşak noktalarının ideal noktalar olduğundan bahsetmektedir[12].

Yer seçimi kuramları içinde ilk olarak 1933 yılında Walter Christaller'ın yaptığı "Merkezi Yerler Kuramı" adlı çalışmasında ele alınan kademelenme teorisi irdelenebilir. Sakarya, kademelenme teorisinde iki yaklaşımdan bahsetmektedir. Bunlardan biri Neo Klasik yaklaşım diğeri ise Çağdaş teoriler şeklinde belirtilmektedir. Christaller'ın merkezi yerler teorisine göre neo klasik teorinin temeli, diğeri alanlarda bulunmayan ürün ve hizmetlerin merkezlerde bulunması ve bu merkezlerden temin edilmesidir. Bu nedenle tüketiciler ihtiyaçları doğrultusunda merkeze giderler, bu durum merkezin yerleşmede bir etki alanı oluşturmasına sebep olmuştur. Merkezler ise sahip oldukları farklı fonksiyonlar kapsamında kademelenmektedir. Üst kademe merkezler, alt kademe merkezlerin sunduğu hizmetlerin tamamı ve bunun dışında da farklı hizmetler sunmaktadır, bu kapsamda alt kademe merkezler, üst kademe merkezlerin etki alanında kalmaktadır [32].

Sakarya; Lösch'e göre yerleşmede merkezin seçiminin firmaya bağlı olduğunu ve firmanın kârını en yüksek değere çıkarmak için maliyetlerini minimuma düşürme çabasında olduğunu, bu nedenle kendisi için avantajlı bir noktayı seçerek hizmet sunduğunu belirtmiştir [32].

Yerleşme sınırının belirlenmesinde ise tüketici davranışları belirleyicidir. Birey, Christaller teorisinde olduğu gibi, aynı hizmeti sunan merkezlerden kendisine en yakını tercih eder ve bu şekilde kendisi için merkeze uygun uzaklıkta yer alır [32].

Çağdaş teoride Henderson'a göre firmaların kendileri için avantajlı bir noktada yer seçtiği ve firmanın yer seçiminde ölçek ekonomileri kapsamında diğeri firmaların bulunduğu yerlerin önemli olduğu, bu şekilde bir noktada yığılarak merkezi oluşturduğu belirtilmektedir. Bu teoriye göre yerleşimde yaşayanların hem bu merkezde çalışması hemde tüketim ihtiyaçlarını bu merkezden karşılama isteği ile tüm maliyetlerini azaltma amacıyla kendileri için en ideal noktayı seçtiği sonucuna varılmıştır [32].

Türkiye'de son yıllarda kamu sağlık tesisleri ölçeğinin büyümekte olduğu tespit edilmiştir. 2000'li yılların başına kadar küçük ve çok sayıda sağlık tesisi (sağlık ocağı, özel muayenehane, semt polikliniği, devlet hastanesi, tıp merkezi vs.) varken yönetmelik değişiklikleri, sağlık sistemi piyasası ve kamu hizmeti standartlarının değişmesi ile kentte daha az sayıda ve daha büyük ölçekte sağlık tesisi yapılmıştır. Büyük tesis yapılmasının en önemli nedeni ölçek ekonomisidir.

Ölçek ekonomisi iki durumu işaret eder birincisi küçük ölçekli çok sayıda hastane yerine tek ve büyük bir hastane yapmak hem altyapı hem işletme birim maliyetlerini düşürmektedir.

İkincisi büyük ölçekli yapıldığı zaman daha üst sınıf hizmet verildiğinden hastane kullanıcı sayısı artmaktadır. Teşhis ve tedavi amaçlı olarak büyük illere yönelen hastanın yaşadığı yerdeki hastanelere yönelimini sağlamaktadır [27].

5.2. Sağlık Yapıları Yer Seçiminin Türkiye’deki Mevzuat Yönünden İncelenmesi

Sağlık yapılarını büyük ölçekli olandan küçüğe doğru ele alınarak (hastane yapıları (kamu ve özel), ayakta tedavi merkezleri ve birinci basamak) ilgili mevzuatta yer alan yer seçimine ilişkin kriterler incelenmiştir.

Öncelikle bu kriterlerle ilgili bilgiye Sağlık Bakanlığı İnşaat Ve Onarım Daire Başkanlığı’nın 2010 yılında yayınlamış olduğu “Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Kılavuzu’nda” rastlanmaktadır. Kılavuz Arazi ve imar tanımları ve standartları adlı başlık altında arazi seçiminde dikkat edilecek hususları belirtmektedir. Bunlar arasında arazinin sağlık tesis alanı olması, değil ise imar planı değişikliği ile düzenlenmesi, ulaşım verilerinin dikkate alınması (ulaşım altyapısı), arazi mülkiyetinin kime ait olduğu, arazinin jeolojik durumu, çevresel etkenler (hava, gürültü, çevre kirliliğinden uzak olması gibi), arazinin şekli, altyapı verileri, çevresel bilgileri (gelişme potansiyeli, çevredeki diğer yapılar vs.) yer almaktadır. Aynı başlık altında yer alan yer seçimine ilişkin kriterlerde de konum, trafik yoğunluğu, ulaşım olanağı, çevresel faktörler (gürültü, hava vs.), gelişim potansiyeli olan bölge, otopark imkanı, altyapı, sağlık tesis alanı olması veya dönüştürülebilir olması gibi etkenler ele alınmış, arazi büyüklüğü ile ilgili olarak ise Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmeliğin Ek-1c maddesinde belirlenen standartlara referans verilmiştir. (Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik mülga olup yerini 14/6/2014 tarih 29030 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği almıştır.)

Mülga Plan yapımına ait esaslara dair yönetmeliğin ek-1c maddesi ve mekânsal planlar yapım yönetmeliği ek-2 incelenmiştir.

5.2.1. Mekansal Planlar Yapım Yönetmeliği

Yönetmelik 14.06.2014 tarih 29030 sayılı resmi gazetede yayınlanmış olup bu yönetmeliğin yayım tarihi itibarıyla Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Sağlık yapılarına ilişkin asgari alan büyüklükleriyle ilgili veriler yönetmeliğin ek-2 sinde verilmiştir. Sağlık kuruluşlarını Aile Sağlık Merkezi, Basamak Sağlık Tesisleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, Doğum ve Çocuk Bakım Evleri, Devlet Hastaneleri, İhtisas/Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastaneleri, Sağlık Kampüsleri olarak sınıflandırmış birinci basamaklar için nüfus bazlı metrekareler verilirken yataklı tesisler için yatak başı

metrekare verilmiştir. Özel Sağlık Tesisleri için yer seçiminde yönetmelik Ek-2 açıklamalarında: “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” hükmü getirilmiştir. Ayrıca belirlenecek alan büyüklükleriyle ilgili kararının ilgili bakanlık görüşünde olduğu belirtilmiştir.

Tablo 5.2. Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmelik (Mülga) Ek-1c [23].

EK-1c/Sağlık Tesisleri	Asgari Alan Büyüklüğü (m ²)
Köy tipi sağlık ocağı	2 240
İlçe tipi sağlık ocağı	2 300
İlçe tipi sağlık evi	1 050
Sağlık merkezi (15 yatak)	2 300
Hıfzısıhha enstitüsü	3 200
Halk sağlığı laboratuvarı	1 000
Dispanser- semt polikliniği	5 000
Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi	1 050
Ağız ve diş sağlığı merkezi (1)	
Acil yardım ve kurtarma istasyonu (1)	
Doğum ve çocuk bakım evleri (75-250 yatak) (1)	
Devlet hastaneleri (25- 700 yatak) (1)	
İhtisas hastaneleri (1)	
Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri (1)	

(1) Yatak başına (130) m² alan ayrılır.

Tablo 5.3. Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği Ek-2 [23].

EK-2 TABLO		FARKLI NÜFUS GRUPLARINDA ASGARİ SOSYAL VE TEKNİK ALTYAPI ALANLARINA İLİŞKİN STANDARTLAR VE ASGARİ ALAN BÜYÜKLÜKLERİ TABLOSU			
GRUPLARI ALANLARI		0 - 75.000 m ² /kişi-1,50	75.001-150.000 m ² /kişi-1,50	150.001 - 500.000 m ² /kişi-1,50	501.000 + m ² /kişi-1,60
		Asgari Birim Alan (m ²)	Asgari Birim Alan (m ²)	Asgari Birim Alan (m ²)	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	Yatak başına (130) m ²	Yatak başına (130) m ²	Yatak başına (130) m ²	Yatak başına (130) m ²
	Devlet Hastaneleri				
	İhtisas/Eğitim ve Araştırma Hastaneleri				
	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 mekansal 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.					
3. Lise, Anadolu Lisesi, Ticaret Lisesi, Kız Meslek Lisesi, İmam Hatip Lisesi gündüzlü liseler kapsamındadır					
4. Fen Lisesi, Anadolu Öğretmen Lisesi, Sosyal Bilimler Lisesi, Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi Güzel Sanatlar Lisesi ve Spor Lisesi yatılı liseler kapsamındadır.					

5. İş Uygulama Okulu, Mesleki Eğitim ve Rehberlik ve Araştırma Merkezleri özel eğitim, rehabilitasyon ve rehberlik merkezleri kapsamındadır.
6. Aile Sağlık Merkezi 1. Basamak Sağlık Tesisi 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 Tesisi, 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.
9. İlçe sınırları dahilinde; komşuluk, mahalle, semt ölçeğinde veya kent bütünü ile yerleşme alanlarında açık ve yeşil alan standartları; çocuk bahçesi, oyun alanı, park, meydan, semt spor alanı, botanik parkı, mesire yeri ve rekreasyon için 10 m ² /kişi olarak uygulanacak olup, bu standardın uygulanmasında kamuya ait; düzenleme ortaklık payına tabi çocuk bahçesi, oyun alanı, park, meydan ve semt spor alanları oranı toplamı %75'in altına düşürülemez.
10. İl bütününde olmak üzere; açık ve yeşil alanlar standardına hayvanat bahçesi, kent ormanı, ağaçlandırılacak alan, fuar-panayır-festival alanı ve hipodrom alanı için 5 m ² /kişi ilave edilmek suretiyle açık ve yeşil alanlar standardı toplam 15 m ² /kişi olarak hesap edilerek uygulanır. İmar planı değişikliklerinde bu kullanımların kaldırılması halinde eşdeğerlik aranmaz, ancak bu kullanımlar, aynı açık ve yeşil alanlar donatı grubu içindeki diğer kullanımlara dönüştürülebilir.
11. 6306 sayılı Afet Riski Altındaki Alanların Dönüştürülmesi Hakkında Kanun uyarınca yapılacak planlarda, plan kararı ile tayin edilen standartlar ve gösterimler, planda veya ilgili yönetmeliğinde tayin edilmemiş ise gerekli görülmesi halinde bu standartlar uygulanır.
12. Teknik altyapı alanlarının büyüklükleri ilgili idarelerce belirlenecektir.
13. Sosyal ve teknik altyapı alanları; ilgili Bakanlıkların yönetmelik, yönerge, genelge, tebliğ gibi düzenlemelerinde belirlenen asgari alan büyüklükleri dikkate alınmak kaydı ile bu Yönetmelikteki standartlarda belirlenen asgari alan büyüklüklerine tabi olmaksızın imar planlarında belirlenebilir.

Tablolar incelendiğinde 1985 tarihli yönetmeliğin Ek-1c tablosunda belirlenen küçük çaplı tesisler için asgari alan büyüklükleri verilmiş, büyük olanlar için ise yatak başı metrekare belirtilmiştir. 2014 te yürürlüğe giren yeni yönetmelikte ise tablonun günümüz sağlık kuruluşları tiplerine göre güncellendiği ve nüfus bazlı bir sıralama yapıldığı görülmektedir. Yatak başı metrekarelerin büyük çaplı sağlık kuruluşları için (doğum ve Çocuk bakım evleri, devlet hastaneleri, ihtisas/egitim ve araştırma hastaneleri ve fizik tedavi ve rehabilitasyon hastaneleri) önceki tablo ile aynı şekilde 130 m² olarak belirlendiği görülmektedir. Bu tabloya sağlık kampüslerinin eklendiği görülmüş olup yatak başı metrekare standardının 220 metrekare olarak belirtildiği görülmüştür. Yeni tabloda açıklama notları eklenmiş olup özel

ibaresine de yer verilmiştir. Alan büyüklükleri ile ilgili kararın ilgili bakanlık ukdesinde olduğu belirtilmiştir.

Özel hastanelerle ilgili yer seçimine ilişkin kriterler Özel Hastaneler Yönetmeliği Madde-8'de belirtilmiştir. Bu kriterler hastanenin yapılacağı alanla ilgili özel sağlık tesisi yapılabileceğine dair belediyenin uygun görüşü, uygun çevresel faktörler (gürültü, hava, su, gayrisihhi müessese), yeterli yeşil alan, ulaşılabilirlik, otopark yeterliliği ve yapılacağı alanın bütünlük arz etmesi ve bunların belgelendirilmesidir.

Ayakta tedavi yapan sağlık kuruluşlarına ilişkin yer seçimi ise Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik Madde-10 da belirtilmektedir. A tipi, B tipi tıp merkezleri ve poliklinikler ile ilgili yer seçim kriterleri verilmiş olup; A tipi tıp merkezleri için müstakil bina, uygun çevresel faktörler (gürültü, hava, su, gayrisihhi müessese), ulaşılabilirlik, imar mevzuatına göre özel sağlık tesisi yapılabilecek yer olması, otopark yeterliliği ve belgelendirilme şartları aranırken b tipi tıp merkezleri için özel sağlık tesisi yapılabilecek yer olma zorunluluğu ve müstakil bina olması dışında diğer şartların tümü aranmaktadır. Poliklinikler için yalnızca sağlık hizmetinin verilmesine uygun olan binalarda kurulma kriteri belirtilmekte muayenehaneler için ise herhangi bir yer seçim kriteri görülmemiştir.

Muayenehane hizmetleri SDP ile değişim göstermiştir. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun ilk olarak 1978 yılında çıkarılmış ardından 1980 yılında Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılarak 1978 kanunu yürürlükten kaldırılmış ve yeniden hekimlerin yarı zamanlı çalışması sağlanmıştır. 2003 SDP ile yeniden hekimlerin tam süreli çalışmasına ilişkin düzenleme yapılmıştır. Böylece hastanelerde çalışan hekimlerin aynı zamanda özel muayene hizmeti vermesi engellenmiştir. Hekimlerin tercih yapma zorunluluğu sonucu muayenehane sayısında değişime neden olmuştur. Kentte ki muayenehane dağılımında düşüş olmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden olan aile sağlığı merkezlerinin yer seçimi ile ilgili olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde nüfus kriterleri dikkate alınarak İl Müdürlüğü'nce belirlenmiş bölgelerde yeterli m²'ye sahip, kolay ulaşılabilir, güvenli konumda olma şartları aranmaktadır.

5.2.2. Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliği

Yönetmelik "3/5/1985 tarihli ve 3194 sayılı İmar Kanunu hükümlerine dayanılarak hazırlanmış bulunan bu Yönetmelik, belediye sınırları ve mücavir alan sınırları içinde veya dışında, imar plânı bulunan alanlarda uygulanır." demektedir [23]. Sağlık tesis alanları ile ilgili olarak yönetmeliğin Madde 14/3-e hükmü şu şekildedir; "Sağlık tesisleri alanı: Hastane, sağlık ocağı, aile sağlık merkezi, doğumevi,

dispanser ve poliklinik, ağız ve diş sağlığı merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, entegre sağlık kampüsü gibi fonksiyonlarda hizmet veren gerçek veya tüzel kişilere veya kamuya ait tesisler için uygulama imar planında özel veya kamu tesisi alanı olduğu belirtilmek suretiyle ayrılan alanlardır. Özel sağlık tesisi yapılacak alanlar belirlenmeden Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatının uygun görüşü alınır.” Yine yönetmeliğin 14 maddesinde yer alan konut alanı, ticaret alanı, Ticaret+Konut, Turizm+Ticaret, Turizm+Ticaret+Konut gibi karma kullanım alanlarının özel sağlık tesis alanı olarak kullanılabilmesi için uygulama imar planında bu amaçla değişiklik yapılarak özel sağlık tesis alanına çevrilmesi gerektiği belirtilmektedir.

5.3. Hastane Yapılarının Mevzuatta Yer Alan Mimari Standartlar Açısından Değerlendirilmesi

Mimari tasarımdaki yapısal değişimler sağlık tesisleri için gerekli alan büyüklüğünü belirlemektedir. Türkiye’de sağlık sistemi ve hizmet sunum standartlarının değişmesiyle beraber mimari program, ölçek ve mekân nitelikleri de kentsel mekanda yer seçimi, tesis türleri ve alan büyüklüğünü yeniden değerlendirmeyi gerektirmektedir.

5.3.1. Özel Hastaneler

Özel hastanelere ilişkin 1933 yılında yayınlanan Hususi Hastaneler Kanunu ile özel hastanede yatak sayısına göre bulunması gereken personel ve birimler belirlenmiştir. Ancak mimari standartlara ilişkin bilgi bulunmamaktadır. 1983 yılında yayınlanan Özel Hastaneler Tüzüğü’nde hastane mimarisi ile ilgili fiziki koşullara kabaca yer verilmiştir. 2002 yılında yayınlanan Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde hastane mimarisi ile ilgili standartlar detaylandırılmış ve günümüze kadar bu yönetmelik üzerinde değişiklikler yapılarak mimari standartlar geliştirilmiştir.

Özel hastane mimarisi ile ilgili gelişim sürecini yönetmeliğin 2002 yılında yayınlanan ilk hali ve günümüzdeki ile karşılaştırarak görmek mümkündür. Yönetmeliğin ilk halinde özel hastaneler yatak sayıları ve verdiği hizmete göre A (en az 50 yatak kapasiteli), B (30 ila 50 yatak kapasiteli) ve C (10 ila 30 yatak kapasiteli) olarak gruplandırılmakta iken günümüzde gruplandırma kaldırılmış ve en az yüz yatak kapasitesi ile açılma şartı getirilmiştir.

Hastane yer seçimi ile ilgili hükümlerde yönetmeliğin eski halinde Plan Yapımına Ait Esaslara Dair Yönetmeliğe uygun asgari genişlikte alan ayrılması gerektiğini belirtir. Atıfta bulunulan yönetmeliğin Ek-1-c sinde yatak başı 130 m² alan ayrılır denilmektedir. İlerleyen süreçte bu madde kaldırılmış ve ilgili belediye tarafından uygun görülmesi şeklinde değiştirilmiştir. Ancak hastane yer seçiminde net kriterlere rastlamak günümüzde de mümkün değildir. Hastane yapısı ile ilgili olarak başka amaçla inşaa edilmiş yapıların kullanımı veya

dönüştürülmesine izin vermeyen yönetmelik hükmünde yeni düzenleme yapılmış ve bu yapıların kullanımına izin verilmiştir.

Hastane yapısı ile ilgili mimari standartlarda poliklinik odaları için belirlenen standartlara ayrı bir yönetmeliği bulunan dış poliklinikleri ile ilgili ekleme yapılmış böylece hastane içerisinde bulunan dış polikliniklerinin kendi yönetmeliğine uygun olarak değerlendirilmesi sağlanmıştır. Ameliyathane tam steril alanlarında bulunması gereken post-op ve pre-op odalarından pre-op kaldırılmış, her hastanede en az 2 ameliyat salonu bulundurma zorunluluğu belirli alanlarda uzmanlık gösteren ve yatak sayısı otuzun altında olan hastaneler için bire düşürülmüştür. Ameliyathane tavan yükseklikleri net 3.50 metre iken 3 metre olarak değiştirilmiştir. Ayrıca tam steril koridorda bulunan post-op odasının yeri yarı steril koridora açılacak şekilde değiştirilmiştir. Yönetmeliğin ilk halinde yoğun bakım alanları için fiziki şartlara ilişkin detaylı kriterler verilmemiş olup zaman içerisinde detaylandırılmıştır. Yönetmelikte geçen uzmanlık dalları için en az iki adet yoğun bakım yatağı bulundurma şartı dört olarak değiştirilmiştir. Yönetmeliğin yeni halinde yoğun bakım alanları ile ilgili daha net bilgiler bulunmasına karşın 2011 yılında yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ ile yoğun bakım üniteleri ayrıca ele alınmış ve yatak sayıları, yoğun bakım alanı metrekareleri ve fiziki koşulları mimari açıdan netlik kazanmıştır.

Acil ünitesi ile ilgili olarak istenen mahallere eklemeler yapılmış ve 2009 yılında yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ ile ünite ile ilgili detaylı mimari kriterler belirlenmiştir.

Eczane alanları için 50 yatağa kadar 30 metrekare ve artan her yüz yatak için 10 metrekare olarak belirlenen alan yönetmeliğin son halinde yatak sayısına bağlı olmaksızın 20 metrekare olarak belirlenmiştir.

Laboratuvar alanları için atıfta bulunulan mevzuat değişiklik göstermiş ve yeni halinde 2013 yılında yayınlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği'ne uyum sağlama zorunluluğu getirilmiştir. Bu yönetmelikte ise hastane içerisinde bulunan ve önceden belirtilmeyen laboratuvar alanları teknik destek ve ofis alanları olarak üç bölüme ayrılmış ve tek bir dal için teknik alanın asgari 30 metrekare olmasının yanında destek ve ofis alanları toplamının en az 20 metrekare olma koşulu belirtilmiştir. Bunun yanında radyoloji alanları için eski yönetmelikte atıfta bulunulan mevzuat bu mahallerin asgari metrekareleri ile ilgili bilgi içermemektedir ancak günümüzde Türkiye Atom Enerjisi Kurumu'nun bu mahaller için mimari standartları içeren ekleri bulunmaktadır.

Sterilizasyon ünitesi için iki bölümden oluşur şeklindeki ifade ise zaman içerisinde üç bölüm olarak değişmiş ve ameliyathane ile doğrudan bağlantılı olma koşulu değiştirilerek

steriliteyi bozmayacak şekilde malzeme naklinin sağlanması koşulu ile bağımsız da olabileceğine ilişkin düzenleme yapılmıştır. Sterilizasyon ünitesi bulundurma zorunluluğu kaldırılarak hizmet alımı yolu ile yapılabilme seçeneği eklenmiştir.

Morg alanları için istenen asgari 20 metrekare alan şartı kaldırılarak alanın ölü muhafaza dolapları dışında ölü yıkama ve otopsi yapılmasına yetecek genişlikte olması şeklinde değişiklik yapılmıştır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin yayınlanmasından günümüze kadar geçen süreçteki mimari değişimi görmek adına çalışma kapsamında 2002 ve 2017 standartlarına uygun iki ayrı ameliyathane ünitesi tasarlanmıştır. 2002 yılı örneğinde yönetmeliğin ilk halinde ameliyathane ünitesinde bulunması gereken birimler görülmektedir. Tam steril koridorda en az iki ameliyat salonu, post-op (uyandırma) ve pre-op (hazırlık) bulunması gerekmektedir. 2017 yılı örneğinde tam steril alanda iki ameliyat salonu bulunmaktadır. Ancak bu durum herhangi bir dalda hizmet veren ve yatak sayısı otuz ve altında olan hastaneler için istisnai durum oluşturmakta ve bir adet ameliyat salonuna yapılmasına izin verilmektedir. Ameliyathane tam steril koridorunun en az iki metre ve ameliyathane salonlarının en az otuz metrekare olma şartı geçerliliği sürdürmektedir. Ancak ameliyat salonları ile ilgili olarak 2002 yılında belirlenen net tavan yüksekliğinin en az 3.50 metre olma şartı değiştirilerek 3 metre olarak belirlenmiştir.

Ameliyathane tam steril koridorunda bulunan post-op mahalinin yeri bay-bayan personel giyinme ve soyunma, personel dinlenme ile birlikte yarı steril koridora açılacak şekilde değiştirilmiş, pre-op mahali ise ameliyathane ünitesinde bulunması gereken mahaller arasından çıkarılmıştır. Yarı steril koridora açılacak şekilde yeniden düzenlenen post-op alanı ile hastanın uyanma sürecinin ardından tekrar tam steril alandan geçirilmeden transferinin yapılması sağlanmıştır. Böylece tam steril alan olarak sadece ameliyat odaları ve ameliyathane koridoru belirlenmiş ve tam steril koridora açılan sedye transfer holü ve personel alanları ile uyandırmanın bulunduğu koridor yarı steril sayılmıştır.

Personel için bay-bayan soyunma ve giyinme mahalleri belirlenmiş olan yönetmelikte değişiklikle birlikte bu mahallere personel dinlenme alanı eklenmiştir. Soyunma giyinme mahalleri ile ilgili asgari bir metrekare belirtilmemiş olup; içerisinde giysi dolapları, giyinme soyunma yerleri, banyo-wc mahalinin bulunacağı öngörülerek alan ayrılır. Personel dinlenme alanı içinde aynı şekilde asgari alan belirtilmemiştir.

Yönetmeliğin ilk halinde sterilizasyon ünitesi kirli yıkama alanı ve steril alan şeklinde iki ayrı mahal olarak belirlenmiştir. Ayrıca ünitenin ameliyathane alanı ile doğrudan bağlantısı olma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu durumda sterilizasyon ünitesinin steril alanının tam steril koridora açılması gerekmekte, sonuç olaraksa ameliyathane ünitesi içerisinde belirli bir alanı bu mahale ayırma zorunluluğu meydana getirmektedir. Bu durum malzemelerin sterilitesinin

bozulmadan kullanımı açısından doğru olarak değerlendirilse, yapı alanının kısıtlı olduğu veya günümüzde izin verilen mevcut binaların dönüştürülerek hastane olarak kullanılması durumlarında ameliyathane tam steril koridoruna açılacak şekilde sterilizasyon ünitesi tasarlamayı zorlaştırabilmektedir. Yapılan değişiklik ile sterilizasyon ünitesi kirli-yıkama, paketleme ve sterilizasyon olmak üzere üç mahale ayrılmıştır. Bununla birlikte malzemelerin sterilitesinin bozulmayacak şekilde taşınması koşulu ile ameliyathane bağlantısı olma zorunluluğu aranmadan hastanenin başka bir alanında yapılmasına veya dışarıdan hizmet alımı yolu ile karşılanmasına imkan tanınmıştır. Böylece hastane tasarımında ameliyathane ünitesinin bulunacağı alanla ilgili daha esnek davranılabilmektedir.

Yönetmelikteki değişimi değerlendirmek adına sadece hastane yapısının bir kısmı olan ameliyathane ünitesi incelemesinde; ölçülerde, bulunması gereken mahallerde, bağlantılarda birçok iyileştirme görülmüştür. Bununla birlikte yönetmeliğin ilk halinde belirlenen bazı standartların da günümüzde geçerliliğini koruduğunu görmek mümkündür. Kullanım esnasında oluşan artılar ve eksilerin değerlendirilmesi ile her zaman pratik ve hızlı davranmayı gerektiren hastane yapılarında kullanımı kolaylaştıracak mimari kriterler oluşturulmakta ve yönetmeliğe yansımaktadır.

Yönetmeliğin yayınlandığı 2002 yılından günümüze kadarki süreçte mimari standartlara ilişkin birçok kriterin değişmiş olduğu görülmektedir. 1983 yılında yayınlanan Özel Hastaneler Tüzüğü özel hastane yapılarıyla ilgili mimari standartların belirlenmesinde etkili olmuştur ancak birimlere ayrı ayrı yer verilmemiş, daha çok binanın yapısal durumu ile ilgili standartlar belirlenmiştir. Tüzük özel hastane yapıları mimarisi için basit bir genelleme seviyesindedir. Özel Hastaneler Yönetmeliğinde tüzükte belirlenen standartlar altyapı olarak kullanılmış ve hastanede bulunması gereken tüm hizmet alanları detaylı olarak ele alınmıştır. Yönetmeliğin ilk halinde belirlenen mimari standartlar ise zaman içerisinde fiziki ve teknolojik gelişim ve artan ihtiyaçlar neticesinde iyileştirilmiştir. Bunun yanında hastane mimarisinde birimler ayrı ayrı ele alınarak daha detaylı standartlar içeren ek yönetmelik, tebliğ ve genelgeler yayınlanarak hizmet birimleri nitelikli hale getirilmiştir. Hizmet birimleri ile ilgili yeni mevzuat 2002 yılında yayınlanan yönetmeliğin uygulanmaya başlanmasının ardından pratikte meydana gelen ihtiyaçlar neticesinde ortaya çıkmıştır. Mevzuat uygulandığı sürece öngörülemediği gerekliliklerin ortaya çıkması olası sonuçtur. Dolayısı ile mevzuat güncelleme artan ihtiyaçlar doğrultusunda süreklilik olgusu halini almıştır.

5.3.2. Kamu Hastaneleri

Kamu hastaneleri uzun yıllardır varlığını sürdüren kuruluşlar olmasına karşın detaylı olarak mimari standartlarını belirleyen eski tarihli mevzuatlara rastlamak pek mümkün değildir. 1983 yılında yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde hastane yapılarında bulunması gereken birimler ve vereceği hizmetler belirtilmiştir. Ancak birimlerler ilgili mimari standartlar verilmemiş olup fiziki açıdan kabaca tarif edilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2010 yılında yayınlanan Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları Kılavuzu, uzun yıllar verilen hizmetlerden elde edilen tecrübelerle ilgili olarak hastane yapıları tasarımına ilişkin detaylı bilgiler içerecek şekilde hazırlanmıştır. Kılavuzda hastanenin yer seçimi ve çevresel koşulları ile ilgili kriterler belirlenmiştir. Hastane yapısına ilişkin tüm birimler ve verilecek hizmet tanımlamaları; İdari ve Eğitim Yönetim Alanları, Poliklinikler, Yataklı Tedavi Ünitesi (Dâhili ve Cerrahi), Yoğun Bakım Üniteleri, Yenidoğan Bölümü, Pediatri Kliniği, Psikiyatri Kliniği, Cerrahi Ünitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Acil Servis, Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, Laboratuvar, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi, Hemodiyaliz Ünitesi (Akut ve Kronik), Kan Bankası, Morg, Eczane, Yiyecek Hizmeti, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri, Genel Depolar, Çamaşırhane Hizmetleri, Bina İçi Taşıma Araçlarını Temizleme Bölümü, Ortak Alanlar, Kat Hizmetleri/Temizlik Malzemesi Odaları, Mühendislik Hizmet Alanları, Detaylar ve Bitirishler, Atık İşleme Hizmetleri, Mekanik Standartlar, Elektrik Standartları başlıkları altında verilmiştir.

Hastane yapısında bulunan özellikli birimlerin kılavuzda yer alan genel bilgiler dışında ayrıca mevzuatı bulunmakta ve bu bağlamda değerlendirilmektedir. Kılavuz her ne kadar detaylı olarak hastane yapısı tasarımına ilişkin bilgi içeriyor olsa da mevzuatta yer almadığı için daha çok yol gösterici niteliğindedir. Günümüzde özellikle Şehir Hastaneleri tasarımında etkili olduğunu görmek mümkündür.

Kılavuz hastane yapılarında en çok kullanılan alanlardan biri olan poliklinikler başlıklı kısımda, poliklinik odalarını branşın özelliğine göre değişebilir yapıda ayrı ayrı değerlendirmiştir. Genel poliklinik yapısı dışında gastroenteroloji, kardiyoloji, endokrinoloji, nöroloji, kbb, göz, cildiye, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, üroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, psikiyatri ve ağız ve diş sağlığı poliklinik kullanımları farklılık göstermesinden dolayı tasarımları da birbirinden ayrılmaktadır.

Genel olarak ise poliklinik odalarının gün ışığı alan en az 20 m²'lik alanlar olması gerektiği belirtilmiştir. Farklı branşlarda hizmet veren poliklinikler için ayrılabilme özelliğine sahip muayene alanı en az 20 m² ve müdahale alanı en az 24 m² olan iki bölmeli poliklinik tasarımı önerilmektedir.

Örnek olarak bir kadın doğum ve hastalıkları polikliniği için muayene, müdahale, aile planlaması, gebe izlem ve istirahat odaları asgari gerekliliklerdir. Kadın doğum poliklinikleri özellikli poliklinikler arasında yer almaktadır. Dolayısı ile genel poliklinik yapısından farklı tasarım özelliklerini barındırmaktadır. Muayene odası içerisinde tuvalet bulunan en az 18 m², müdahale, aile planlaması ve gebe izlem odaları ise en az 24 m² olması gereken alanlar olarak belirtilmiştir. Kılavuzda yer verilen kadın doğum polikliniği tipi daha eski kamu hastaneleri yapısında yer alan kadın doğum alanlarına kıyasla büyük mekanlar içeren ve birçok destek alanı düşünülmüş şekildedir.

Hastane mimarisindeki değişimler bu yapıların ölçeğini de beraberinde değiştirmiştir. Özel hastanelerde görülen değişim daha çok mimari açıdan ölçeğin küçülmesine imkan verir yapıdadır. Yapılan mevzuat incelemelerinde geçmiş yıllara kıyasla özel hastanelerin mimari açıdan işleyişini kolaylaştıran ve daha fonksiyonel olmasına yönelik düzenlemeler görülmektedir. Bazı hizmet alanlarının hastane içerisinde bulunma zorunluluğu ortadan kaldırılarak bu işlerin hizmet alımı yolu ile yapılabilmesine imkan tanınmıştır. Bunun yanında birimlerin işleyişinde yapılan düzenlemeler ile mimari açıdan sınırlandırıcı etkenler azalmıştır. Bu durum özel hastane yapılarında daha esnek ve küçük ölçekli tasarım yapabilme imkanı sağlamıştır.

Kamu hastanelerinde ise durum tam tersidir. Özellikle şehir hastaneleri yapılarından da görüleceği üzere kamu hastaneleri ölçeği büyümektedir. Belirlenen tasarım kriterlerinde yer alan mahal büyüklükleri ve birimler için ön görülen yardımcı alanlar dolayısı ile daha büyük alanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durum yapı ölçeğini artırmakta dolayısı ile yapının yapılacağı arsa ölçeğini etkilemektedir. Sonuç olarak kentte bu yapılar için yer seçimi zorlaşmaktadır.

6. METERYAL VE YÖNTEM

Tez çalışması büyük ölçekten küçük ölçeğe doğru bir değerlendirme aşaması içermekte olup bu kapsamda öncelikle; çeşitli araştırmalar incelenerek yer seçim konusu ile ilgili bulgular elde edilmeye çalışılmıştır. Çalışmalar sağlıkta yer seçimi ile karşılaştırmalı değerlendirme yoluna gidilerek doğru yer seçiminde etkili olabilecek somut veriler elde edilmeye çalışılmıştır. Sonraki aşamada sağlık tesislerinin işleyiş biçimleri ile ilgili olarak yönetim modelleri değerlendirmesi yapılmıştır. Bu modeller için günümüzde sağlık tesisleri kuruluş şekilleri örnek alınarak inceleme yapılmıştır. Günümüzde sağlık tesisleri için yeni bir model olan Kamu-Özel ortaklığı modeli'nin işleyiş biçimi araştırılmıştır. Özel sağlık tesisleri ve branş hastaneleri modellerinin süreç değerlendirmesi yapılarak günümüzdeki durumu irdelenerek bu kuruluşların işleyiş biçimleri, etkileri yatırımcı için kar-zarar durumları tartışılmıştır. Hastane yapıları mimari standartlarını belirleyen mevzuatlar özel ve kamu olarak ayrı ayrı ele alınarak hastane yapılarında ki değişim incelenmiştir. Mevzuattaki değişimlerin hastane yapısı tasarımını nasıl etkilediği, yapılan düzenlemeler, hastane ölçeğinde nasıl bir değişime neden olduğu incelenmiştir.

Sağlık ile ilgili veri analizleri ile sağlık politikalarındaki değişim ülke bazında ele alınarak özellikle sağlıkta yapılan yenilikler 2000 yılı ve sonrasında gözlemlenmeye çalışılmıştır. Bu incelemeler kamu ve özel sağlık tesislerinin değişimi, yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarının değişimi, sağlık personeli sayısındaki değişimler şeklinde yapılmıştır. İnceleme ile hedeflenen; sağlık politikalarının ülke genelinde ne gibi değişimlere neden olduğunu anlamaktır.

Ülke genelinde yapılan araştırmalar sonrasında Mersin kent ölçeğine odaklanılmış özellikle 1996 yılında yapılan Nazım İmar Planı çalışması üzerindeki sağlık alanları ile ilgili veriler kullanılarak kentin 1996-2017 gibi sağlık politikalarının da en çok değişim gösterdiği 20 yıllık bir süreç aralığında gösterdiği değişim incelenmiştir. Mersin Merkez ilçelerdeki hastane sayısındaki değişimler, sağlık personeli sayısının büyük illerle karşılaştırılması, kamu özel sağlık tesis sayıları karşılaştırması, kamu özel hasta sayılarının karşılaştırılması şeklinde incelemelerde bulunulmuştur. Hasta sayısı verileri 2012-2017 yılları aralığında Merkez ilçelerde bulunan özel ve kamu hastaneleri üzerinden değerlendirilmiştir. Bu çalışma Mersin kentinde bulunan hastanelerin zaman içerisindeki sayısal değişimleri, kullanımda birbirini ne kadar etkilediği ve bölgelere göre kullanımın ne oranda olduğu tespit etmek içindir.

Sonraki aşamada 1996 yılında yapılan planlama üzerinden sağlık tesislerinin analizi yapılarak inceleme yapılmıştır.

Bu aşama için planlama ile ilgili hipotezler üretilmiştir. Hipotezler şu şekilde belirlenmiştir;

1-Plan kentsel gelişme ve sağlık tesisi talebini yeterince öngörememiştir.

2-Planlamada belirli eklemelerle (küçük) çok sayıda tesis öngörülmüştür, ancak ulusal politikalar çok değiştiğinden, plan gerçekleşmemiştir.

3-Planda yeterli sayıda (bazı bölgelerde) tesis öngörülmesine karşın kuruluş (özel veya kamu tesisleri) plan dışında yer seçmiştir.

Üç hipotez için sağlık kuruluşları kamu ve özel olarak kategorilendirilerek planlama üzerindeki etkenler anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu aşamadan sonra tüm hastaneler günümüzdeki konumları ile ele alınarak sağlık tesis alanlarının kentteki durum değerlendirmesi yapılmıştır. Kentte bulunan kamu hastanelerinin kentin şekillenişini büyük ölçüde etkilediği düşünülerek konumları, süreçleri, çevresel etkileri ile ele alınmıştır. Bu aşamada mevcut olan hastanelerin yanında yapılması planlanan ve 2018 Mersin Büyükşehir Belediyesi 1/5000 ölçekli nazım imar planında yeri işaretlenen Mezitli Devlet Hastanesi ile ilgili olarak değerlendirmeler yapılmıştır.

Kentte bulunan üç büyük kamu hastanesine ilişkin toplu taşıma hizmeti verileri ve hastanelere bölgelerden ulaşım verileri incelenmiştir. Bu verilerle kullanıcı tercihleri, kuruluşların yer seçimlerinin kullanıma etkisi anlaşılmaya çalışılmıştır. Hastanenin konumunun hastanın tercih etmesinde ne kadar etkili olduğu değerlendirilmiştir.

Son olarak ise Çalışma kent ölçeğinden yapı ölçeğine geçilerek örnekler üzerinden değerlendirme yoluna gidilmekte ve nitelik yönünden farklı dört sağlık kuruluşu ile mülakat gerçekleştirilmiştir. Mülakat farklı mevzuat kapsamında olan kuruluşları aynı sorular üzerinden değerlendirmeyi amaçlamıştır. Mersin ilindeki kuruluşlarla gerçekleştirilen mülakatlar için; Türkiye için yeni bir kavram olan şehir hastanesi, özel hastane, dal hastanesi ve ağız ve diş sağlığı polikliniği seçilmiştir. Bu kuruluşların Mersin haritası üzerindeki yerleri belirlenerek kentteki konumları, kent merkezine uzaklığı, çevresel yoğunluk belirlenmiştir.

Mülakat soruları ;

-Kuruluşun özellikleri nelerdir? (yataklı veya ayaktan)(yatak sayısı vs.)

-Yatırım kararı nasıl alındı?

-Tesisin büyütme düşüncesini düşünüyor musunuz?

- Hastalar hangi ilçe ve mahallelerden geliyorlar?

-Kuruluş aşamasından bugüne kadar Belediye ile ilgili beklenti, yaşanan sorunlar,eleştiriler?

-Kuruluş aşamasından bugüne kadar Sağlık Bakanlığı ile ilgili beklenti, yaşanan sorunlar, eleştiriler?

-Yer kararı alınırken dikkat edilen hususlar?

-Daha önce başka bir yerde faaliyet gösterip göstermediği

-Hangi mevzuat kapsamında olduğu

-Hangi kriterler etkili oldu?

-İmar planı süreci/önceki durumu, sağlık tesis alanına çevrilmesi, nasıl ruhsat alındı?

-Kapasite, büyüklük, nitelik neye göre belirlendi?

-Sorunları, avantajları, benzer diğer kuruluşla karşılaştırılması durumunda sonuç olarak belirlenmiştir.

Sorularla özellikle sağlık kuruluşlarının yer seçiminde ne gibi kriterleri göz önünde bulundurdıkları, mevzuattaki kriterlerin bu seçimde ne kadar etkili olduğu, beklenen hasta potansiyeline erişilip erişilemediği, kuruluşun yapım sürecinde ve sonraki aşamalarda değişiklik gösteren mevzuattan ne kadar etkilendiği, tesisle ilgili öngörülerin hangi oranda gerçekleştiği, dolayısı ile tesis ile ilgili kararlarda ne kadar başarılı olunduğu anlaşılmaya çalışılmıştır.

Özetle Mersin kent örneği üzerinden yapılan araştırmada, kentte yer alan özellikle hastane gibi büyük ölçekli sağlık kuruluşları 1996-2017 yılları aralığında ele alınmıştır. 20 yıllık süreçte merkez ilçelerde bulunan (Akdeniz, Mezitli, Yenişehir, Toroslar) sağlık kuruluşlarının yerleşimi 1996 yılındaki plan üzerinden ele alınarak günümüzdeki planla karşılaştırılmıştır. Kentsel konumu ile ele alınan bu kuruluşların faaliyet göstermeye başladıkları yıl, yer seçimleri, süreç içerisinde hasta sayıları ve değişimi, mevzuatın ne gibi fiziksel değişimlere neden olduğu, aynı yerde devam edip etmediği, büyüme gösterip göstermediği incelenmiştir. Dağılımlarının nasıl olduğu, çevresinde bulunan arazi kullanım biçimlerini nasıl etkilediği, çevre kullanım tiplerinin neler olduğu araştırılmıştır. Mevcut ve yeni yapılacak sağlık tesisleri için ulaşılabilirliğin tespit edilebilmesi için kentsel nüfus dağılımı, ulaşım verileri, toplu taşıma güzergahları ve yol altyapısı ile ilgili veriler incelenmiştir. Çalışma kapsamında sağlık verileri analizi (nüfus, hasta sayısı, tesis sayısı, yatak sayısı, oranlar), tarihsel analiz (tesislerin yapımı), mekansal analiz (erişilebilirlik, hizmet alanı, yeterlilik, plan-yerseçim ilişkisi, ölçek-mekânsal ilişki, model-tür-yerseçim ilişkisi, yerseçim ölçütleri-standartlar, yakın çevreye etkiler) yapılmıştır.

Sağlık yapıları kullanımı ile ilgili tüm değerlendirmeler, mimari ölçütler, kamu-özel sağlık tesisleri farklılıkları, mevzuat değişimleri, kentin gelişim süreci verileri, kullanıcı tercihleri ile ilgili verilerle hastane yapıları için yer seçiminde dikkate alınacak hususlar elde edilmiştir.

7. BULGULAR VE TARTIŞMA

7.1. Mersin Kent Gelişiminin Tarihsel Süreçte Analizi

Mersin kent gelişimi incelendiğinde kentin liman bölgesi ve çevresinde başlayan yerleşimlerinin ilerleyen yıllarda, 1990'lara kadar aynı bölgede yayılım gösterdiği ve batı şeridinde Yenişehir Pozcu bölgesine kadar küçük yerleşimler şeklinde geliştiği görülmektedir. Sonraki süreçte kentin hızla değişim gösterdiğini uydu görüntülerinden görmek mümkündür. Bu bağlamda 90'lı yıllarda Nazım İmar Planı'nın hazırlandığı 1996 yılı referans alınarak 1996 yılı ve sonrası değerlendirilmiştir. 1996'den 2007 yılına kadar ki büyüme kuzey yönünde Toroslara doğru gerçekleşirken batı yönünde ise sahil şeridi boyunca yoğunlaşmıştır. Yenişehir ilçesinin kuzey yönünde ise bu yıllara kadar yerleşim yoğunluğu görülmemektedir. Günümüzde Mersin Üniversitesi kampüs yerleşkesinin bulunduğu Çiftlikköy mahallesinin o yıllarda kentin kuzeyinde kalan az sayıda konut yapısının bulunduğu yerleşim yeri olduğu bilinmektedir. 1996 yılında kampüs alanının belirlenmesi ile sonraki yıllara ait uydu görüntülerinde kampüs alanının Yenişehir bölgesini kuzey yönünde gelişmeye yönlendirdiğini görmek mümkündür.

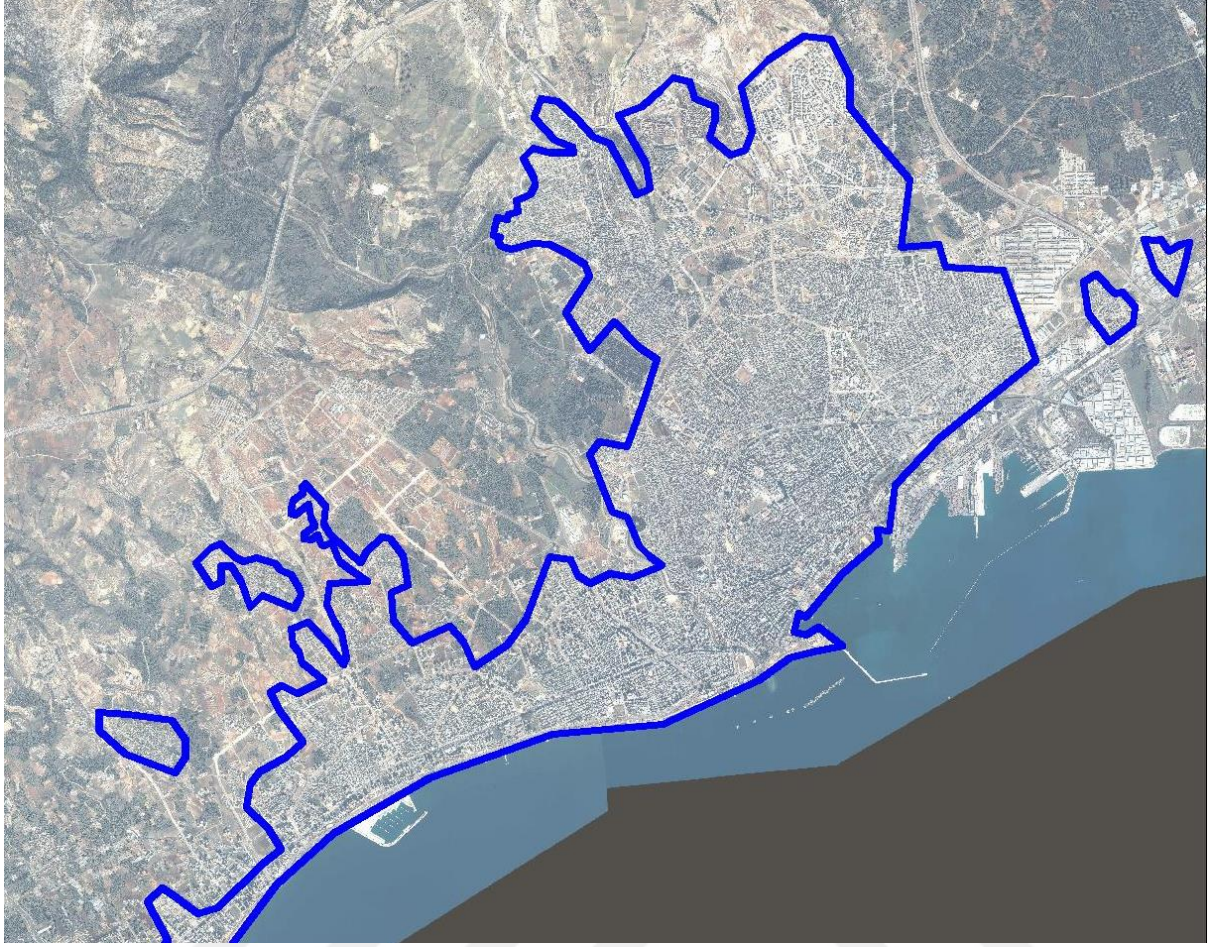
Günümüzde ise kentin en yoğun bölgelerinin ilk sırada Akdeniz ve Toroslar olduğu, sonrasında sahil şeridinde yoğunluğunu tamamlayan Yenişehir bölgesinin kuzeye doğru genişlemeye devam ettiği ve daha yeni bir bölge olan Mezitli'nin ise sahil şeridindeki yoğunluğunun fazla olduğu ancak diğer ilçelere oranla henüz kuzey yönünde fazla gelişim göstermediği görülmektedir.

1996 yılında onanan Nazım İmar Planı'nda da kentin kuzey yönünde gelişimine yönelik kararlar alınmıştır. Ancak uzun yıllar özellikle Yenişehir kuzey bölgesi için planlanan kullanımlar gerçekleşmemiştir. 1996 planında yapılan incelemede kuzey yönünde birçok sağlık tesis alanı planlanmış olmasına karşın günümüzde bu alanların çoğunun sağlık tesisi olmadığı tespit edilmiştir. Plan her ne kadar kuzey yönünde bir gelişimi öngörmüş olsa da bu süreç uzamış kent batı yönünde sahil şeridi boyunca gelişim göstermeye devam etmiştir.



Şekil 7.1. 1996 Nazım İmar Planı [Kaynak:MBB].

1996 yılından 2007 yılına kadar on yıllık süreçte kent gelişiminin hızlandığı görülmektedir. Kent nüfusu TÜİK verilerine göre 2007 yılında 1.508.232 olarak belirlenmiş ve kentin kuzey yönünde Toroslar'da yerleşim yoğunlaşmış 1996 planı kısmen gerçekleşmiştir. Yenişehir bölgesine bakıldığında ise kuzey yerleşimleri seyrekte olsa görülmekle beraber asıl yoğunluk kentin güney kesimi GMK bulvarı üzerinden gerçekleşmiş ve Mezitli bölgesini de kapsayacak şekilde devam etmiştir. Gelişimin batı yönünde sahil şeridi boyunca gerçekleşmesinden dolayı kent merkezinden uzaklaştıkça kuzey yönünde ki gelişim süreci durmuş ve sahil şeridi boyunca yoğunlaşma olmuştur.



Şekil 7.2. Mersin 2007 Uydu Görüntüsü [Kaynak:MBB].

Günümüzde kentin batı yönündeki gelişim süreci devam etmektedir ancak kentin batı yoğunluğunun artması ve giderek merkezden uzaklaşan yapısı dolayısıyla kent yapısını etkileyecek büyük yatırımların kuzey bölgesinde yapılması ile kuzey yönünde gelişim hız kazanmıştır. 17. si Mersin’de yapılan 2013 Akdeniz Oyunları için inşa edilen spor tesisleri kuzey yönünde gelişimi destekleyecek yatırımlardan biridir.



Şekil 7.3. Mersin 2017 Uydu Görüntüsü [Kaynak:MBB].

2017 uydu görüntüsünde Toroslar bölgesinin otoban bağlantısına kadar kuzey yönünde yoğunluğun arttığı, Yenişehir bölgesindeki kuzey gelişiminin ise 2007'ye kıyasla ciddi oranda arttığı görülmektedir (Şekil 7.20.) Kent nüfusu 2017 yılında 1.793.931 olarak belirlenmiş ve Mezitli bölgesinin kuzey yönünde gelişim göstermekte diğer ilçelere kıyasla yeni olduğu görülmektedir.



Şekil 7.4. Mersin 1/5000 Nazım İmar Planı Revizyonu , 2018 [Kaynak: MBB].

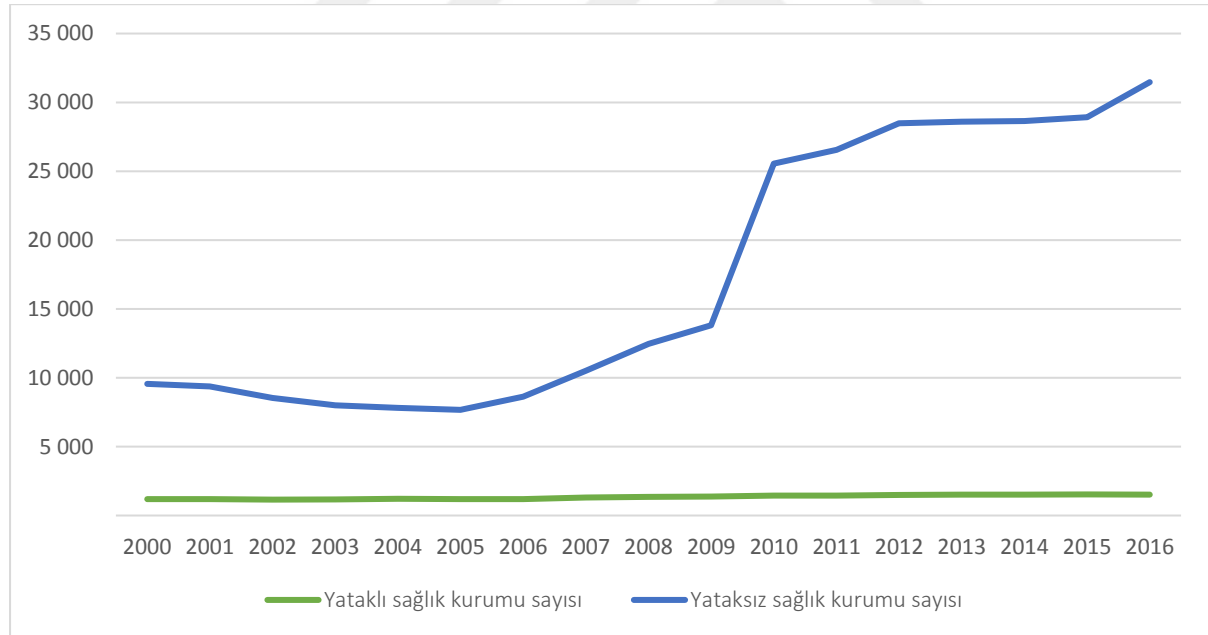
Kent planlamasının kuzey yönünde gelişimi öngördüğü 2018 yılı MBB 1/5000 ölçekli nazım imar planında görülebilmektedir. Planda Toroslar ve Yenişehir ilçelerinin kuzey yönünde otoyol bağlantısına kadar olan kısımlarında belirli alanların imara açıldığı görülmektedir. Plana sağlık tesisleri açısından bakıldığında Şehir Hastanesi (Toroslar), Mersin Üniversite Hastanesi (Yenişehir) ve planlanan Mezitli İlçe Hastanesi (Mezitli) yapı alanlarının tümünün kentin kuzeyinde yer aldığı görülmektedir.

7.2. Sağlık Tesisleri Göstergeleri

Sağlık politikalarının etkilerini görebilmek adına sağlık sisteminde ki verilerin analizi iki bölümde ele alınmaktadır. Öncelikle birinci bölümde sağlık kuruluşları, yatak sayıları, nüfusa düşen yatak sayısı, özel sektörün katılımı gibi veriler Türkiye geneli üzerinden değerlendirilirken ikinci bölümde Mersin kent örneği üzerinden sağlık kuruluşlarında politika değişimlerinin yansımaları ve yer seçim olgusu değerlendirilmiştir.

7.2.1. Türkiye Geneli Sağlık Verilerinin İncelenmesi

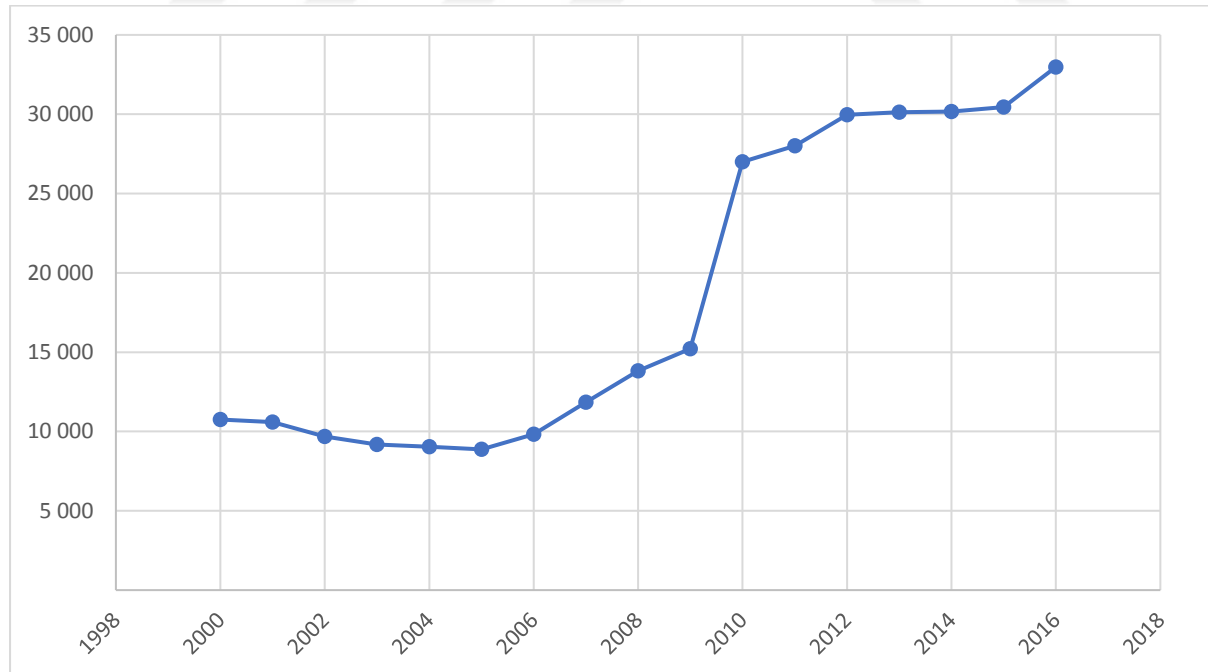
Sağlık yapılanmasında ki düzenlemeler için çalışmaların yoğunlaştığı 90'lı yılların başında Ulusal Sağlık Politikası'nın belirlenmesi ve sonrasında 2003 yılında açıklanan SDP ile sağlık sisteminde temel değişimler yaşanmıştır. Sağlık politikaları ile ilgili köklü değişimlerin yaşandığı süreç olan 2000-2016 yılları aralığı sayısal verilerle Türkiye genelinde ne gibi değişimlere neden olduğunu görmek adına incelenmiştir.



Şekil 7.5. Türkiye’de yataklı ve yataksız sağlık kuruluşu sayılarının yıllara göre değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

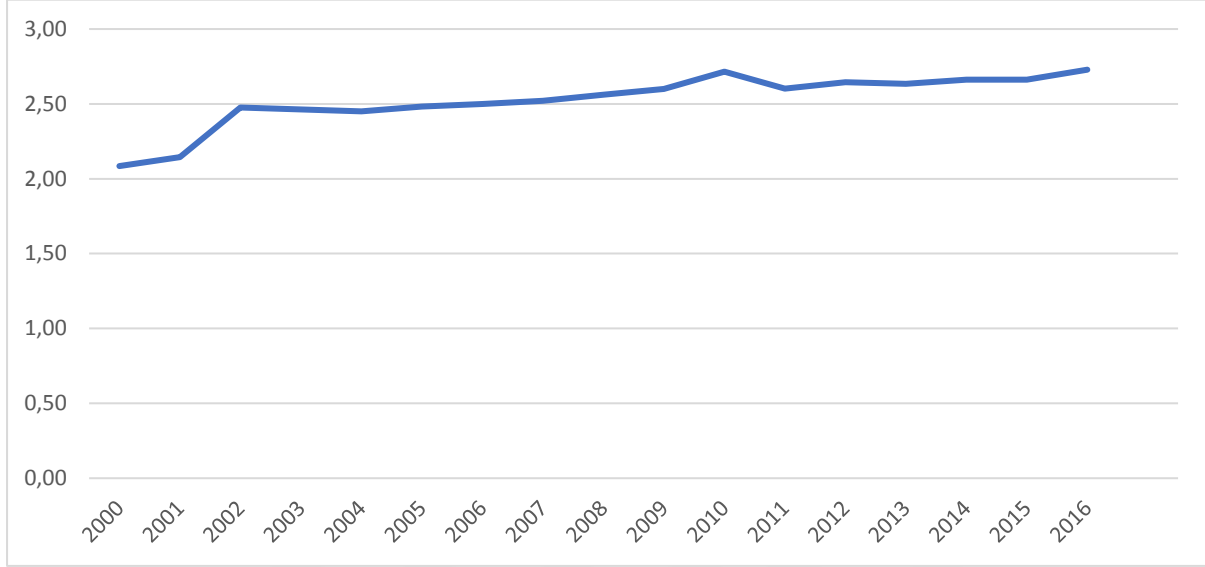
SDP ile sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmetlerine yoğunlaşılması yönünde bir düzenlemeye gidilmiştir. 2000-2016 yılları aralığında kamu ve özele ait yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarındaki değişim incelendiğinde yataksız sağlık kuruluşları sayısında 2005 yılına kadar olan süreçte düşüş görülürken sonrasında sürekli bir artış gözlemlenmektedir. Bu

duruma 2005 yılına kadar olan süreçte, her ne kadar gündeme gelmiş bir politika bulunsa da, 2003 yılında politikanın belirlenmesi ve sonrasında bu yönde yasal düzenlemelerin yapılması ile geçen bir sürecin buna neden olduğu bilinmektedir. Gerçekleştirilme sürecinin ise 2005 yılı ve sonrasında olduğunu Şekil 7.5.'te görmek mümkündür. Bu süreçte yataksız kuruluş sayısındaki artışın temel nedenleri arasında sevk zincirinin oluşturulması ile birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluş sayısındaki artışlar gösterilebilir. Bu kapsamda yer alan aile hekimlikleri, aile planlama merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve ayakta teşhis tedavi yapan özel polikliniklerin illerde nüfusla orantılı olacak şekilde kurulması ile yataksız sağlık kuruluşu sayısında ciddi bir artış gerçekleşmiştir. 2000 yılında 9.564 olan yataksız kuruluş sayısı 2016 yılına gelindiğinde 31.470 gibi bir sayıya ulaşmıştır [33]. Aynı süre aralığında yataklı sağlık kuruluşu sayısındaki değişimin daha stabil olduğu görülmektedir. 2000 yılında 1.183 olan kuruluş sayısı 2016 yılında 1.510 olarak değişiklik göstermiştir. Yataklı sağlık kuruluşu sayısındaki değişimin düşük oranda olmasında ise birinci neden olarak, politikaların birinci basamak hizmetlerine yönlendirici hedef taşıması, dolayısı ile ikinci ve üçüncü basamak olan yataklı sağlık kuruluşlarının bu noktada sonraki plan halini alması, ikinci olarak ise yatak sayılarının Bakanlık tarafından nüfus ve doluluk oranları kriterleri dikkate alınarak illere verilen bir izin olması ve bu koşullarda yeni kuruluş açılabilmesi, ayrıca nüfus artış oranlarına bağlı olması etkili olmuştur [33].

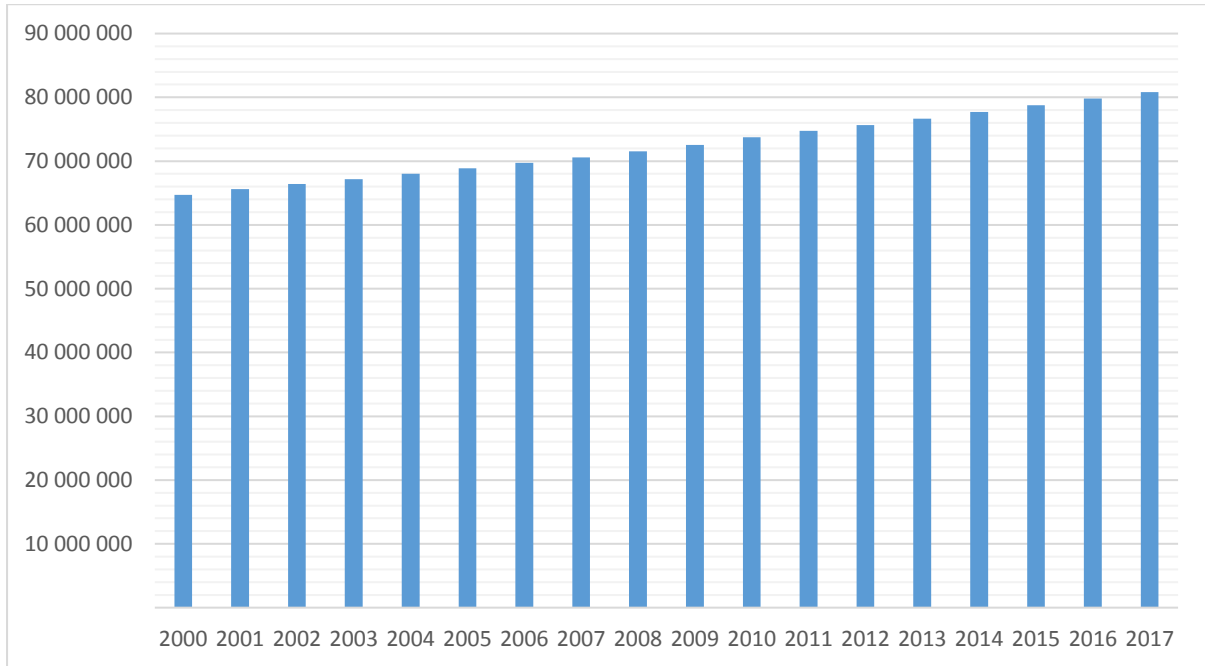


Şekil 7.6. Türkiye’de yataklı-yataksız sağlık kuruluşu sayılarının yıllara göre değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

Sağlık kuruluşlarına toplam değerinde bakıldığında da Şekil 7.6.'da görülen ivmenin yataksız sağlık kuruluşlarının etkisi olduğu görülmektedir. 2000 yılında 10.747 olan toplam sağlık kuruluşu sayısı 2016 yılında 32.980'e yükselmiştir. Politikaların birinci basamak hizmetlerine verdiği önemi neredeyse yirmi yıllık bir zaman aralığında yaklaşık olarak 3 kat artan kuruluş sayısı oranı ile görmek mümkündür.

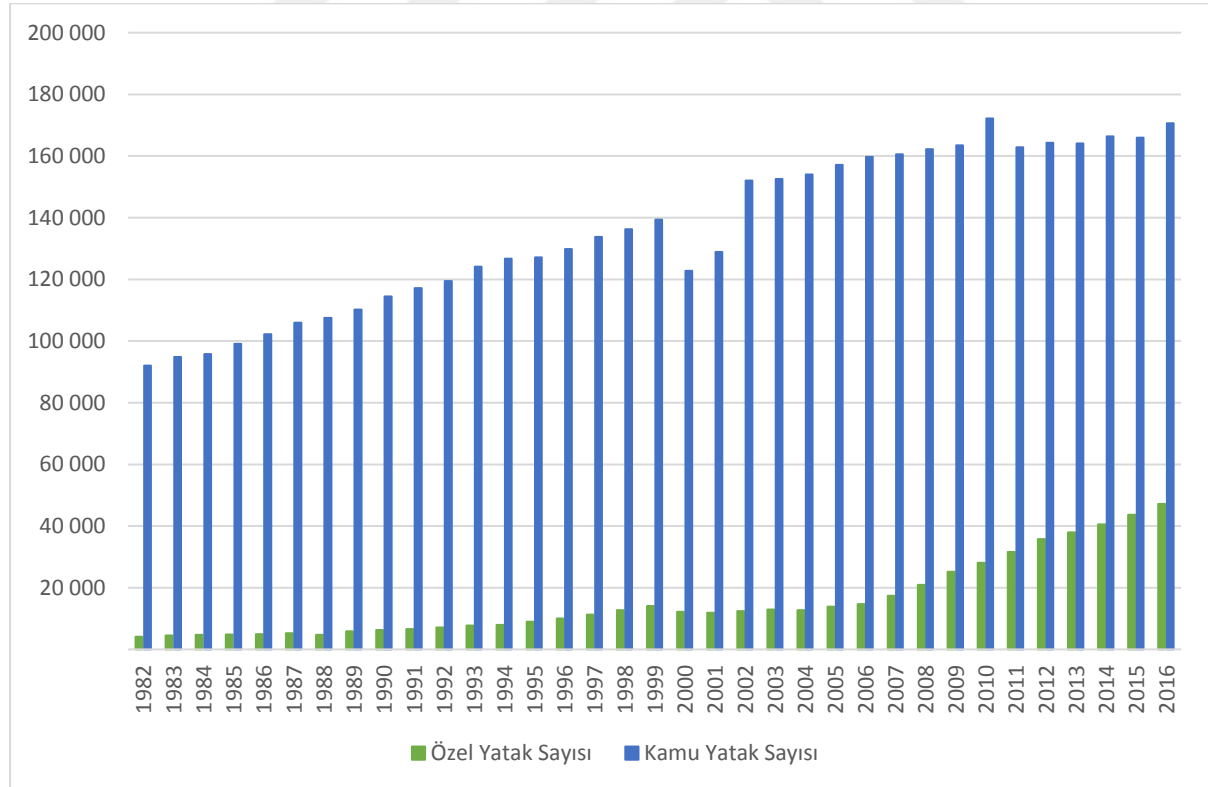


Şekil 7.7. Türkiye’de yıllara göre 1000 kişiye düşen yatak sayısı [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir]



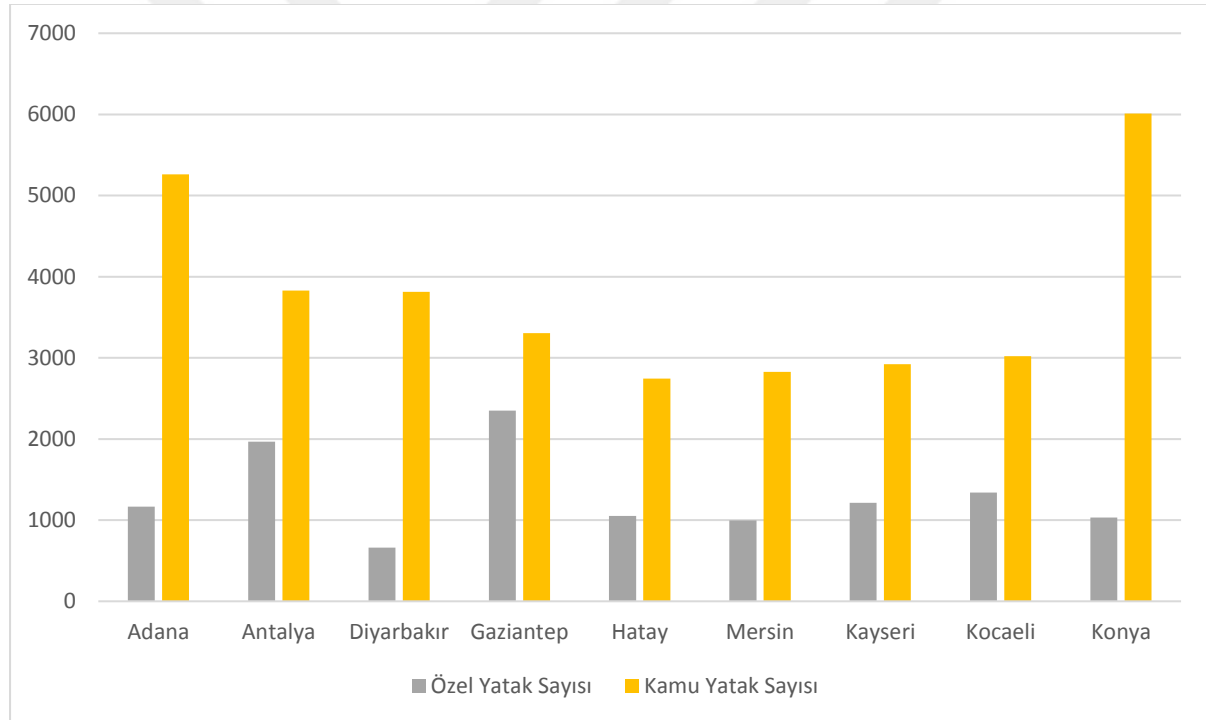
Şekil 7.8. Türkiye nüfusu yıllara göre değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

Politika değişimlerinin yataklı sağlık tesisi sayısındaki artışta büyük oranda etkisi olmadığını gördüğü 2000-2016 yıl aralığında nüfus verileri ile karşılaştırma yapıldığında ülke genelinde kayıtlı nüfusun 2000 yılında 64.729.501 iken 2017 yılında 80.810.525 kişiye ulaştığı ve 1000 kişiye düşen yatak sayısı oranlarının 2.08'den 2.73' e ulaştığı görülmektedir. Yataklı sağlık tesis sayısının büyük oranda artış göstermediği bu süre zarfında, nüfus ve kişiye düşen yatak sayısı oranları artış göstermiştir. Yataklı tesis sayısında ciddi bir değişim yaşanmamasına karşın verilerin bu artış oranlarını karşılama nedenini olarak ise politika ile belirlenmiş olan özel sağlık yatırımlarının teşvikine bağlı olarak yeni özel yataklı tesislerin yapılmış olması ve mevcut kamu hastanelerinde iyileştirmelerle yatak sayısı oranlarının artırılmış olması gösterilebilir. Bu bağlamda kamu özel yatak sayıları değişimi incelendiğinde her ikisinde de artış görmek mümkündür. Kalkınma planlarıyla 80'li yıllardan beri özel sektör hizmetinin teşviki konu edinilmiş olsa da 1982-2016 yılları aralığındaki süreç incelendiğinde özel sektör yatak sayısında değişimin 2000'li yıllara kadar düşük oranlarda da olsa artış gösterdiği ancak asıl değişimin 2005 yılından sonra kamuya oranla daha ivmeli şekilde gerçekleştiği görülmektedir (Şekil 7.9.). Özel sektör teşvikinin bu yıllarda soyut halini aldığı görmek mümkündür.

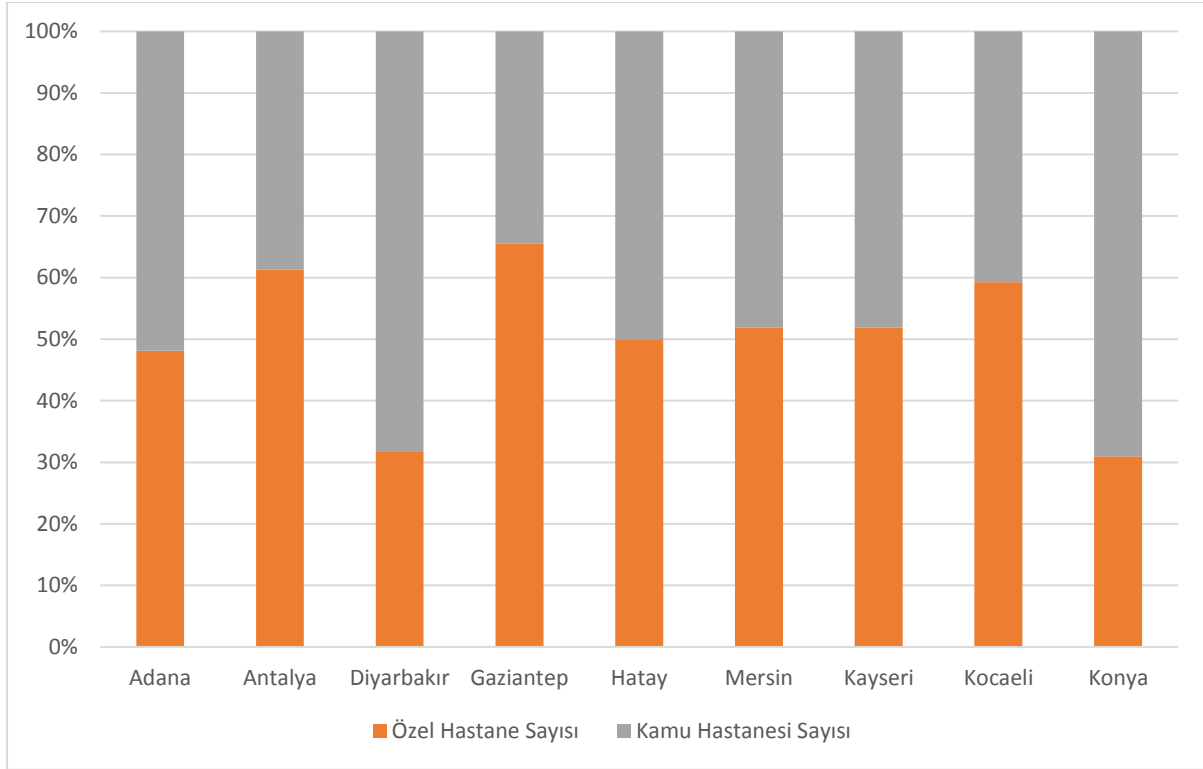


Şekil 7.9. Türkiye Geneli Kamu-Özel Yatak Sayıları Değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

Kamuya ait yatak sayılarının da artış oranının SDP'nin açıklandığı 2003 yılına kadar süreklilik gösterdiği ancak program ve sonrasındaki süreçte artışın kamuya oranla özel sektöre ait yatak sayılarında gerçekleştiği görülmektedir. Tüm sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması ile yatak sayısı ihtiyacında artış olmuş olsa da, bu artış ihtiyacının daha çok özel sektör ile karşılandığı düşünülmektedir. Böylece kamu hastanelerindeki yoğunluk nedeniyle imkanı olan vatandaşın özel sektöre yönelmesinin sağlanmış olduğu, özel sektörün sağlığa teşvik edilmesi sonrasında bu sistem ile bir şekilde özel sektöre de pay verilmiş olduğu söylenebilir. Bu bağlamda 2003 ve sonrası için özel sağlık kuruluşlarının sayısındaki artışın kentlerin fonksiyonel yapısında çeşitli dönüşümlere neden olduklarını söylemek mümkündür. Mevcut kentler içerisinde yeni yer edinen bu sektör daha çok merkezi yerlere yakın olma eğiliminde artış göstererek çevresel kullanımını da yeniden şekillendirmiştir.



Şekil 7.10. Sağlık Bakanlığı İ5 kapsamı iller Kamu-Özel Yatak Sayıları Karşılaştırma [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].



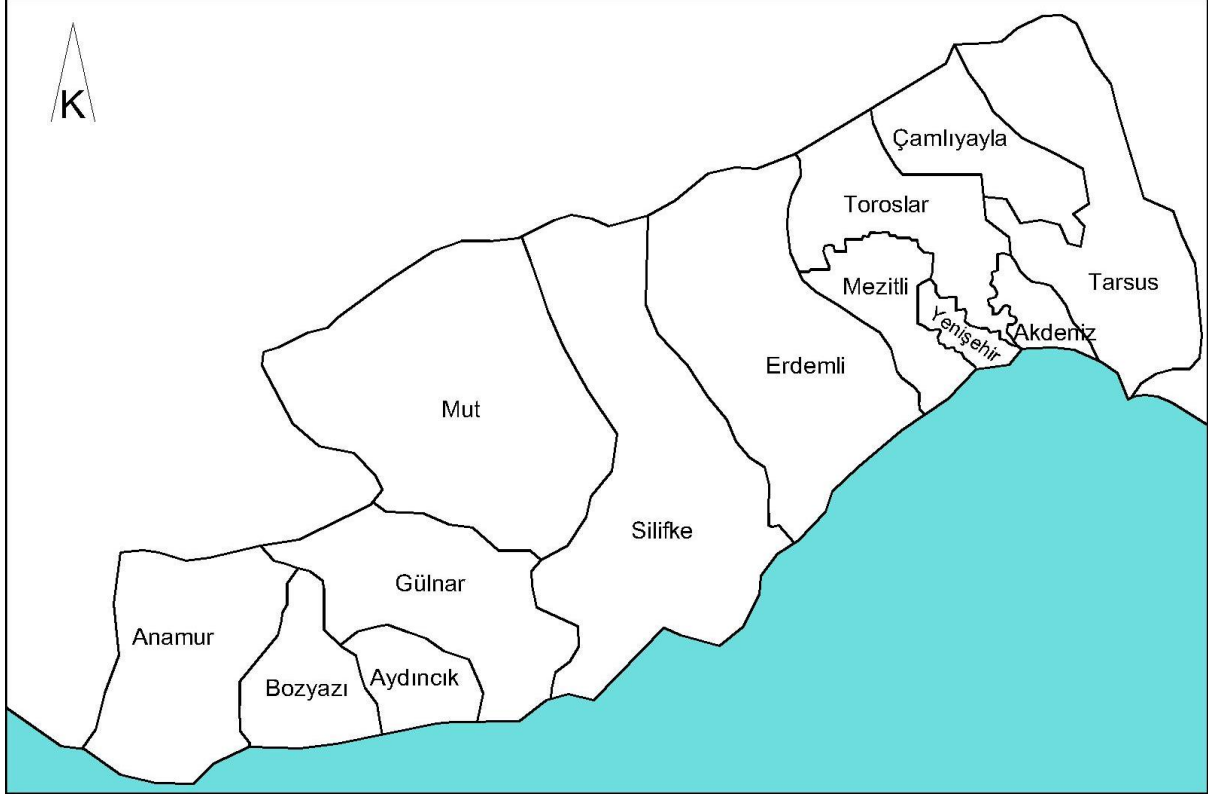
Şekil 7.11. Sağlık Bakanlığı İ5 kapsamı iller Kamu-Özel Hastane Sayıları Karşılaştırma [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari Ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği'ne göre nüfusu 1.500.000 ile 2.500.000 olan iller İ5 grubu olarak tanımlanmıştır. Mersin ve bu gruba giren diğer illerin kamu-özel oranları karşılaştırıldığında kamu yatak sayılarının en yüksek oranda olduğu illerin Adana ve Konya olduğu görülmektedir. Hatay, Mersin, Kayseri ve Kocaeli illeri yatak sayıları ve hastane sayıları ise yakın oranlardadır. Özellikle bu illerde özel sektör teşviki ile özel hastane sayılarının kamu ile eşit seviyelerde olduğu görülmektedir. Antalya, Gaziantep ve Kocaeli illerinde özel hastane sayılarının kamudan daha yüksek olduğu görülürken Diyarbakır ve Konya'da çok daha düşüktür. Kamu ve özel sektör hastane sayılarının yakın olduğu Mersin iline ait grafiklerden özel hastane dağılımına göre yatak kapasitelerinin kamuya göre üçte bir oranında olması göstermektedirki özel hastanelerin birçoğu düşük yatak kapasitelidir.

7.2.2. Mersin Kenti Sağlık Verileri

Sağlık politikalarının yansımaları ülke verileri üzerinden incelenirken kentlerdeki etkilerini görmek adına Mersin örneği ele alınmıştır. Mersin kenti özelliklerinden kısaca bahsetmek gerekirse 2000 yılında 1.488.755 olan il nüfusu 2017 verilerinde 1.793.931 olarak

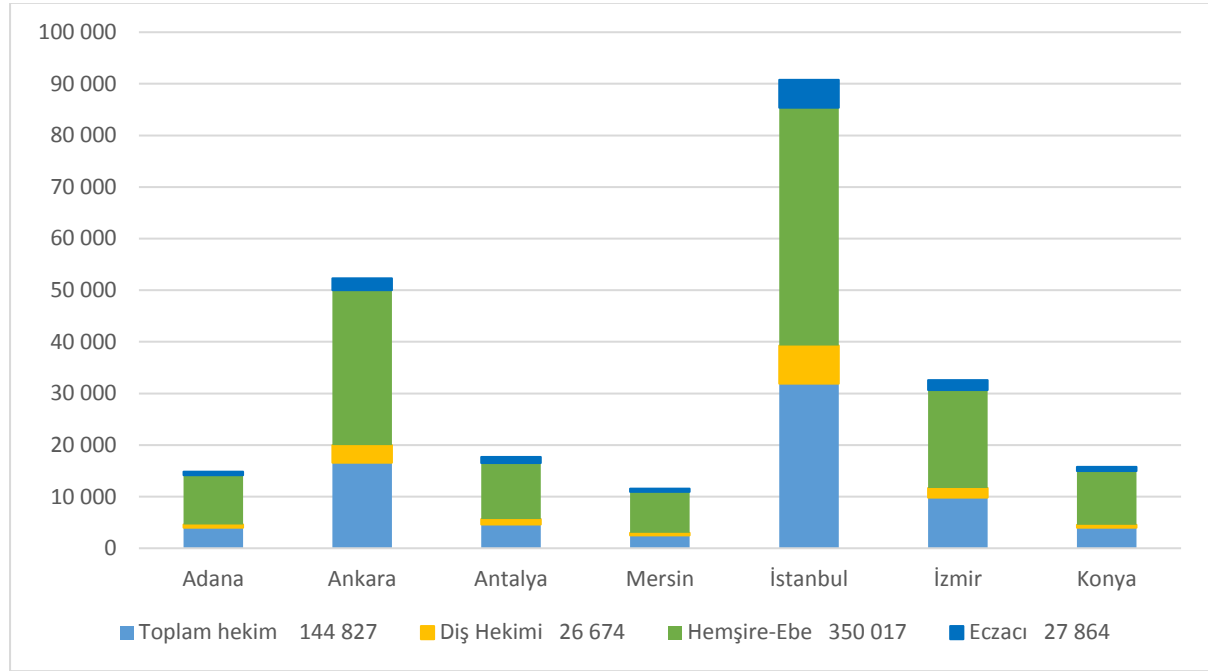
tespit edilmiş, büyüklük bakımından iller sıralamasında 11. sırada yer almaktadır. Toplamda 13 ilçesi bulunan ilin Akdeniz, Toroslar, Yenişehir ve Mezitli olmak üzere 4 merkez ilçesi bulunmaktadır. Kent merkezinin ilk kurulduğu ilçe Akdeniz olmakla beraber sırasıyla Toroslar, Yenişehir ve Mezitli ilçeleri yönünde gelişim göstermektedir. Çalışmada veriler Merkez ilçeler üzerinden değerlendirilmektedir.



Şekil 7.12. Mersin ilçe haritası [Kaynak: harita verilerinden çalışma kapsamında üretilmiştir].

Sağlık personeli ile ilgili veriler incelendiğinde 2016 yılı itibariyle TÜİK verilerine göre Mersin’de toplam hekim sayısı 2480, toplam diş hekimi sayısı 482, hemşire-ebe sayısı 7941 ve eczacı sayısı 674 olarak belirlenmiştir. Büyükşehirler ile karşılaştırıldığında bu oranların diğer illere göre düşük olduğunu görmek mümkündür (Şekil 7.13.). Bu durumun temel nedeninin kentin gelişmekte olan kent kategorisinde yer alması ve karşılaştırma yapılan diğer kentlerin daha uzun süreli bir gelişmişlik düzeyi dolayısı ile Mersin kentine göre daha oturmuş bir sağlık alt yapısının bulunmasından kaynaklı olduğu söylenebilir. Sağlık Bakanlığı sınıflandırmasına göre yine İ5 kategorisinde yer alan (1.500.000 ile 2.500.000 olan iller) Adana, Antalya ve Konya gibi diğer illerle karşılaştırıldığında sağlık personeli sayısının düşük kaldığı görülmektedir. Kadro standartlarını belirleyen bu kategori kapsamında kamu oranları aynı olsa da iller arasındaki sağlık personelindeki sayı farkı özel sektörün bu illerdeki payı hakkında fikir vermektedir.

Burada elde edilebilecek sonuçlardan biri Mersin kentinin özel sağlık yatırımları alanında henüz gelişmekte olan bir kent olduğudur.



Şekil 7.13. Büyükşehirler 2016 sağlık personeli oranlar karşılaştırma [Kaynak: çalışma kapsamında TÜİK verilerinden üretilmiştir].

7.2.2.1. Mersin Merkez İlçelerdeki Özel Hastaneler

Mersin ilinde toplamda 13 adet özel hastane bulunmakta olup; araştırma alanı merkez ilçeler Mezitli, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz'de günümüzde aktif hizmet vermekte olan toplamda 8 adet Özel Hastane bulunmaktadır, bu hastanelerin; 2 tanesi Mezitli, 3 tanesi Yenişehir ve 3 tanesi de Akdeniz ilçelerinde konumlanmaktadır. (Özel Su Hastanesi yeni ruhsatlı hastane olup değerlendirme kapsamında veri alınmamıştır.) Diğer 5 hastanenin ise 3'ü Tarsus, 1'i Silifke ve 1'i de Anamur ilçelerinde bulunmaktadır.

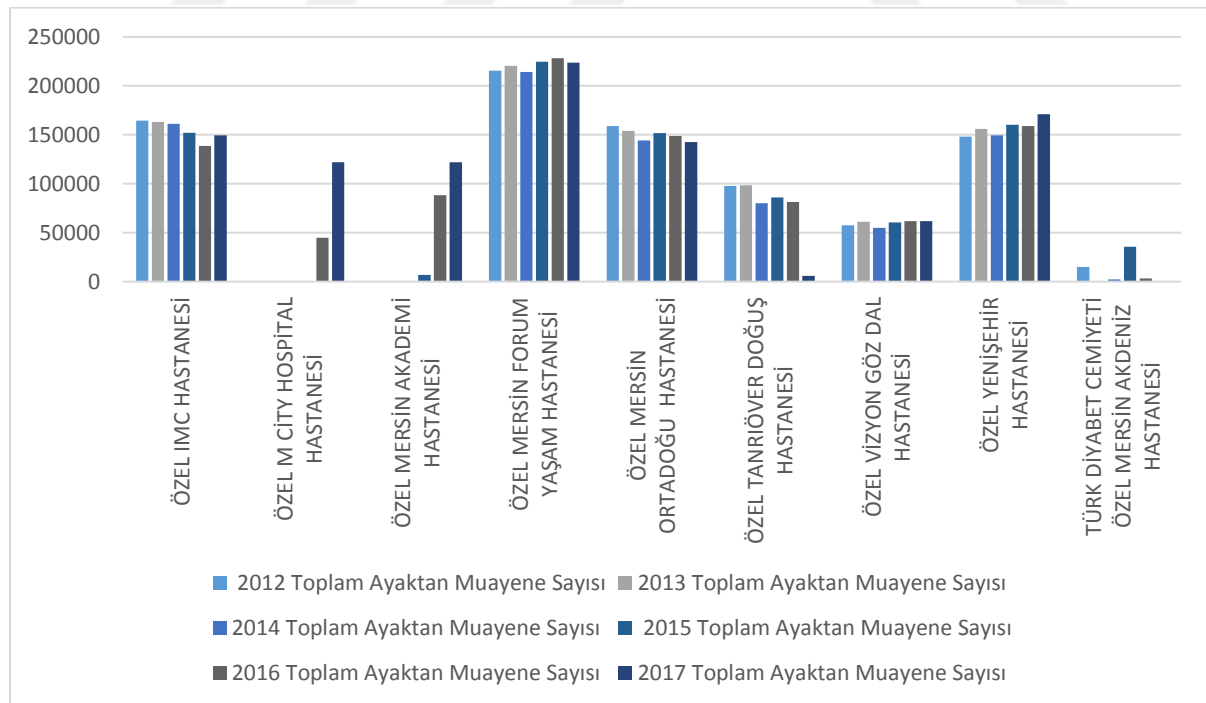
Tablo 7.1. Özel Hastaneler Ruhsatlandırma/ Yatak Sayısı [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

SEMT	HASTANE ADI	RUHSAT/FAALİYET TARİHİ	TOPLAM YATAK KAPASİTESİ
MEZİTLİ	Özel Mersin Ortadoğu Hastanesi	07/02/2008-07/02/2008	100
	Özel M City Hospital Hastanesi	02/06/2016-01.08.2016	75
YENİŞEHİR	Özel Yenişehir Hastanesi	15/08/2002-11/07/2007	89
	Özel Mersin Forum Yaşam Hastanesi	02/04/2010-02/04/2010	100
	Özel Mersin Akademi Hastanesi	26/08/2015-14/10/2015	75
AKDENİZ	Özel IMC Hastanesi	09/05/2005-12/07/2007	87
	Özel Su Hastanesi	30.1.2018-2018	81
	Özel Akdeniz Hastanesi	24/03/2016 Faaliyeti Askıya Alınmıştır.	30
	Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi	28/01/2009-25/02/2009	12
	Özel Tanrıöver Doğu Hastanesi	17/05/1999-09/01/2007 2017 Faaliyeti Askıya alınmıştır.	74

Kent merkezinde bulunan özel hastanelerin kullanım oranları incelendiğinde bazı bölgelerde yeni açılmış ve hizmeti askıya alınmış hastanelere rastlanmaktadır. Hizmet vermeyen hastanelerin ikisinin de Akdeniz bölgesinde yer aldığı bilinmekte ve kullanım oranlarının önceki yıllarda da diğer sağlık kuruluşlarına kıyasla düşük oranlarda seyrettiği görülmektedir. Akdeniz ilçesi kentin merkezi olmasından kaynaklı ilçerde daha çok yoğun kullanım alanı olarak belirtilebilecek iş merkezleri, kamu binaları ve satış birimlerinin yer aldığı, çepere doğru konut alanlarının yer aldığı bir bölgedir. Geçmiş yıllarda henüz gelişim bölgesi olması ve konut işlevinin ilçerde de yoğun olmasından kaynaklı kullanım oranının daha yüksek olduğunun tahmin edildiği bu bölge yer seçimi bakımından geçmişte doğru bir karar iken, işleyiş bakımından günümüzde aynı nitelikte değildir. Bu bölgede merkezi konumda bulunan hastane yapıları ise bu yoğun kullanım alanları içerisinde yer aldığından birçok açıdan günümüzde dezavantajlı sayılabilir. Kullanım alanı kısıtlılığı, otopark sorunu, yeşil alan azlığı gibi negatif etkilere maruz kalmaktadırlar. Tüm bu etkenler göz önünde bulundurulduğunda ve

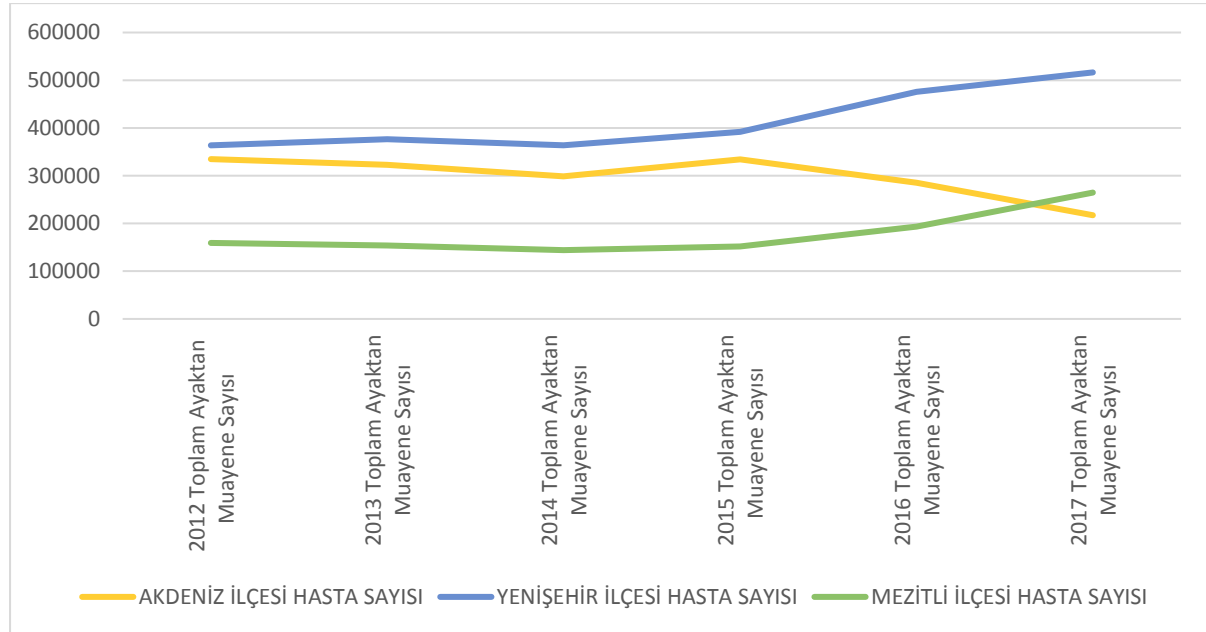
mevcut kullanım oranları da dikkate alındığında bu bölgenin günümüzde bir sağlık tesisi için uygun bir yer olmayacağı düşünülmektedir.

Yeni açılmış olan Akademi Hastanesi ve M City Hastanesi kullanım verileri incelendiğinde ise her ikisinin de kısa sürede daha uzun süredir hizmet veren diğer kuruluşlara yakın sayıda hasta seviyesine ulaştığı görülmektedir (Şekil 7.14.). Burada kullanım yoğunluğuna neden olan birçok etken bulunmaktadır ancak asıl faktörün bu hastanelerden birisinin Mezitli bölgesinde diğerinin ise Kuzey-Yenişehir bölgesinde yer almasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü gelişim bölgeleri olan Yenişehir'in kuzey bölgesi ve Mezitli ilçelerinin her ikisinde de hizmet verecek başka hastane bulunmamakta ve bu bölgelerin nüfusu giderek artış göstermektedir. Sonuç olarak bu iki kuruluşun yer seçimi konusunda bu bölgelerdeki ihtiyaca cevap verir nitelikte, doğru bir tercihte bulunmuş olduğu söylenebilir. Diğer hastaneler için verilere bakıldığında ise hasta sayılarının yıllara göre fazla değişkenlik göstermemiş olduğu görülmektedir. Biri 2015 diğeri 2016 yılında faaliyete giren Akademi ve M City Hastanelerindeki hasta sayısı artışının 2017 yılında büyük oranda olduğu görülmektedir. Bu artışın nedenleri arasında ihtiyaca yönelik doğru yer seçimi, yakın zamanda kapanan özel hastanelerin olması ve 2017 yılında faaliyete giren Şehir Hastanesi nedeni ile merkezi konumda bulunan Devlet Hastanesinin kapatılması dolayısı ile kullanıcıların bir kısmının ilk aşamada yeni hastaneyi tercih etmemesinin etkili olabileceği düşünülmektedir.



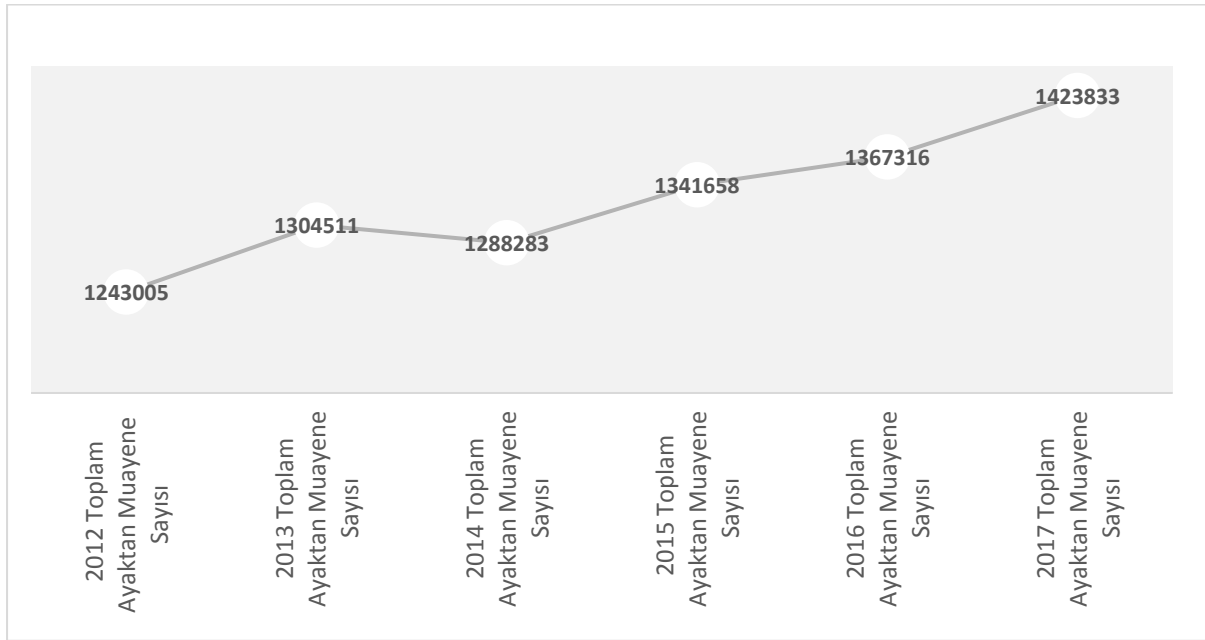
Şekil 7.14. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşları hasta sayısı verileri [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Özel sağlık kuruluşları bölgesel kullanım oranları bakımından incelendiğinde merkeze bağlı Akdeniz, Yenişehir ve Mezitli ilçelerinde bulunan özel hastanelerin hasta sayısındaki değişimin 2015 yılına kadar olan süreçte birbirine paralel seviyelerde olduğu görülmektedir. 2015 yılından sonraki süreçte ise Akdeniz ilçesi grafiğinde düşüş gözlemlenirken Yenişehir ve Mezitli ilçeleri kullanım oranları ise artış göstermiştir. Mezitli ilçesi hasta kullanım oranı 2016 yılı itibariyle Akdeniz ilçesini geçmiştir. Genel olarak Yenişehir ilçesinin ise en çok tercih edilen bölge olduğu görülmektedir (Şekil 7.15.). Kullanım oranları değerlendirilirse öncelikle en çok tercih edilmiş bölgenin Yenişehir olmasına neden olan etkenlerin başında bu bölgenin yeni gelişmekte olan bir bölge olması, her yerden kolay ulaşımına sahip olması ve yakın çevresindeki kullanıcıların da sosyo-ekonomik düzeylerinin orta ve üstü olması sayılabilir. Tam tersi şekilde bakıldığında Akdeniz ilçesinin kullanım oranlarının düşük olması ulaşım, trafik ve çevresel koşullar bakımından kentin yoğunluk gösteren bölgesi olması nedeniyle negatif etkiler olarak değerlendirilebilir. Sayısal olarak bakıldığında aynı yıllar aralığında Akdeniz ilçesinde daha fazla sayıda özel hastane hizmet vermiş olmasına karşın Yenişehir ilçesi hasta sayısı verileri daha yüksek orandadır. 2015 yılından sonra ilçeler arasındaki farkın hızla açılması ise özellikle Akdeniz bölgesinde bulunan 2 hastanenin faaliyetlerinin askıya alınmış olması, Yenişehir ve Mezitli ilçelerinde ihtiyaç duyulan noktalarda iki yeni hastanenin faaliyete girmesi ve 2017 yılı itibariyle merkezde bulunan Devlet Hastanesi'nin kapatılarak yeni Şehir Hastanesine taşınmış olmasının neden olduğu düşünülmektedir.

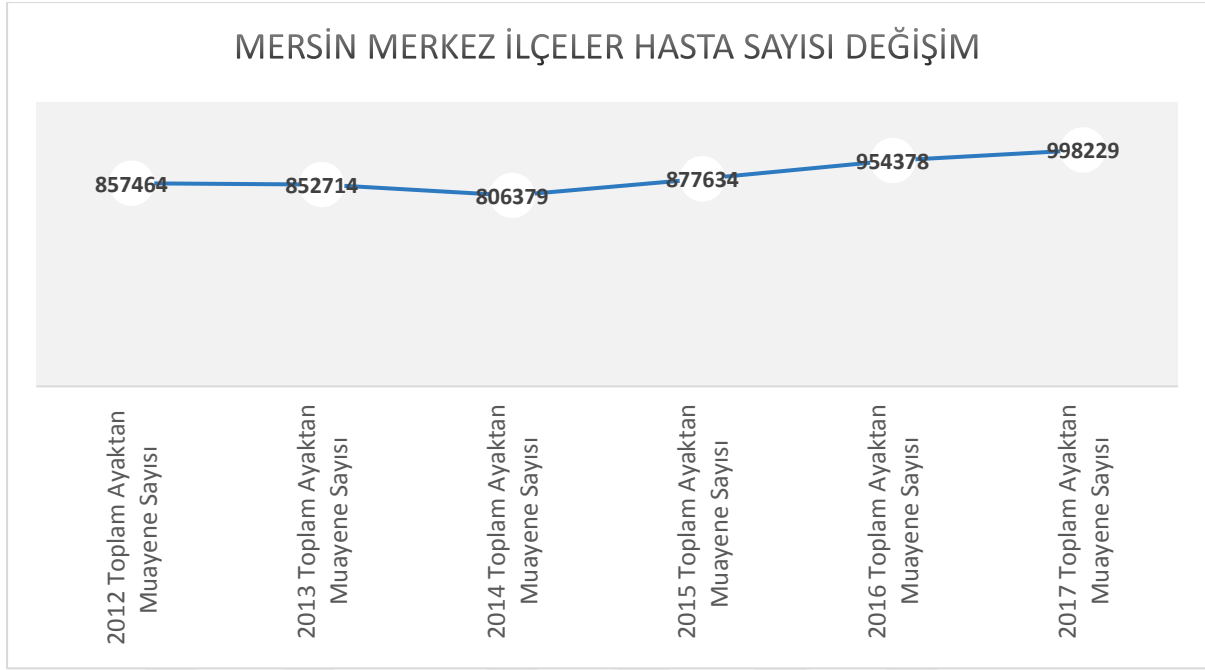


Şekil 7.15. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Özel hastanelerin bölgesel kullanım oranları ile ilgili verilerin değişimi kentin kullanım biçimi ile ilgili fikir vermektedir. Veriler doğrultusunda çıkarılacak sonuç Mersin kent merkezinde Akdeniz ilçesinin yeni yatırımlar için çok uygun olmadığı iken batı yönünde gelişim gösteren kentin bu ihtiyacına cevap verir nitelikte yatırımların daha güvenli olacağı şeklindedir. Bu değerlendirmeyi sadece özel hastaneler çerçevesinde yapmanın çok doğru bir değerlendirme olacağı söylenemese de gidişat hakkında fikir vermektedir. Daha doğru bir değerlendirme ancak kamu yatırımları da gözetilerek ve kent planı ile gerçekleştirilmek istenen plan yapısı göz önünde bulundurularak yapılabilecektir.



Şekil 7.16. Mersin tüm ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].



Şekil 7.17. Mersin merkez ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Özel sağlık kuruluşlarının kullanım oranları tüm ilçeler bazında ele alındığında altı yıllık süreçte özellikle 2014 sonrasında artış görülmektedir (Şekil 7.16.). Tüm ilçelerde toplamda 13 adet hastane olduğu bilinmektedir. 2014 sonrasına yoğunlaşan artış merkez ilçe verileri ile karşılaştırıldığında yaklaşık olarak ikiyüzbin olan farkın merkez ilçelerdeki artıştan kaynaklı olduğu görülmektedir (Şekil 7.17.). Bu sonuç merkez dışında diğer ilçelerde ki kullanım verilerinin daha doğrusal yol izlediği bilgisini vermektedir. Hastanelerin bulunduğu Tarsus, Silifke ve Anamur ilçelerinde sağlık kuruluşlarında bu süreçte faaliyete yeni giren kamu veya özele ait hastane olmaması bu verilerin aynı oranlarda çıkmasında ki en büyük etkidir. Merkez ise değişen sağlık politikaları ve alınan kararların etkisinde değişimler göstermiştir.

Tablo 7.2. Mersin tüm ilçeler 2012-2017 özel sağlık kuruluşu hasta sayısı verileri [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Ayaktan Muayene Sayısı	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Toplam
Özel Anamur Anamed Hastanesi	107.881	115.946	112.722	118.343	108.832	102.971	666.695
Özel İmc Hastanesi	164.399	163.238	161.061	152.048	138.794	149.468	929.008
Özel M City Hospital Hastanesi					44.659	121.946	166.605
Özel Mersin Akademi Hastanesi				6.953	88.388	121.883	217.224
Özel Mersin Forum Yaşam Hastanesi	215.634	220.260	214.338	224.571	228.270	223.625	1.326.698
Özel Mersin Ortadoğu Hastanesi	159.059	153.987	144.130	151.588	148.825	142.724	900.313
Özel Olbamed Hastanesi		80.015	154.830	149.354	117.428	118.532	620.159
Özel Ömer Sayar Hastanesi	53.939	50.450	38.904	35.120	41.224	59.077	278.714
Özel Tanrıöver Doğu Hastanesi	97.740	98.328	80.085	85.970	81.365	5.854	449.342
Özel Tarsus Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi	38.636	36.985	30.147	26.066	20.737	21.492	174.063
Özel Tarsus Medikalpark Hastanesi	185.085	168.401	145.301	135.141	124.717	123.532	882.177
Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi	57.482	61.030	54.990	60.487	61.733	61.857	357.579
Özel Yenişehir Hastanesi	148.003	155.871	149.456	160.243	159.041	170.872	943.486
Türk Diyabet Cemiyeti Özel Mersin Akdeniz Hastanesi	15.147		2.319	35.774	3.303		56.543
Genel Toplam	1.243.005	1.304.511	1.288.283	1.341.658	1.367.316	1.423.833	7.968.606

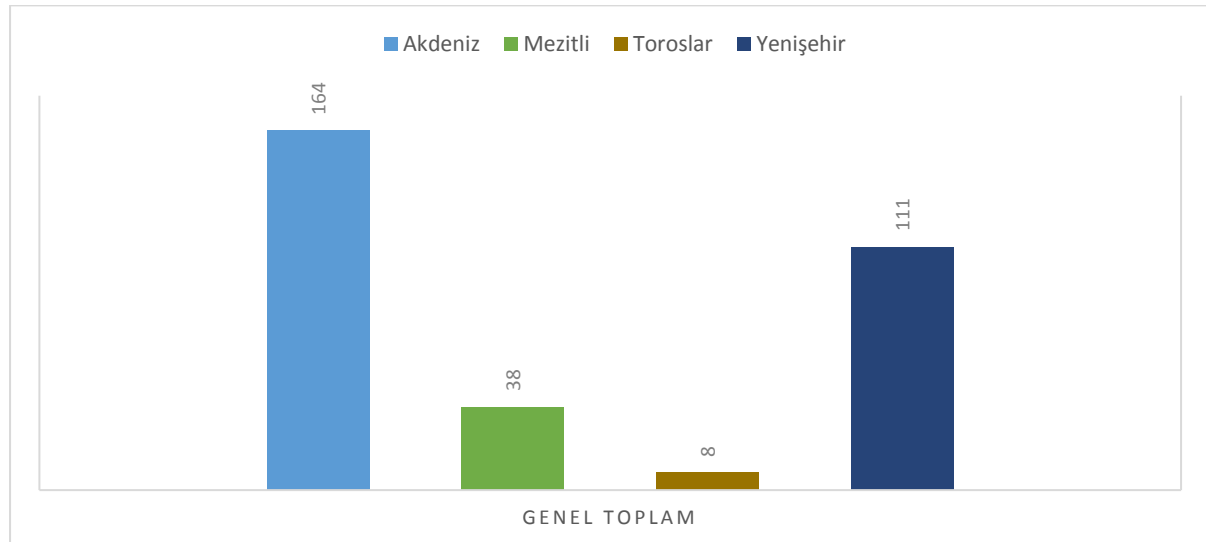
Tablo 7.3. Mersin merkez ilçeler 2017 özel sağlık kuruluşları [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

	Akdeniz	Mezitli	Toroslar	Yenişehir
Özel Hastaneler	2	2		3
Özel Tıp Merkezleri	6	1	1	2
Özel Diyaliz Merkezleri	1	1	1	2
Özel Tüp Bebek Merkezleri	1			
Özel Poliklinikler	4			2
Laboratuvarlar	1			1
Psikoteknik Değerlendirme Merkezleri	4			
Hekim Muayenehaneleri	26	12	1	34
Sağlık Kabinleri	8	1	2	2
Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri				3
Diş Protez Laboratuvarları	19			2
Özel Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri	8	3		8
Diş Hekimi Muayenehaneleri	84	18	3	50
Tıbbi Müessese (Onkoloji)				1
Hiperbarik Oksijen Tedavisi Merkezleri				1
Genel Toplam	164	38	8	111

Kent merkezinde bulunan özel sağlık kuruluşlarının dağılımı ve buldukları ilçe verileri değerlendirildiğinde Akdeniz ilçesinin günümüzde kuruluş oranları bakımından en yoğun bölge olduğu görülmektedir. Birçok özel sağlık kuruluşu bu bölgede yer seçmiştir. İkinci olarak tercih edilen bölge ise Yenişehir olmuştur. Toroslar ve Mezitli ise daha düşük oranlarda kalmaktadır. Değerlendirmeye alınan özel sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu fiziki olarak büyük mekanlara ihtiyacı olmayan ve sağlık tesis alanı olma zorunluluğu bulunmayan kuruluşlardır. Çevresel faktörler, arazi ve bina koşulları bakımından Yenişehir bölgesinin daha avantajlı olduğu düşünülse de Akdeniz bölgesinin tercih edilmesindeki etkenlerin; kentin merkezi olması, ticari alanların yoğun olması dolayısı ile yer bulma kolaylığı, toplu taşıma imkanları açısından kolay ulaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Ancak tercih oranı yüksek olan Yenişehir bölgesinde durum aynı şekilde değerlendirilememektedir. Bölgenin daha eski

yerleşim yerleri olan sahil şeridi ve çevre yolu civarı çoğunlukla ticari kullanım alanlarına dönüşmüşken, kuzeye doğru gidildikçe kullanım; ticari alanlar (yeni yapılan iş merkezleri açısından), konut+ticari veya kapalı siteler şeklindedir. Dolayısı ile bu bölgede özel sağlık kuruluşu için kullanılabilir alanların çoğu daha yüksek kirali veya satın alma değeri yüksek olan yerlerdir. Merkez bölgesi ve gelişmekte olan Yenişehir bölgelerinin karşılaştırılmasında ekonomik durumun bu tercihlerde etkili olmuş olduğu düşünülmektedir. Ancak uzun vadede değerlendirildiğinde Yenişehir bölgesindeki orana bakılarak gelişmeye devam eden bir bölge olmasına karşın ilerleyen süreçte Akdeniz bölgesinden daha fazla tercih edilen bir bölge olabileceği düşünülmektedir.

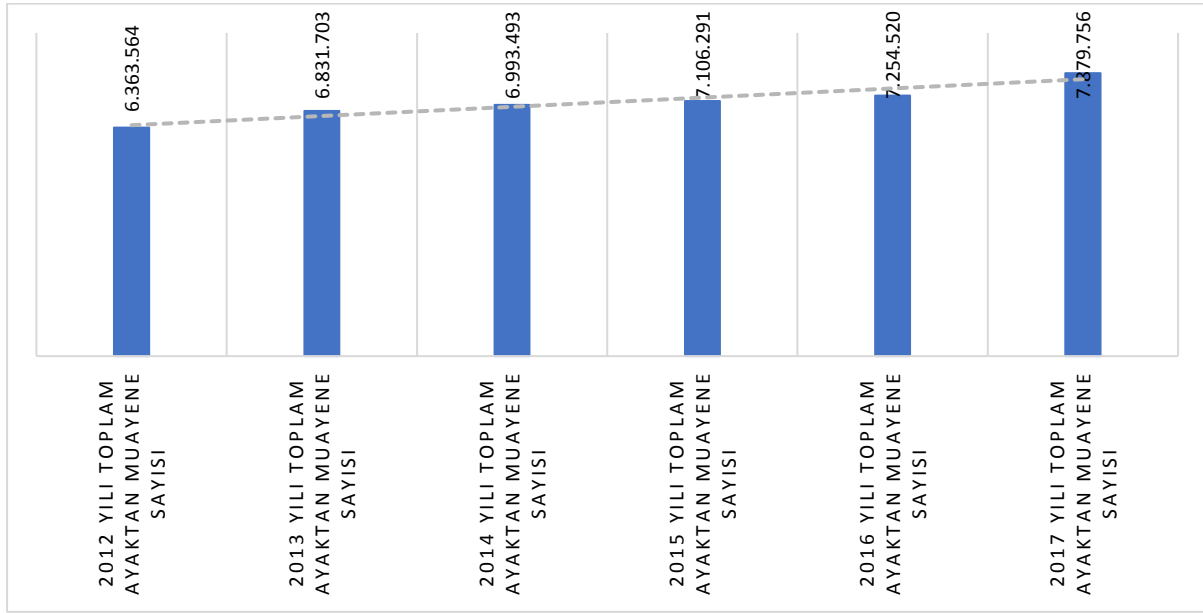
Mezitli ve Toroslar ilçelerinin kullanım oranları değerlendirildiğinde ise ikisinin de çok düşük kaldığı görülmüştür. Kullanımın Mezitli bölgesinde düşük olması gelişim sürecinin daha yeni ve devam ediyor olması ve kent merkezinden uzak olmasına bağlıdır. Fakat Yenişehir ilçesinde oluşan yoğunluğun ve ilerleyen süreçte nüfus yoğunluğunun artması, hastanelerin bu bölgede etkin hale gelmesi ile bölgenin de sağlık kuruluşları açısından tercih edilebilir olacağı düşünülmektedir. Toroslar bölgesi ise uzun yıllardır varlığını sürdüren kentin ilk gelişim bölgelerinden biri olmasına karşın en düşük oran bu ilçede gözlemlenmektedir. Bu duruma neden olan faktörün ise kentin merkezi ve ticari alanı olan Akdeniz bölgesi ile çok yakın olması, düşük gelir grubunun yaşadığı ilçe olması ve bu bölgenin kent gelişimi süresince büyük oranda konut alanları olarak gelişmiş olması olduğu söylenebilir. Toroslar bölgesinde yapılan yeni Şehir Hastanesinin özel sağlık kuruluşları bakımından şu anda büyük oranda konut olan bölgeyi ilerleyen süreçte etkilemesi beklenmektedir.



Şekil 7.18. Mersin 2017 özel sağlık kuruluşlarının merkez ilçelere dağılımı [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

7.2.2.2. Mersin Merkez Kamu Hastaneleri

Mersin kentinde kamuya ait hastaneler 2017 yılına kadar Devlet Hastanesi (yatak sayısı 594), Toros Devlet Hastanesi (yatak sayısı 350), Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (yatak sayısı 306) ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'dir (yatak sayısı 665). 2017 yılı şubat ayında 1295 yatak kapasiteli Şehir Hastanesinin hizmete açılmasıyla Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kapatılarak Şehir Hastanesine taşınmıştır. Şehir Hastanesinin hizmete girmesi ile Mersin kentinde 1915 olan toplam yatak sayısı 2310 olarak değişmiştir.



Şekil 7.19. 2012-2017 Mersin ili kamu hastaneleri toplam hasta sayısı değişimi [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Kent merkezi öncelikle kamu hastanelerinin kullanım oranları bakımından değerlendirildiğinde yıllara göre sürekli artış gösterdiği görülmektedir. Artışın genel olarak yüzbinler civarında olduğu ancak 2013 yılında beşyüz bine yaklaştığı görülmektedir. Bu artışın temel nedeni 2012 yılı ve sonrasında ülkemize göç eden ve özellikle güney kesime yerleşen Suriyeli nüfusu olarak değerlendirilmektedir. Göçmen nüfusa hizmet verilmesi ile kamu ve özel sağlık kuruluşlarında ki kullanım oranlarında 2013 yılında genel bir artış görülmüştür. Bunun yanında aynı yıl Toros Devlet Hastanesinin yenilenen hizmet binasının hizmete açılmış olması kamu hastaneleri hasta sayılarında ki artışta etkin rol oynamıştır. Ancak Toros Devlet Hastanesi yeni binasının inşaatı süresince Toros Devlet'e bağlı Yenişehir ve Mezitli Semt Polikliniklerinin açılarak hizmet vermiş olduğu, dolayısı ile inşaat süresinde geçen zamanda hizmet vermeye devam ettiği göz ardı edilmemelidir.

Tablo 7.4. Mersin merkez kamu hastaneleri 2012-2017 hasta sayıları [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

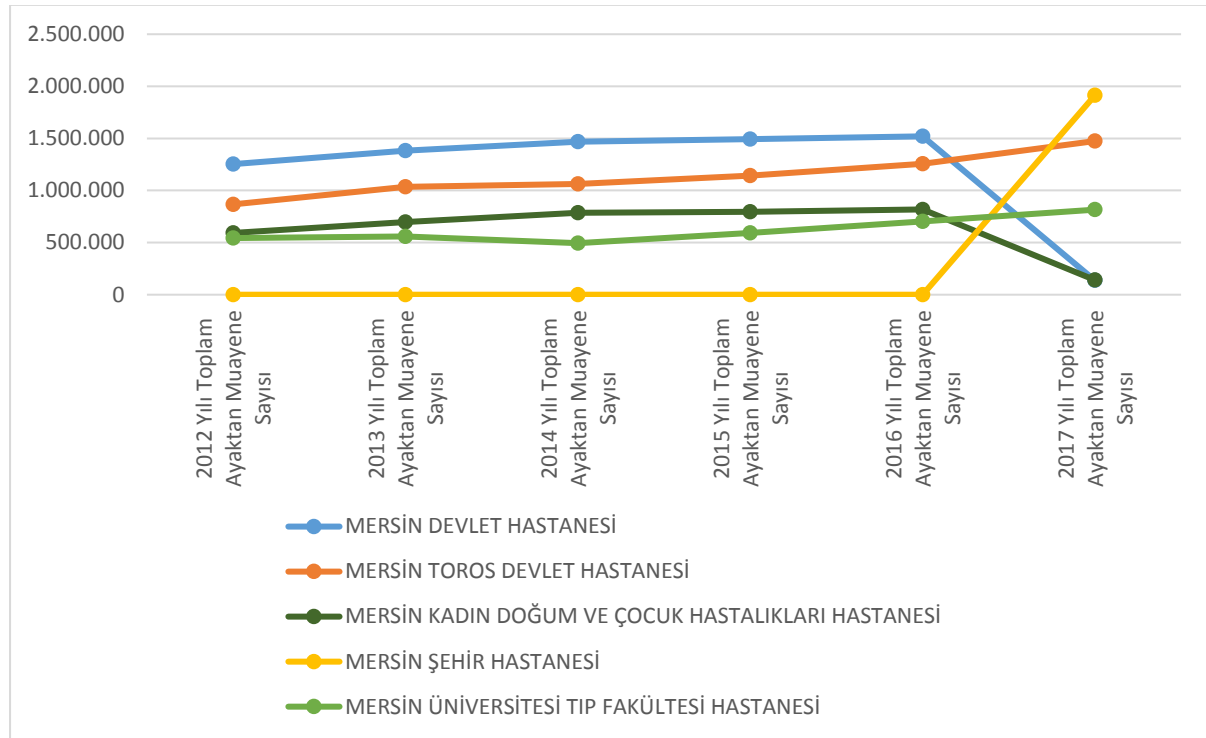
	2012 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	2013 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	2014 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	2015 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	2016 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı	2017 Yılı Toplam Ayaktan Muayene Sayısı
Mersin Devlet Hastanesi	1.253.736	1.383.523	1.468.556	1.493.135	1.519.930	136.888
Mersin Toros Devlet Hastanesi	867.049	1.034.828	1.061.830	1.143.288	1.257.848	1.474.581
Mersin Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	592.046	697.801	786.419	794.344	818.361	140.786
Mersin Şehir Hastanesi						1.912.872
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	542.924	559.903	494.662	593.046	703.227	816.008
Genel Toplam	3.255.755	3.676.055	3.811.467	4.023.813	4.299.366	4.481.135

Sağlık kuruluşları kullanım verileri altı yıllık süreçte belirli oranlarda artış göstermektedir. Kullanımların yıllara göre değişim grafiği incelendiğinde 2017 yılı şubat ayında faaliyete giren Şehir hastanesi ile kapatılan Devlet hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastaneleri 2017 yılı ocak ayı verisi ile grafikte yer almıştır. Kapatılan hastanelerin bir önceki yıl verilerine bakıldığında iki milyon üç yüz bin civarında olan hasta sayısında 2017 yılında Şehir Hastanesinin açılması ile yaklaşık yüzelli bin kişilik bir düşüş görülmektedir. Tıp Fakültesi Hastanesi ve Toros Devlet hastanesi hasta sayılarında ise 2017 yılında görülen artış yüzelli bin kişilik farkı karşılamaktadır. Farkın aynı zamanda bir kısmının özel hastanelere yansıdığı söylenebilir. Çünkü özel hastane yıllık değişimlerine bakıldığında bu süreçte önceki yıllara oranla merkez hastane verilerinde daha büyük bir fark ortaya çıkmıştır.

Şehir hastanesinin açılması ile oluşan ulaşım sorunları, uzak mesafe ve kullanıcı alışkanlıklarının dışında kompleks hastane sistemi olumsuzluk gibi görünüyorsa hasta sayısında ciddi bir düşüşe neden olmadığı tespit edilmiştir. Bir diğer açıdan henüz sadece 2017 için değerlendirme yapılabilen hastanede ilk yılı olması nedeniyle tüm birimlerin aynı anda faaliyete girmemiş olmasına karşın hasta sayısı verilerinin bu olduğu hesaba katılmalıdır. İlk yıl için kullanım verilerinde ciddi bir düşüşün olmaması, hastanenin tam kapasite hizmet verme sürecinin tamamlanacağı ve hasta alışkanlığının artacağı düşünülen ilerleyen süreçte, Şehir Hastanesi kullanım verilerinde artış olacağına ilişkin fikir vermektedir.

Tıp Fakültesi hastanesi ile ilgili olarak ise grafikte dikkat çeken nokta 2014 yılında hasta sayısındaki düşüştür. Mevcut hastane 2014 yılında merkezi konumda bulunan binasından Mersin üniversitesi Çiftliköy Kampüsünde bulunan yeni binasına taşınmıştır. 2014 yılında

azalan hasta sayısının mevcut diğer üç hastaneye artış olarak yansıdığını görmek mümkündür. Sonraki yıllarda ise hastane kullanım verileri sürekli artış göstermektedir.



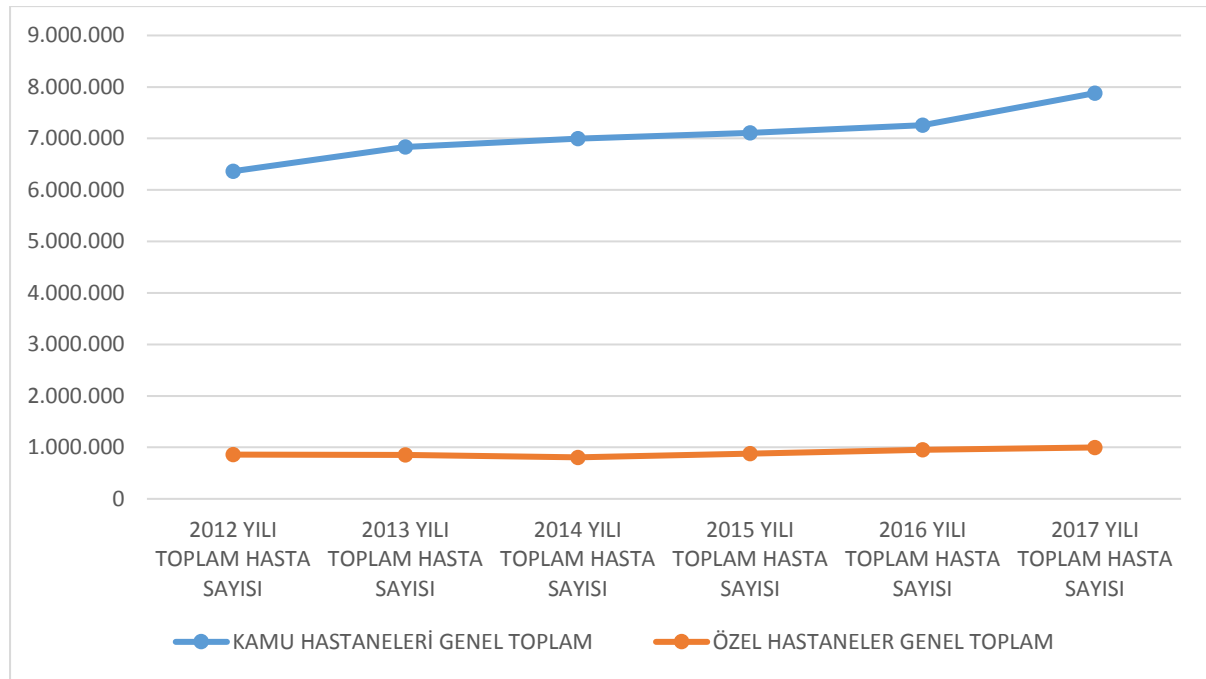
Şekil 7.20. 2012-2017 kamu hastaneleri hasta sayıları karşılaştırması [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Kamu hastaneleri üzerinden yapılan analizde belirli zaman aralıkları ile faaliyete giren iki yeni hastane örneği ve kullanım verileri göstermektedir;

- Kamu hastaneleri belirli bir kullanıcı kitlesine sahiptir ve herhangi bir hastanedeki düşüş diğer kamu hastanelerine yansımaktadır. Bu yansımanın özel hastane tarafı daha düşük oranlarda kalmaktadır.
- Hastanenin faaliyete girdiği ilk süreçte kullanım alışkanlıklarının dışında olması nedeniyle tercih edilmeme durumu olsa da ilerleyen süreçte hasta yine bu hastaneleri tercih etmektedir.
- Hastanenin merkezi konumda olmaması, uzaklık, ulaşımın zaman alması gibi olumsuz faktörlere rağmen bu durum kullanım verilerini fazla değiştirmemektedir. Buna neden olarak hastanın özel hastane maliyetleri yerine ulaşım maliyeti ve zaman kaybını tercih etmesi gösterilebilir.

Kent merkezinde bulunan kamuya ait yatak oranı özele ait yatak oranının 3 katından fazladır. Kamu hastaneleri ile özel hastanelerin kullanım verileri karşılaştırıldığında 2013

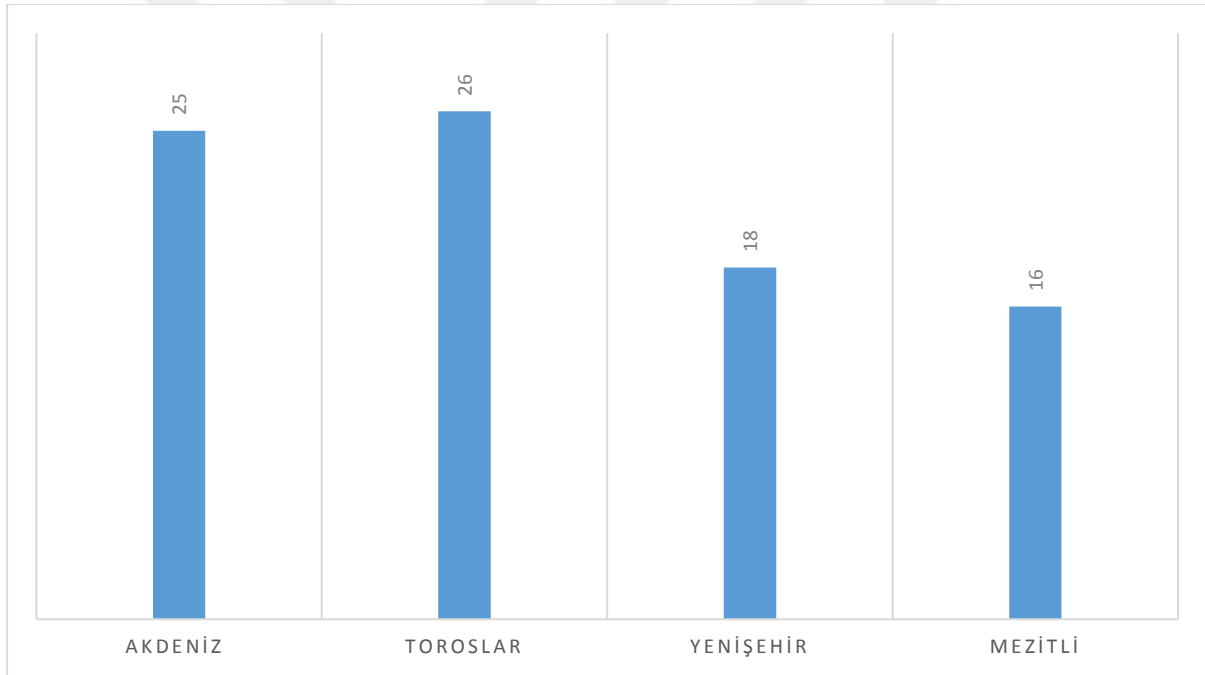
yılında kamu hastanelerinde önemli bir artış gözlemlenirken özel hastaneler bir önceki yıla oranla düşüş göstermiştir. Sebebin büyük oranda göç ile gelen Suriyeli nüfusun ekonomik nedenler dolayısı ile kamu hastanelerini tercih etmiş olmaları ve yeni binası tamamlanan Toros Devlet Hastanesinin yeniden hizmete girmiş olması olduğu düşünülmektedir. Özel hastaneler kamu hastanelerine kıyasla altı yıllık süreçte hasta sayılarında önemli bir değişkenlik göstermezken kamu hastaneleri hasta sayısının 2013 dışında da sürekli artış gösterdiği görülmektedir (Şekil 7.21.). Bu duruma sebep olan faktörlerden biri de kamu hastanelerinin yatak sayılarında son beş yıllık süreçteki artıştır. 2012 yılında 1474 olan toplam yatak sayısı 2017 yılına kadar 1915'e yükselmiş 2017 yılında Şehir Hastanesi ile birlikte 2310 olmuştur.



Şekil 7.21. Mersin kent merkezi 2012-2017 kamu-özel hasta sayısı karşılaştırma [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

Kamuya ait hastaneler buldukları bölgeler bakımından ve konumun kullanılış biçimine etkileri ile incelenirken bu ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların yanında 2003 SDP projesi ile hedeflenen sevk zincirinin birinci basamağı olan aile sağlığı merkezlerini de ele almak gerekir. Projenin hedefi hastanın öncelikle yaşadığı mahallede bulunan birinci basamak hizmetinden faydalanması ve aile hekiminin gerekli görmesi halinde ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurması şeklindedir. Bu hedefe yönelik ilk olarak 2005 yılında başlayan aile sağlığı merkezlerinin kurulması günümüzde nüfusa bağlı olarak artış göstermeye devam etmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 2017 yılında değişen maddesi ile aile hekimlerinin önceden 4000-5000'lere kadar ulaşan nüfus sayısı

ortalama 2000 olarak değiştirilmiştir. Bu değişiklik beraberinde ihtiyaç duyulacak yeni aile sağlığı merkezlerini getirmektedir. Böylece nüfus oranının yüksek olduğu mahallelerde birden fazla aile sağlığı merkezi öngörülmektedir. Mersin Merkez ilçelere bağlı 2017 yılı verilerine göre 85 adet Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Merkezlerin ilçe dağılımları incelendiğinde kentin merkez bölgesi olan Toroslar ve Akdeniz ilçelerinde bulunan ASM sayısının toplam 51, gelişmekte olan Yenişehir ve Mezitli ilçelerinde ise toplamda 34 olduğu görülmektedir. Yenişehir ve Mezitli bölgeleri günümüzde büyük oranda konut bölgesi olsa da yoğunluk bakımında değerlendirildiğinde kapalı siteler veya ayrık nizam formu hakim olması bölgeler için nüfus yoğunluğunu düşük göstermekte ve bölge nüfusuna göre verilen merkez sayısının düşük olmasını sağlamaktadır. Akdeniz ve Toroslar ilçelerinde ise bu durum tam tersidir. Aile sağlığı merkezlerinin günümüzde sağlık tesis alanı olma koşulu bulunmadığından planlamada öngörülmesi gereken bir yapı olmaktan çıkmıştır.



Şekil 7.22. 2017 yılı Mersin kent merkezi aile sağlığı merkezleri ilçe dağılımı [Kaynak: çalışma kapsamında Mersin İSM verilerinden üretilmiştir].

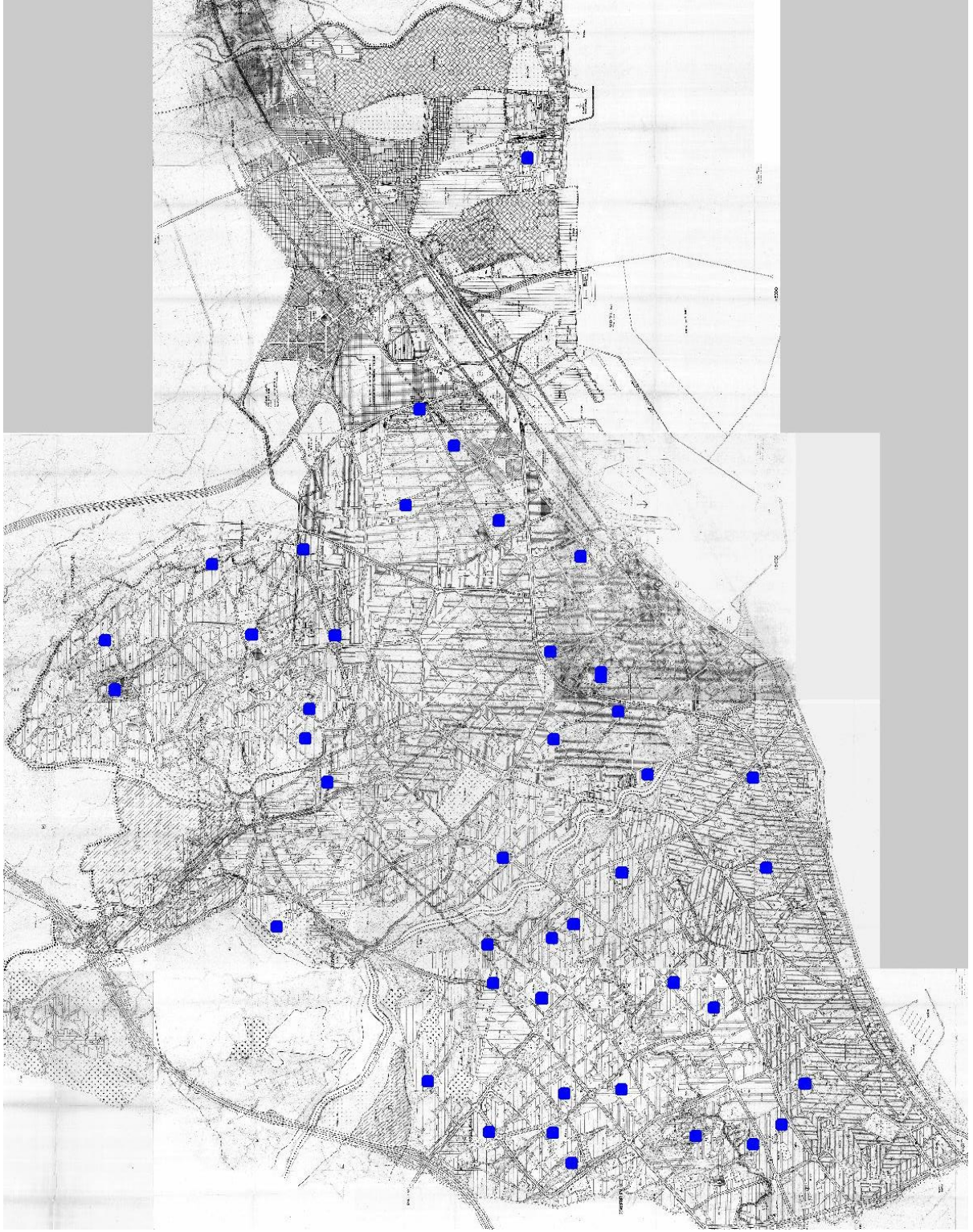
7.3. Mersin Kent Planları Üzerinden Sağlık Tesisleri Analizi

Kent planları yirmi yıllık bir süreç üzerinden 1996 ve 2017 yıllarındaki sağlık tesis alanları ile ilgili değerlendirme yapabilmek adına ele alınmıştır. Burada amaç 1996'da hazırlanan planda sağlık tesis alanı olarak işaretlenen yerlerin, kentin gelişim süreci boyunca ne kadarının gerçekleştiği, yapılan planlamanın bu yapılamada ne kadar etkili olduğu, politika değişimleri dolayısı ile bu sürecin nasıl etkilendiğini, planlamanın neleri öngörmüş olduğunu ve sonrasında ne gibi değişimlere uğradığını 2017 yılındaki verilerle kıyaslayarak görebilmektir.

7.3.1. 1996 Planı Sağlık Tesis Alanları Analizi ve Değerlendirilmesi

Sağlık tesis alanları yönünden ele alınan 1996 planında sağlık alanlarının tümü mavi renk ile belirtilmiştir. Belirtilen alanlar o yılda mevcut, yapılmamış veya kullanılıp kaldırılmış alanların tümünü içermektedir. Kentin ilk yerleşimlerinin yapıldığı Akdeniz ve Toroslar ilçelerinde gösterilen alanların bir kısmı 1996 yılında mevcut sağlık tesis alanlarıdır. Bu yerleşim üzerinde kuzey yönünde yeni sağlık tesis alanı eklemeleri yapılmıştır, ancak kent merkezi Akdeniz ilçesinde yeni planlanan yerlerin yoğunluğu bu bölge için düşük oranda kalmaktadır. Buna neden olan etkenin kentin bu bölgesinin o yıllarda da yoğunluğunun yüksek oranda olması ve artık konut alanlarından çok kentin ticari merkezine niteliğinin baskın gelmesinin olduğu düşünülmektedir. Toroslar ilçesi ise planın yapıldığı yıllarda henüz kentin gelişim alanı, nüfus yoğunluğunun sürekli artış gösterdiği bölgedir. Bölgenin sağlık tesisi ihtiyacına yönelik planlamanın doğru bir karar olduğu düşünülmektedir.

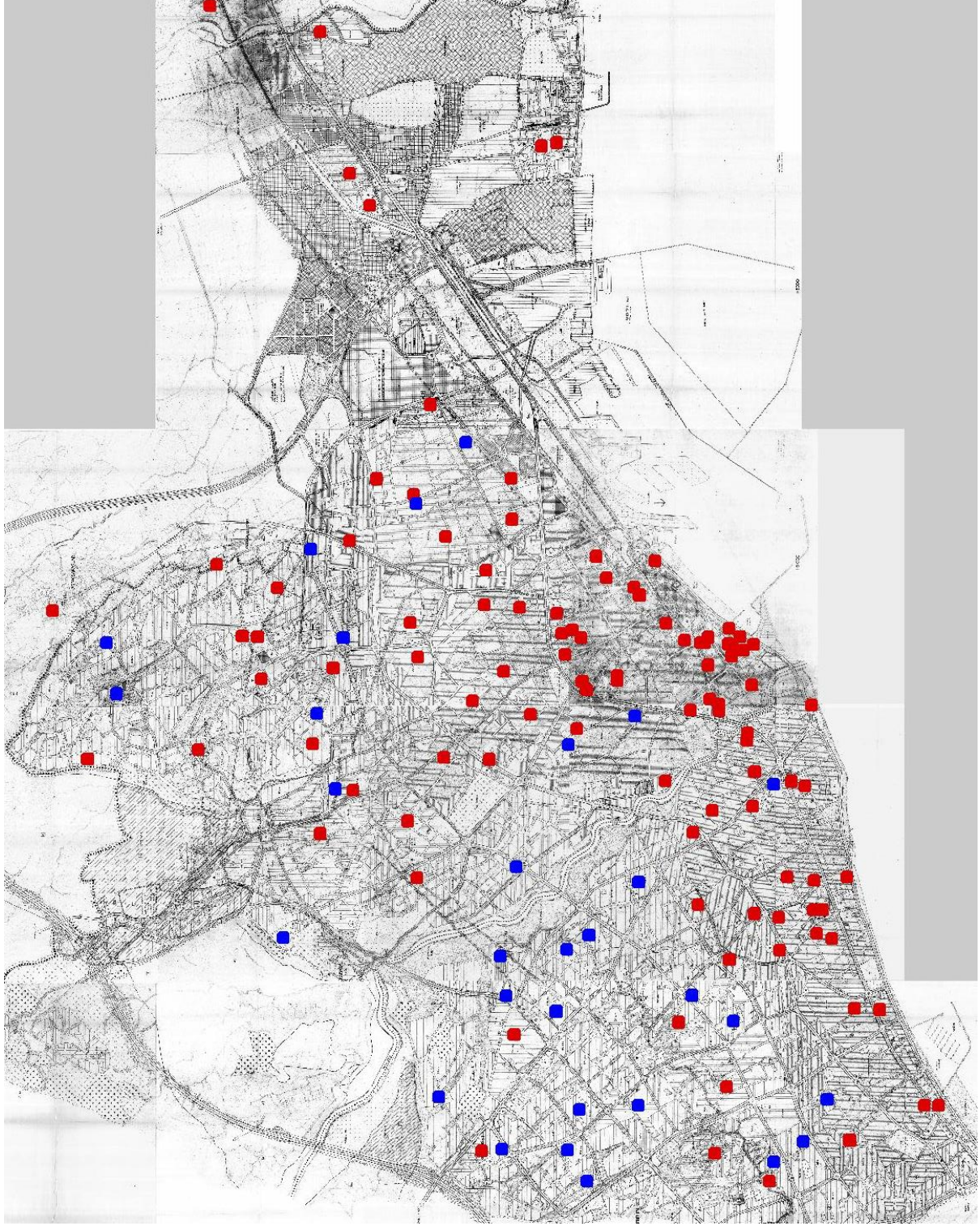
Kentin merkez gelişiminin gerçekleştiği iki bölgesi dışında bu planda asıl dikkat çeken nokta sağlık tesis alanları ile ilgili çalışmanın daha yoğun şekilde ve kuzeyde otoyol bağlantısına kadar Yenişehir bölgesinde yapılmış olmasıdır. Plan incelendiğinde bu bölgede henüz yerleşim oranının düşük olmasına karşın birçok sağlık tesis alanı gösterimi bulunmaktadır. Planlama ile ilgili sadece sağlık tesis alanı verilerine bakılarak bile kuzey gelişimi öngörüsü ile yapılmış bir plan olduğunu söylemek mümkündür (Şekil 7.23.). Ancak planda Yenişehir bölgesinin otoban bağlantısına kadar yeni sağlık tesis alanları için belirtilen alanların buldukları alanlarda, geçen 20 yıllık süreçten sonra bugün bile yoğun bir yerleşim görülmemektedir. Kent uzun yıllar batı yönünde gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Öngörülen kuzey gelişimi kent için daha geç bir süreçte gerçekleşmeye başlamıştır. Günümüzde Yenişehir bölgesinde kuzey yönünde konut yerleşimleri mevcuttur.



Şekil 7.23. 1996 nazım imar planında öngörülen sağlık alanları.

1996 planı üzerinde yapılan çalışmada 2017 yılına kadar kamu ve özel kuruluşlara ait kullanılmış veya kullanılmakta olan sağlık tesisleri (hastaneler, tıp merkezleri, ASM'ler, poliklinikler) kırmızı renk ile belirtilmiştir. Mavi ile belirtilen alanlar ise 1996 planında sağlık

tesis alanı olarak işaretlenen ancak günümüze kadar kullanılmayan alanlardır (Şekil 7.24.). Karşılaştırmada 1996 planında öngörülen sağlık tesisi alanlarının birçoğunun kullanılmadığı görülmektedir. Yoğunluğun ilk kent merkezi konumunda bulunan Akdeniz ilçesinde olduğu Toroslar ve Yenişehir ilçelerine de dağılmış olduğu görülmektedir.



Şekil 7.24. 1996-2017 sağlık tesisleri karşılaştırma (planlanan/gerçekleşen).

Sağlık tesislerinin dağılımı karşılaştırılırken kamu ve özele ait hastanelerin tümü, A ve B tipi tıp merkezleri, poliklinikler ve aile sağlığı merkezleri işaretlenmiştir. Kent merkezi Akdeniz ilçesinde yoğunluk 1996 planında öngörülenin üzerinde çıkmıştır. Uzun vadede bu bölgede yeni sağlık tesisleri faaliyete girmeye devam etmiştir. Sahil yolu üzerinde özellikle Çamlıbel bölgesindeki yoğunlaşma daha çok poliklinik hizmetleri şeklinde iken paralelinde bulunan çevre yolu üzerinde diğer sağlık tesislerinin yoğunlaştığını görmek mümkündür. Bölgede Toros Devlet Hastanesi ve Devlet Hastanesi planın yapıldığı yılda mevcut olan hastanelerdir. Bunun yanında Mersin Üniversitesi Eski Tıp Fakültesi Hastanesi ile yanında bulunan Metropol Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yerleri planın yapıldığı yılda sağlık alanı olarak öngörülmüştür. Ancak özel sağlık tesislerinde durum çok farklıdır. 1996 yılında yapılan planın; özel sağlık tesislerinin yerlerine ilişkin herhangi bir öngöründe bulunamadığı görülmektedir. Bölgede bulunan Özel İMC, Özel Tanrıöver Doğuş, Özel Vizyon Göz, Özel Akdeniz Diyabet, Özel Su Hastaneleri ve Özel Sistem Cerrahi Tıp Merkezi yerleri plan tadilatı ile “Sağlık Tesis Alanına” dönüştürülerek plana dahil edilmiştir. Bölgede görülen ve planlama kapsamında olmayan diğer sağlık tesisleri ise Aile Sağlığı Merkezleri ve Özel Polikliniklerdir. Akdeniz bölgesinde yoğunluğa rağmen bu alanların tercih edilmesinde ki etkenler öncelikle iki bölgenin de ulaşım güzergahları üzerinde veya yakınında, toplu taşıma olanaklarının bulunduğu akslarda olmasıdır. Bir diğeri ise kent kullanım alışkanlıklarından kaynaklıdır. Kent merkezi olan bu bölgenin kullanıcı tarafından bilindik bir bölge olması, tarif edilebilir olması, kolay adres bulma gibi etkenlere sahip olmasının bu bölgede yoğunlaşmaya neden olduğu düşünülmektedir. Şekil 7.24’te görülen ve bu bölgedeki yoğunluğa neden olan kuruluşların büyük çoğunluğu özel sektöre ait yatırımlardır. Bu bölgede günümüzde mevcut planlama her ne kadar gelişimi Toroslar ve Yenişehir bölgelerinin kuzeyinde görmüş olsa da Akdeniz bölgesinde sağlık alanında ki gelişim devam etmiş ve bu bölge yoğunlaşmıştır. Aynı süreçte Toroslar bölgesi de gelişim göstermiştir. Ancak gelişim uzun yıllar daha çok kamu eliyle yapılan aile sağlığı merkezlerinden kaynaklı olmuştur. Bölgede planlamanın yapıldığı yılda Mersin Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi (Eski) bulunmaktadır, ilerleyen süreçte Çağdaşkent Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi plan tadilatı ile yapılmıştır. Son olarak ise tamamı bölgenin çeperinde bulunan büyük ölçekli Şehir Hastanesi alanı planlamaya dahil olmuştur. Şehir Hastanesi gibi bir yatırım; hem ölçeği hem de yeni bir model olmasından kaynaklı olarak planlamanın öngörüsü dışında kalabilecek olsada sonuç olarak planlama herhangi bir şekilde böyle bir sağlık tesisini ve diğerlerini öngörememiştir. Bölgede özel sağlık tesisi olarak ise orta ölçekli olarak değerlendirilebilecek sadece bir adet kuruluş yer seçmiştir. Toroslar özel yatırımcı için tercih edilen bir bölge olmamıştır.

Yenişehir bölgesindeki gelişim ise büyük oranda çevre yolu aksı üzerinde gerçekleşmiş olup diğer alanlara da yayılım göstermiştir. Çevre yolu aksı üzerindeki sağlık alanlarının

çoğunun yine poliklinikler olduğu bilinmektedir. Bölgede bulunan Özel Yenişehir, Özel Forum Yaşam ve Özel Akademi Hastaneleri aynı aks üzerinde kuzey-güney yönünde yer seçimi yapmıştır. Bu aks bölgenin öngörülebilir merkezi ve kuzey-güney yönünde gelişmekte olan aksı olmasına rağmen planlama sağlık tesisi öngörüsünde bulunmamıştır. Sadece Özel Akademi Hastanesi'nin seçtiği yerin kuzeyinde yakın başka bir sağlık tesis alanı görülmektedir. Bu alanın planlamada yer almasındaki etkenin planlamanın kuzey gelişimini desteklemesi olduğu söylenebilir. Ancak kuzey gelişimi bu planlamadan sonra uzun yıllar gerçekleşmemiş kent batı yönünde gelişimini sürdürmüştür. Kuzey bölgesindeki mevcut sağlık tesisleri ise çoğunlukla Aile Sağlığı Merkezleridir. Yenişehir kuzey bölgesi genellikle konut alanlarının bulunduğu bir bölgedir ve 1996 planına göre gelişmiştir. Ancak burada kamu eliyle yapılan yatırımlarda yeni aile sağlığı merkezlerinin yer seçiminde planlamada öngörülen alanlar dışında yer seçilmiş olduğu görülmektedir. Çünkü plan bu aşamada sadece sağlık tesis alanlarını değil bu bölgedeki konut gelişimini de uzun vadede öngörememiştir. Planlanan kuzey yerleşimi çok daha ileri bir süreç sonrasında gerçekleşmeye başlamış, kent uzun yıllar sahil şeridi üzerinden batı yönündeki gelişimini sürdürmüştür. Plan kuzey bölgesinde çok daha fazla sayıda tesisi öngörmüş olmasına karşın çoğunlukla 1. çevreyolu civarında yer seçilmiş ve kuzey bölgesinde çok daha az sayıda sağlık tesisi oluşturulmuştur. Bölge özel sağlık yatırımcısı için ise tercih edilir nitelikte olmuştur. Çünkü artık kent merkezi Akdeniz giderek uzaklaşan bir bölge olmuş ve kullanıcı için merkez; daha geniş kullanım alanları olan, her noktadan ulaşımın daha kolay olduğu, daha güvenli bir çevreye sahip olan Yenişehir bölgesi olmuştur. Yeni yapılan özel hastanelerin çoğu bu bölgede öngörülen sağlık alanları dışında yer seçmiştir.

Tablo 7.5. Kamu hastaneleri yer seçim değerlendirmesi (*:yapıldığı yılda mevcuttu) [Kaynak Mersin İSM verilerinden çalışma kapsamında üretilmiştir].

Kurum Adı	İlçe	Plan kentsel gelişme ve sağlık tesisi talebini yeterince öngörememiştir (tesis başka yerde yer seçmiştir) veya planın yapıldığı yılda mevcuttu	Planda sağlık tesis alanı öngörülmüş olmasına karşın yakınlarda başka yer seçmiştir. (tesis planlama alanı yakınında)	Plan sağlık tesis alanlarını öngörmüş tesis bu alanda yer seçmiştir. (tesis planlama alanında)
Mersin Şehir Hastanesi	Toroslar	√		
Mersin Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi(Eski)	Toroslar	*√		
Mersin(Çağdaşkent) Ağız Ve Diş Hastalıkları Hastanesi	Toroslar	√		
Toros Devlet Hastanesi	Akdeniz	*√		
Metropol Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi (Eski)	Akdeniz			√
Mersin Devlet Hastanesi (Eski)	Akdeniz	*√		
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Eski)	Akdeniz			√
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Yeni)	Yenişehir	√		

Planlama ile ilgili olarak üç ayrı hipotez ortaya konmuştur:

- 1- Planlamanın kentsel gelişimin nasıl olacağı ve bu gelişim içerisinde sağlık tesislerinin yerlerini öngörememiş olduğu ya da sağlık tesis alanının planın yapıldığı yılda zaten mevcut olduğu yönündedir. Tabloda birinci hipotez içerisinde planın yapıldığı yılda sağlık tesisinin mevcut olması da gösterilmiştir. Çünkü mevcut hastane plan öngörüsü olarak değerlendirilmemiş ve bu kategoride yer almasının uygun olacağı düşünülmüştür.

- 2- Planlamada öngörülen sağlık tesis alanlarının kullanılmayıp yakınında başka bir arazi üzerinde yer seçimi yapılmış olmasıdır. Bu durum aslında planın küçük hata payları ile kentsel gelişmenin yönünü öngördüğünü gösterebilir.
- 3- Planın sağlık tesis alanlarını öngörmüş olduğu ve tesisin bu alanda yer seçtiğidir.

Hipotezler kamu ve özel kuruluşlar üzerinden değerlendirilmektedir. Kamu kuruluşları analiz edildiğinde kuruluşların büyük çoğunluğu ile ilgili olarak birinci hipotezin geçerli olduğu görülmektedir (Tablo 7.5.) 1996 planı kamuya ait sağlık tesisleri ile ilgili olarak yeterli ve uygun öngörüle bulunmamıştır. Kentte bulunan veya kullanılıp kapatılmış sekiz adet kamu hastanesinden sadece ikisinin planın öngördüğü alanda yer seçtiği görülmektedir. Bu tesislerden biri Üniversite Hastanesi diğeri ise Diş hastanesi ve seçilen yer aynı ada üzerindedir. Bu durumun temel nedeni zaten halihazırda bulunan yapıların planda olması ve arsaların Sağlık Bakanlığı ve Milli Emlak gibi kamu kuruluşlarına ait oluşudur. Sonuç olarak bu iki sağlık tesisinin burada yer seçimi yapması ve mevcut binaları da kullanma süreci planın öngörüsünden çok gerçekleşmesi olağan bir durum olarak değerlendirilmektedir. Diğer altı kuruluşun yer seçimi ile ilgili durum ise bir kısmının planın öngörüsü dışında yer seçimi yapmış olması, bir kısmının da planın hazırlandığı süreçte mevcut olmasıdır. Tabii bu değerlendirmeyi yaparken tüm sorumluluğun planlamada olduğu söylenemez; artan tesis talebi ihtiyacının yanında değişen sağlık politikaları ve bunlara bağlı sıklıkla değişen mevzuatı da göz önünde bulundurmak gerekir. Çünkü tabloda yer alan Şehir Hastanesi örneği, planın öngöremediği ve tamamen planlama alanı dışında yapılmış bir yatırım olsa da model mevzuat değişiklikleri ile gündeme gelmiş tamamen yeni bir modeldir. Kapsamlı nitelikte hizmet verecek kompleks yapının yapılacağı arazi kent içerisinde öngörülmesi zor bir büyüklüğe sahiptir. Bu büyüklükte bir alanın yapılabileceği arazi için varsa kent içerisinde bir alan dönüştürülecek ya da kent çeperinde uygun yer aranacaktır. Diğer tesisler için de mevzuat değişikliklerine bağlı olarak hastane fiziksel şartlarında ihtiyaçlar, teknolojik gereklilikler, asgari mevzuat koşullarını sağlayamama gibi sebepler yeni yer seçimi ihtiyacını doğurmuştur ki, planlama için tüm bu değişiklikleri tahmin etmek mümkün olmayabilir. Ancak mevzuatın neleri değiştireceğine ilişkin tahminde bulunamama durumu ve sık mevzuat değişiklikleri her zaman beklenmesi gereken ve bu yönde çözüm üretilmesi gereken durumlardır.

Özel sağlık tesisleri kapsamında özel hastaneler ve bağımsız binaya sahip tıp merkezleri analiz edilmiştir (Tablo 7.6.). Değerlendirme sonucu özel sağlık tesisleri için de birinci hipotezin geçerli olduğunu göstermiştir. Özeline sağlık alanında teşvikinin henüz fazla olmadığı yılda yapılan planlama da kent merkezinde mevcut bir özel sağlık kuruluşu bulunmamaktaydı. Ancak sağlık gelişimini daha çok Toroslar ve Yenişehir'in kuzeyinde gören planlama Akdeniz ve Yenişehir bölgelerinin çevreyolu aksı ve yakın çevresinde kurulacak tesis alanlarını

öngörememiştir. Yeni merkez niteliğinde ki Yenişehir bölgesi Özel Hastaneler için yeni tercih bölgesi olmuş aynı süreçte Akdeniz bölgesi yoğunluğunu tamamlamış olsa da çevre yolu ve sahil şeridi üzerindeki alanlarda tercih edilmiştir.

Tablo 7.6. Özel sağlık tesisleri yer seçim değerlendirilmesi [Kaynak Mersin İSM verilerinden çalışma kapsamında üretilmiştir].

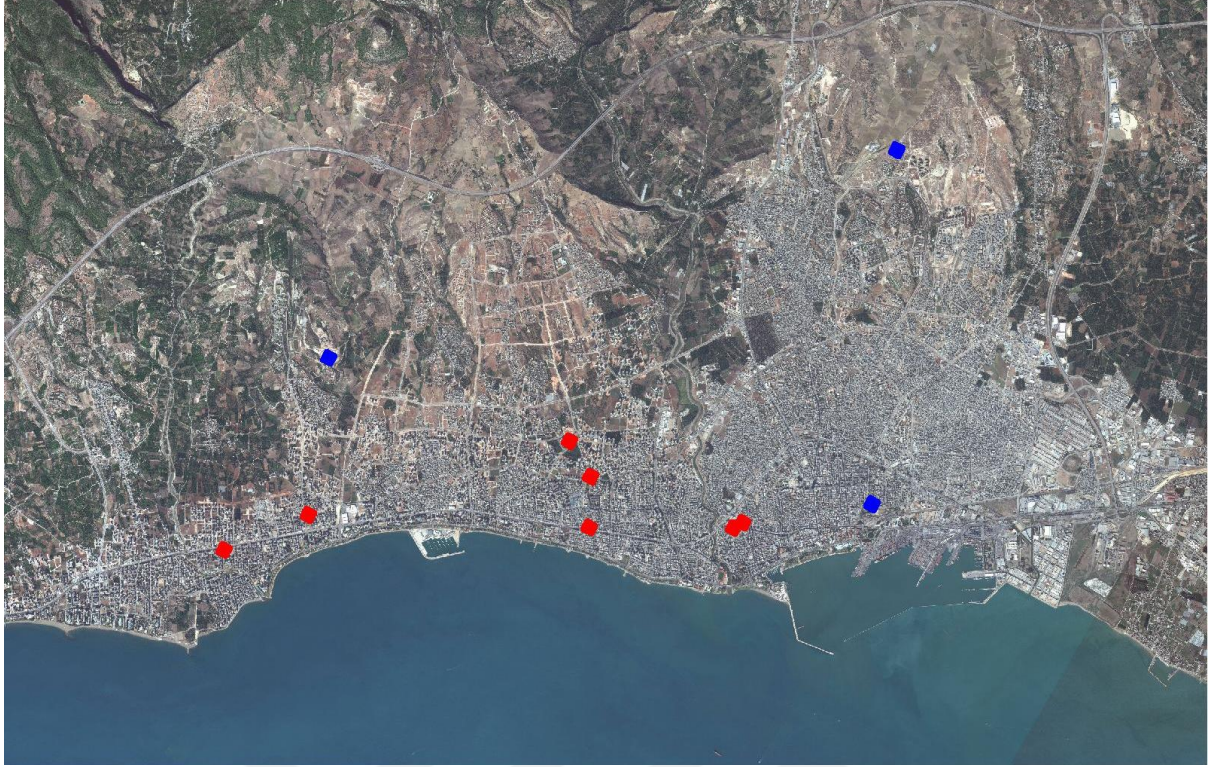
Kurum Adı	İlçe	Plan kentsel gelişme ve sağlık tesisi talebini yeterince öngörememiştir (tesis başka yerde yer seçmiştir) veya planın yapıldığı yılda mevcuttu	Planda sağlık tesis alanı öngörülmesi olmasına karşın yakınlarda başka yer seçmiştir. (tesis planlama alanı yakınında)	Plan sağlık tesis alanlarını öngörmüş tesis bu alanda yer seçmiştir. (tesis planlama alanında)
Özel İmc Hastanesi	Akdeniz	√		
Özel Tanrıöver Doğu Hastanesi	Akdeniz	√		
Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi	Akdeniz	√		
Özel Akdeniz Diyabet Hastanesi	Akdeniz	√		
Özel Mersin Akademi Hastanesi	Yenişehir		√	
Özel Mersin Forum Yaşam Hastanesi	Yenişehir	√		
Özel Yenişehir Hastanesi	Yenişehir	√		
Özel Su Hastanesi	Akdeniz	√		
Özel Mersin Sistem Cerrahi Tıp Merkezi	Akdeniz	√		
Özel Modern Akademi Tıp Merkezi	Toroslar	√		
Özel Mersin Fizyomed Ftr Tıp Merkezi	Yenişehir	√		

Sonuç olarak; 1996 yılında yapılan planlama sağlık tesisleri üzerinden analiz edilmiş olsa da aslında kent planlaması ile ilgili öngörünün de gerçekleşmediğini göstermektedir. Planın yapıldığı yıla kadar ki sürece bakıldığında kentin sahil aksı üzerinden gelişen bir yapısı olması göz ardı edilmiş, yeni planlamada kuzey yönü gelişime açık hale getirilmiş ancak planlamayla birlikte kuzey gelişimi desteklenmemiştir. Dolayısı ile sağlık tesis alanları olarak planlanan yerler kent gelişim sürecinde bu işleve kavuşmamıştır.

7.3.2. 2017 Planı Sağlık Tesisleri Analizi ve Değerlendirilmesi

Günümüzde sağlık kuruluşları mevcut durumları açısından sadece yer seçiminde sağlık tesis alanı olma zorunluluğu bulunan hastane yapıları bazında ele alınmıştır. Şekil 7.25'te kent merkezinde bulunan mevcut hastane yapıları özel ve kamu olarak ayrılmıştır. Mavi gösterimler kamu hastanelerini temsil etmektedir. 2017 yılında kent yapılanmasında mevcut üç büyük hastanenin varlığı söz konusu ve bunlardan biri kent merkezi Akdeniz'de yer almaktadır. Dolayısı ile çevresinde ki kent yoğunluğunun büyük oranda tamamlandığı bir bölge olmasından kaynaklı kenti yakın süreçte değişime uğratmamıştır. Ancak daha yeni olan diğer iki büyük hastane biri Toroslar diğeri Yenişehir bölgesinin kuzeyinde yer almakta ve hem yeni yerleri dolayısı ile kenti kuzey gelişimi yönünde etkilemiş, ulaşım ağları ve altyapıyı değiştirmiş hem de önceki binalarının bulunduğu alanların boş kalması ile bu bölgelerde çevresel değişime neden olmuştur.

Durum özel hastaneler de ise önce Akdeniz bölgesi, ardından gelişen Yenişehir bölgesi ve son olarak nüfusun artmasına istinaden ihtiyacın iyice arttığı Mezitli bölgesinde yeni hastane yatırımları şeklinde gelişmiştir. Özel sağlık yatırımlarının kente yeni bir form kazandırdığını söylemek ise pek mümkün değildir. Her ne kadar özel sektör yatırımları teşvik edilmekte olsa da bu yatırımların Mersin kentinde ki ölçekleri kentin formunda ciddi bir etkiye sebep olmamıştır. Bu durumun diğer kentlerde de benzer olduğunu söylemek ancak farklı kent örneklerinin ele alınması ile mümkün olacaktır. Ancak Mersin kenti için özel yatırım teşviklerinin kuruluşun kendi arsa alanı ile ilgili düzenlemeler ölçeğinde kaldığını söylemek mümkündür. Mevcut hastane yapıları etrafında görülen gelişim ise zaman içerisinde ihtiyaç dahilinde yapılan düzenlemeler şeklinde olmuştur.



Şekil 7.25. Mersin Kent merkezi 2017 hastane yerleşimleri [Uydu Fotoğrafi Kaynak: MBB].

Uzun yıllar Mersin kent planında yapılmayan revizyon ile kent bir şekilde, kamu veya özel tarafından yapılan yeni yatırımların plan değişiklikleri ile belirlendiği bir kent haline gelmiştir. Sağlık tesisleri için kamu yapıları bu planlamayı etkileyen en önemli faktör olmuştur. Ancak Mersin kenti için özel yatırımların planlamaya önemli bir katkısı olduğunu söylemek mümkün değildir. Orta ölçekli özel hastane yatırımları ancak kendi yakın çevresinde ticari alan dönüşümleri ve yol planlamalarında etkili olmuştur.

7.4. Mersin Kentindeki Kamu Hastanelerinin İncelenmesi

Kamu hastaneleri, kentin gelişimini yönlendirme potansiyeli yüksek büyük ölçekli kuruluşlardır. Bu nedenle hastanenin konumu büyük önem taşımaktadır. Sağlık yapısına sağlanacak tüm alt yapı ve üst yapı hizmeti çevresel koşulları, bölgede ki kullanımı etkilemektedir. Etki biçiminin kamu hastaneleri için kent içerisinde yeni bir kullanım bölgesi oluşturmaya kadar gidebileceği söylenebilecekken aynı durumun özel hastane yapıları için geçerli olmadığı düşünülmektedir. Bu noktada kamu hastaneleri çevresel koşullar bakımından gelişmemiş bir bölgede yer seçimi yapıp bu bölgeyi değiştirme gücüne sahip iken özel hastaneler için aynı şeyi söylemek pek mümkün değildir. Özel kuruluşun daha çok yerleşimin

olduğu, çevresel koşullarının gelişmiş veya gelişmekte olan bir bölgeyi tercih etmek durumunda olduğu söylenebilir.

Mersin kenti sağlık tesislerinin çevresel etkileri bakımından incelendiğinde; dal hastaneleri ve tıp merkezleri çevrelerini birkaç eczane ve tıbbi cihaz satış birimleri dışında çok fazla değişime uğratmamıştır, özel hastaneler eczaneler, tıbbi cihaz satış birimleri, gastronomi alanları, o bölgede trafik yoğunluğu ve çevresinde arazi fiyatlarının artışı şeklinde etkilemiştir. Eski SSK hastanesi olan günümüzde de hizmet vermeye devam eden Toros Devlet Hastanesi ve Şehir Hastanesinin hizmete girmesi ile kapanan Mersin Devlet Hastanesi ile Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi çevresel etkileri değerlendirildiğinde; uzun yıllar aynı bölgede hizmet vermiş olmalarından kaynaklı olarak çevrelerinde konut gelişimi, eczane, gastronomi birimleri, muayenehaneler ve diğer ticari birimlerin gelişimine neden olmuşlardır. Gelişim uzun süreli olduğundan daha köklüdür. Dolayısı ile Devlet Hastanesi Ve Kadın Doğum Hastanesinin kapanması bölgeyi ticari olarak negatif yönde etkilemiştir. Ancak kent yapısında asıl değişime neden olan iki hastanenin olduğu görülmektedir. İlki Tıp Fakültesi Hastanesi; 2014 yılında Çiftlikköy'deki yeni yerine taşındığında çevresinde yeni konut alanlarının gelişimine neden olmuş, arazi fiyatları artmış, birçok yeni ticari birime kaynak olmuştur. Bir diğeri ise şehir hastanesidir; hastane 2017 Şubat ayında açılmış olmasına rağmen kısa sürede o bölgede nüfus artışına neden olmuştur. Çevresindeki yeni yapılaşmanın tetikleyicisi olmuştur. Planın da büyük ölçekli kentsel gelişme alanı kararı almasına neden olmuştur. 6 şubat 2018 tarih 91 sayılı Mersin Büyükşehir Belediyesi kararı ile onaylanan 1/5000 ölçekli Nazım İmar Planı'nda hastanenin kuzeyinde yaklaşık 300 hektarlık bölge konut gelişim bölgesi olarak öngörülmüştür. Yeni planlama ile şehir hastanesi çevresinde yaklaşık olarak 40 bin kişilik ek nüfus öngörülmektedir. Hastanenin kentsel etkisi henüz yeni olmasına karşın uzun vadede kentin gelişimini, yoğunluk ve kullanımı değiştirmesi beklenmektedir.



Şekil 7.26. 2018 1/5000 Nazım İmar Planı merkez kamu hastaneleri [kaynak:MBB].

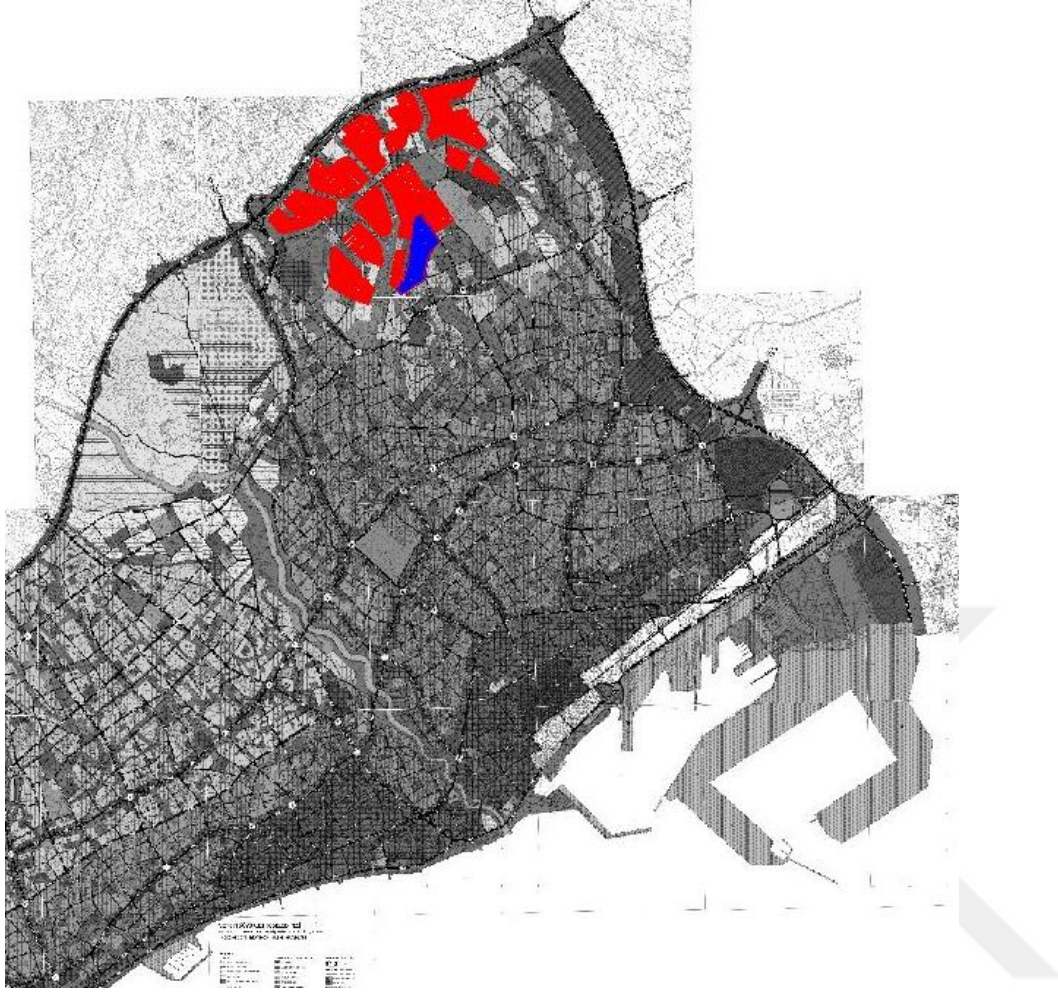
7.4.1. Mersin Şehir Hastanesi

Kentlerde yetersiz gelen yatak kapasitesinin artırılması, hizmet kalitesinin ve verimliliğin artırılması amacıyla, kamunun dış kaynak kullanarak özel sektöre inşa ettirdiği, Sağlık Bakanlığınca kiralama sistemiyle işletilmek üzere Türkiye genelinde birçok ilde şehir hastanesi planlanmıştır. Kamu-Özel ortaklığı kapsamında Sağlık Bakanlığı'na ait 33 proje planlanmış ve bu projelerin 30'u Şehir hastanesi'dir [34].

Türkiye’de işletmeye açılan ilk şehir hastanesi olan Mersin Şehir Hastanesi 1295 yatak kapasitelidir. Hastane yer seçiminde ki en önemli etkenlerden biri arazi büyüklüğü olmuştur. Şehir merkezine 7 km uzaklıkta olan hastane yapısı 232.000 m²’lik arazi üzerine yerleştirilmiş 369.592 m² toplam kapalı alana sahiptir. Üç kule ve bağlayıcı olan ana yapı ile toplamda 4 bloktan oluşmuştur. Hastane genel hastane olmasının yanı sıra belirli alanlarda branş hastanesi işlevi bulunmaktadır.

Şehir hastanesi modeli tüm kente hizmet verecek kapasitede kompleks bir yapıya sahiptir. Bu kapsamdaki hastane modeli Türkiye için yeni bir model olmakla beraber kent formlarına etki edebilecek nitelikte bir yapıya sahiptir. Şehir hastanelerinin tamamlanması ile ilerleyen yıllarda kentlerdeki değişimleri gözlemlemek mümkün olacaktır. Mersin kenti için son bir yıldır faaliyette olan Şehir Hastanesi’nin inşaa sürecinin başlaması ile birlikte yakın çevresinde değişimlere neden olduğu ve olmaya devam ettiği görülmektedir. Kentin kuzeyinde kalan ve ekonomik anlamda fazla gelişim gösterememiş bölgesinde yapılan Şehir Hastanesi çevresinde birçok yeni yapı yapılmış, çevre yollar düzenlenmiş, yeni ticari alanlar bu bölgede hizmet vermeye başlamıştır. Hastane çevresinde ki mevcut yapılar yenilenmeye başlamış, arsa ve yapı değerleri artmıştır. Kısacası bölgeyi yeni baştan şekillendirmeye başlamıştır. Bunun yanında MBB tarafından 2018 yılında yeni hazırlanan 1/5000 ölçekli nazım imar planında Şehir Hastanesi çevresinde birçok alan otoyola kadar konut gelişim bölgesi olarak belirlenmiştir. Yaklaşık olarak 300 hektarlık bölge konut gelişim bölgesi olarak öngörülmüştür (Şekil 7.27.). İlerleyen süreçte bu bölgede yapılacak yapıların tümü nüfus yoğunluğu olmakla beraber bölgeye beraberinde getireceği diğer yatırımların ve hizmetlerin de sağlayıcısıdır.

Altshuler ve Luberoff , mega projelerin 1950’li yıllardan itibaren kentlerde ortaya çıktığını, bunda kamunun değişen rolünün ve özel sektörün etkisinin olduğunu belirtmektedir. Yazarlar kentsel planlamanın bu değişimi ve mega projelerin yarattığı sorunları öngöremediğini, süreçte belirleyici olmadığını, kentlerde çeşitli kapsam, nitelik ve türden mega projelerin artacağını öngöremediğini iddia etmektedir [35]. Mersin ölçeğinde de benzer bir durum olduğu anlaşılmaktadır.



Şekil 7.27. 1/500 Nazım İmar Revizyonu'nda Şehir Hastanesi çevresi konut gelişme bölgesi (2018) [Kaynak:MBB].



Şekil 7.28. Mersin Şehir Hastanesi görünüm [kaynak: <http://bultensaglik.com>].

7.4.2. Toros Devlet Hastanesi

Kentin kamuya ait en eski hastanelerinden biri olan Toros Devlet Hastanesi 1965 yılından beri günümüzde hizmet verdiği konumunda yer almaktadır. Önceleri kentin çeperi denilebilecek bir konumda yer alan hastane yapısı kentin büyümesi ve yayılması ile artık kent merkezinde yer alan bir hastaneye dönüşmüştür. Uzun yıllar SSK hastanesi olarak hizmet verdikten sonra SDP kapsamında tüm sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması ile 2005 yılı itibariyle Toros Devlet Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamıştır. Eski SSK binası uzun süredir kullanılıyor olması, fiziki ve teknolojik açıdan yeni yönetmeliklere uyum sağlayamaması ve yapının kullanım ömrünü doldurmuş olması gibi nedenlerle yıkılarak, Sağlık Bakanlığınca TOKİ'ye yeni bina yaptırılmıştır. 250 yatak kapasitesi ile 2013 yılında faaliyete giren yeni hizmet binası, sonrasında artan ihtiyaçlarla yatak kapasitesini 350'ye çıkarmıştır.

Konumu itibariyle Toros Devlet Hastanesi incelendiğinde kentin ilk gelişim bölgesine yakın bulunmaktadır. Zaman içerisinde kentin gelişmesi ile kent içerisinde bir alan olarak yerini almıştır. Çevresinde konut bölgelerinin gelişmesini sağlamış ve birçok ticari birime hizmet etmiştir. Uzun yıllardır yer aldığı konumundan dolayı kentin hemen hemen her bölgesinden toplu taşıma olanakları bulunmaktadır. Ancak gelişimini tamamlamış bir çevrede hastaneyi yıkıp yeniden yapma kararı ile bina olarak yenilenmiş olsa da çevresel şartlar, otopark alanları ve yeşil alan konusunda kısıtlı kalmıştır.



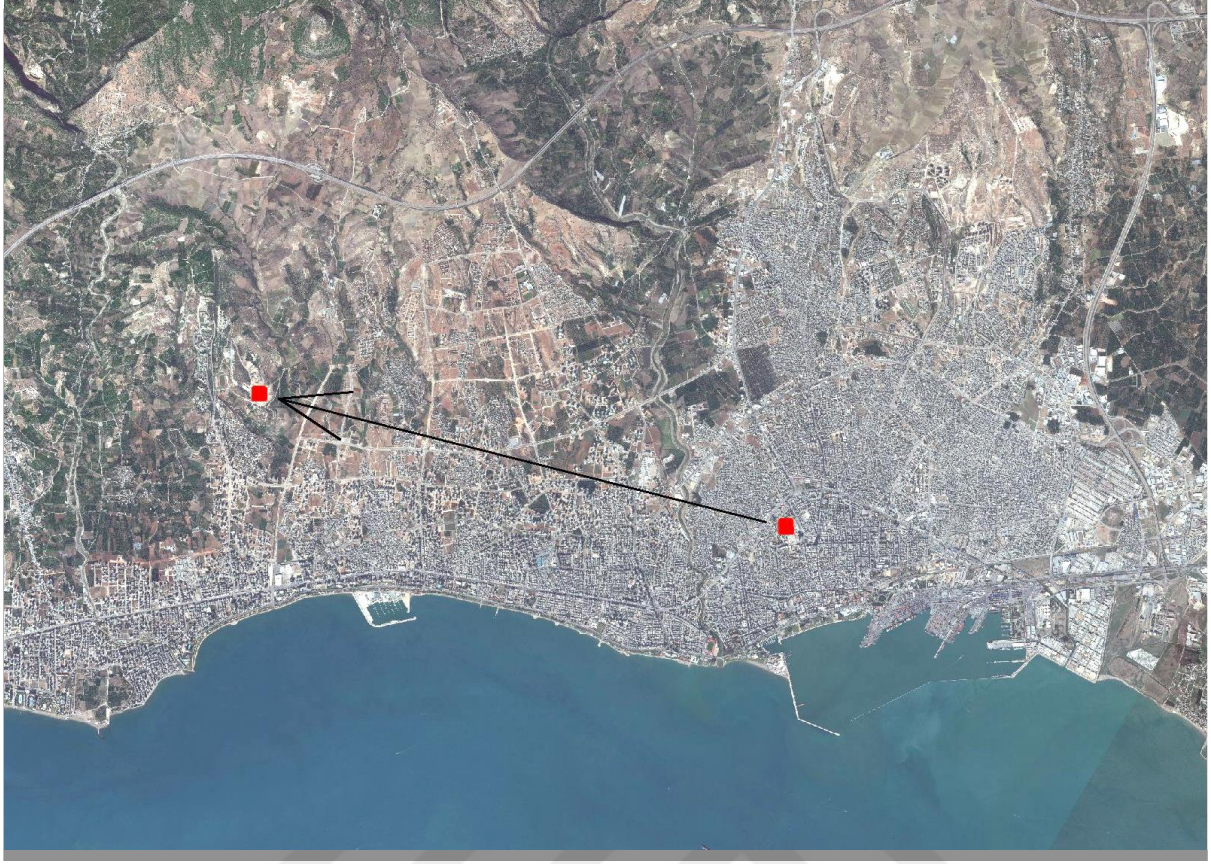
Şekil 7.29. Toros Devlet Hastanesi konumu [Kaynak:MBB].



Şekil 7.30. Toros Devlet Hastanesi görünüm [kaynak: [https://www.youtube.com/watch?v=6xk7v\]snF4o](https://www.youtube.com/watch?v=6xk7v]snF4o)].

7.4.3. Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Hastane ilk olarak Akdeniz ilçesinde bulunan binasında 407 yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlamış ve 2014 yılında Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü'nde inşa edilen yeni binasına taşınarak 665 yatak kapasitesi ile hizmetini sürdürmüştür.



Şekil 7.31. Mersin Üniversite Hastanesi eski ve yeni konum karşılaştırma [Kaynak:MBB].

Hastanenin uzun yıllar hizmet verdiği Akdeniz ilçesi merkezi konumda yer almaktadır, ancak zamanla hastane kapasitesindeki artış ihtiyacı, bulunduğu arsanın üniversiteye ait olmaması, çevresel koşullar, kampüs alanı ile bütün olma ihtiyacı gibi nedenlerle üniversite kampüs alanında bulunan daha geniş araziye sahip alanda inşaa edilen yeni binasına taşınmıştır (Şekil 7.31.). Merkezi konumda yer alan hastanenin yeni yerine taşınması sürecinde kullanım verileri değerlendirildiğinde, 2014 yılında önceki yıllara oranla hasta sayısında düşüş görülmektedir. Ancak 2014 sonrası incelendiğinde bu oran giderek yükselmekte ve merkezde bulunan Devlet Hastanesi'nin kapatılarak merkeze uzak konumda ki Şehir Hastanesi'nin açıldığı 2017 yılında belirgin seviyede artış göstermektedir. Bu sonuç kullanım alışkanlıkları, ulaşım imkanı gibi faktörlerin hasta kullanımına etki ettiğini göstermektedir.

Çevresel etkileri yönünden hastane konumu değerlendirildiğinde 2014 yılında yeni yerinde hizmet vermeye başlamasından bu yana geçen dört yılda bile çevresindeki dokuyu büyük oranda etkilediği gözlemlenmektedir. Öncesinde kullanımı düşük olan bu bölgedeki arazilerde Ticaret, Ticaret+Konut ve Konut gibi kullanımlar görülmekte ve birçok yeni yapı çalışması devam etmektedir. Yapılan hastanenin halihazırda yerleşim yeri olmaması çevresini

büyük oranda değişime uğratmıştır. 2018 yılında Mersin Büyükşehir Belediyesi tarafından onaylanan 1/5000 ölçekli nazım imar planında bu bölgedeki arazilerin otoyol bağlantısına kadar gelişme alanı olarak belirlendiği görülmektedir. Bu bölgenin tamamen kullanılabilir bir alan haline gelmesi, ulaşım imkanlarının artması ve konut alanı olarak planlanan araziler ile kenti kuzey yönünde gelişime yönlendirmiş olduğu söylenebilir.

Tıp fakültesi daha merkezi olan Akdeniz bölgesinde ki yerinden yeni yerine taşındığında ulaşım açısından daha uzak olmasına rağmen hasta sayısı artış göstermiştir. Şehir hastanesi açıldıktan sonraki süreçte de tıp fakültesinin hasta sayısının arttığı görülmektedir.



Şekil 7.32. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Kuzey-Doğu görünümü.



Şekil 7.33. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Doğu görünümü.



Şekil 7.34. Mersin üniversite Hastanesi çevresi Güney-Doğu görünümü.



Şekil 7.35. Mersin Üniversite Hastanesi görünüm [Kaynak: <http://www.uransan.com/MersinUniversitesiHastanesi.aspx> (08.02.2018.)]

7.4.4. Planlanan Mezitli Devlet Hastanesi

Sağlık Bakanlığı tarafından kentin batısında ki sağlık kuruluşu eksikliğini gidermek için Mezitli ilçesinde yeni bir hastane yatırımı yapılması yönünde karar alınmış ve en uygun bölge için araştırmalar yapılmıştır. İhtiyaç doğrultusunda planlanan yatırım 150 Yataklı Devlet Hastanesi ve 50 Ünitlik Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi şeklindedir. Bu kapasitede bir tesisin yer

alacağı arazi arayışında Mezitli otoyol çıkışı kuzeyinde Orman Bölge Müdürlüğü'ne ait arazi uygun bulunmuş ve gerekli yazışmalar sonucunda bu alanda bulunan 279.628 m²'lik arsa Sağlık Bakanlığı'na tahsis edilerek 1/5000 ölçekli nazım imar planlarında da Sağlık Tesis Alanı olarak eklenmiştir.



Şekil 7.36. Planlanan Mezitli Devlet Hastanesi Arazisi [Kaynak:MBB].

Mersin kenti Merkez ilçeler olarak ele alındığında doğu-batı doğrultusunda sırasıyla Mersin Şehir Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi bulunmaktadır. Ancak kentin en batısında ve gelişmekte olan bir bölge olan Mezitli ilçesi ve yakın çevresine hizmet verecek bir hastane bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından alınan yatırım kararında bu ihtiyacın karşılanması beklenmektedir. Ancak yer seçimi yönü ile değerlendirildiğinde otoyol kuzeyinde bulunan arsa mevcut ulaşım güzergahları bakımından uzak bir bölgede kalmaktadır. Hastanenin yapımından faaliyete geçeceği süreç içerisinde ulaşım sorununun çözüleceği bilinse de bu durumun başlangıçta kullanım tercihinin çok etkilemeyeceği düşünülmektedir. İlçe hastanesi niteliğindeki bu hastanenin kullanıcı kitlesi düşünülürse genel olarak Mezitli ve yakın

çevresinde yaşayan kişiler olacaktır. Bu nitelikteki bir sağlık tesisi için de yürüme mesafesinde ulaşımın sağlanması beklenmektedir ancak seçilen yer buna müsade etmemektedir. Toplu taşıma veya başka bir vasıta ile ulaşımı zorunlu kılmaktadır. Bu civarda yaşayan yüksek ve orta gelir grubunun büyük oranda özel sağlık kuruluşlarını tercih edeceği göz önünde bulundurulursa hastanenin yoğunlukla hizmet vereceği düşük gelir grubuna ulaşım imkanları bakımından erişiminin zor olduğu ve kullanıcının zaten toplu taşımayı kullanmak zorunda kalacağı bu noktada, Toros Devlet Hastanesi veya Şehir Hastanesi'ni tercih etme olasılığını azaltmayacağı düşünülmektedir. Bunun yanında hastanenin tercih edilmesinde kentin asıl nüfus bölgesinden uzak bir konumda olması dolayısı ile sıra bekleme, kalabalık olmaması gibi etkenler söz konusu olabilir. Bu durumda ilerleyen aşamada devlet hastanesini sıra bekleme, yoğunluk gibi sebeplerle tercih etmeyen bir kitleyede hizmet verebileceği düşünülebilir.

Konum açısından değerlendirildiğinde ise yeni yapılan her hastanenin çevresinde bir yapılaşmayı da beraberinde getireceği düşünüldüğünde, 1/5000 ölçekli nazım imar planında da görülen kentin kuzey bölgesine planlanan bu arazinin güneyinde kalan alanların büyük oranda tarım arazileri olduğu görülmekte ve kentin kuzey yönünde gelişimine ilerleyen zaman da katkısı olacağı düşünülmektedir.

7.5. Mersin Kenti Kamu Hastaneleri Yer Seçimi ve Ulaşılabilirlik İncelemesi

Hastane etki alanları Yerçekimi teorisine dayanarak geliştirilen Isard-Reilly yöntemine göre eşdeğer nitelikte hizmet veren iki hastanenin kapasitesine göre belirlenebilir. Bu yöntemde; G_{ij} ; i ve j arasındaki tüm çekim, d_{ij} ; i ve j arasındaki uzaklık, H_i ile H_j ; hastaneleri tanımlayan büyüklükler ve k denkleştirici katsayı, r ise mesafenin caydırıcılık etkisi olarak tanımlandığında aşağıdaki denklem elde edilmektedir;

$$G_{ij} = k H_i H_j \left(\frac{1}{d_{ij}} \right)^r \quad (1)$$

İki hastanenin hizmet alanı sınırında iki hastaneye de eşdeğer mesafedeki bir noktada denge çekim sıfır olacağından sınırın i merkezinden uzaklığı olan D ; aşağıdaki gibi hesaplanabilir.

$$D = \frac{d_{ij}}{\left[\sqrt{\left(\frac{H_j}{H_i} \right) + 1} \right]} \quad (2)$$

Ayrıca kentteki nüfus ağırlık merkezinin ve hastane hizmet alanındaki nüfus ise aşağıda tanımlanan ağırlıklı erişilebilirlik denklemi kullanılarak hesaplanmıştır;

$$A_i = k H_n P_j \left(\frac{1}{d_{ij}} \right)^r \quad (3)$$

Buna göre, A_i i noktasının hastanelere erişilebilirlik derecesini (endeksini), H_n n noktasındaki hastaneyi, P_j ise j mahallesinin nüfusunu ifade etmektedir. Bu denklemler kullanılarak kentte hastanelerin erişilebilirlik düzeyleri, etki alanları, en uygun yer analizi gibi çeşitli analizler yapılabilir.

Mersin kentinin 1996 yılı mahalle nüfusları dikkate alınarak erişilebilirlik analizi yapıldığında Devlet Hastanesi kentin ağırlık merkezinde (erişilebilirlik düzeyi en yüksek bölgede) kalmaktadır (Şekil 7.36) 1996 yılı nazım planının öngörülen nüfus tahminleri ve yoğunluk öngörülerine göre Akbelen Mezarlık kavşağı ağırlık merkezi olmaktadır. Günümüzde mahalle nüfuslarına göre erişilebilirlik analizi yapıldığında bu nokta ağırlık merkezi olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak planda ilgili alan çevresi konut alanı olarak öngörülmüştür. Planda bu bölge kamu tesisleri alanı olarak planlanmış olsaydı zamanla ihtiyaç duyulan yeni kamu tesisleri için erişilebilirliği yüksek, uygun bir hizmet alanı olarak kullanılabilirdi. Planda, mevcut kamu tesisleri dışında ek kamu tesisleri küçük ölçekli alanlar öngörüldüğünden zamanla ihtiyaç duyulan büyük ölçekli tesisler kent çeperinde yer seçmek zorunda kalmış, ya da kamu arazilerinde işlev değişiklikleri, yık-yeniden yap şeklinde yapılanmalar gerçekleşmiştir.



Şekil 7.37. 1996 Nazım İmar Planı'nda ve 2017 Yılında Hastanelerin Konumları ve Erişilebilirlik [Altılık Plan, Kaynak:MBB].

Mersin kentsel alanında 2017 yılı mahalle nüfus verilerine göre mevcut 3 hastanenin hizmet alanları yaklaşık aynı büyüklüktedir. Dolayısıyla hastanelerin hasta sayısında birbirine eşdeğer bir büyüklük çıkması beklenir. Aşağıdaki şekilde 3 büyük kamu hastanesinin coğrafi faktörler, ulaşım ve nüfusa göre hizmet alanları paylaşımı görülmektedir. Aşağıdaki şekilde gösterilen alan tespitinde hastane kapasitesinden bağımsız bir hesaplama yapılmıştır. Ağırlıklandırılmış hesaplama ikinci aşamada yapılmıştır.



Şekil 7.38. 1996 Nazım İmar Planı'nda ve 2017 Yılında Hastanelerin Konumları ve Erişilebilirlik [Altılık Harita, Kaynak: Google Earth].

Kentin 2017 nüfusu 1.022.000 milyon kişi, 3 büyük kamu hastanesindeki toplam poliklinik sayısı 4.480.000 kişi olduğuna göre bu üç hastane arasındaki hasta paylaşımı için (3) nolu denklemden yararlanmak gerekir. Burada hastane kapasitesi, nüfus ve mesafe değişkenlerine göre (3) nolu denklem kullanıldığında Şehir Hastanesi hasta sayısının yıllık 1,4 Milyon, Toros Devlet Hastanesi hasta sayısının 2,2 Milyon, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinin hasta sayısının 1,3 milyon olması beklenir. Bu faktörlerin dışında hasta sayısını belirleyen en önemli faktör ise tıbbi hizmet kalitesi olup bu tezin çalışma kapsamı dışında kalmaktadır. Fiilen tespit edilen hasta sayısı ile modelde tahmin edilen hasta sayısı arasındaki fark ise hastanelerin tıbbi hizmet düzeylerinden kaynaklanabilir. Diğer bir etken ise toplu taşıma olanaklarıdır. Hastanelerin konumları kadar ulaşım altyapısı erişilebilirliği ve hizmet alanını belirleyen en önemli faktörlerden biridir.

Kent toplu taşıma ulaşım ağları incelendiğinde kentin hemen hemen her bölgesinden üç büyük hastane yapısına ulaşımın sağlandığını görmek mümkündür. Bu imkanların sağlanmasında en önemli etken bu yapıların kamu yatırımı olmasıdır. Kentte yaşayan vatandaşın hastane hizmetinden faydalanmasını sağlayacak imkanların sağlanması bu

yatırımların kullanımı ile doğru orantılıdır. Ulaşımın sağlanamadığı kullanıcının her zaman özel bir araç vasıtası ile gitmek zorunda kaldığı bir hastane yapısı kullanım açısından öncelikli tercih olmayacaktır. Bu durumda kullanıcı diğer seçeneklere yönlenecek ve yatırımın amacına hizmet etmeyecektir. Ancak kullanım oranı kamu yatırımları için çok önemli olması nedeni ile yapılan yatırım ile birlikte kent yeniden duruma uygun olarak şekillenir.

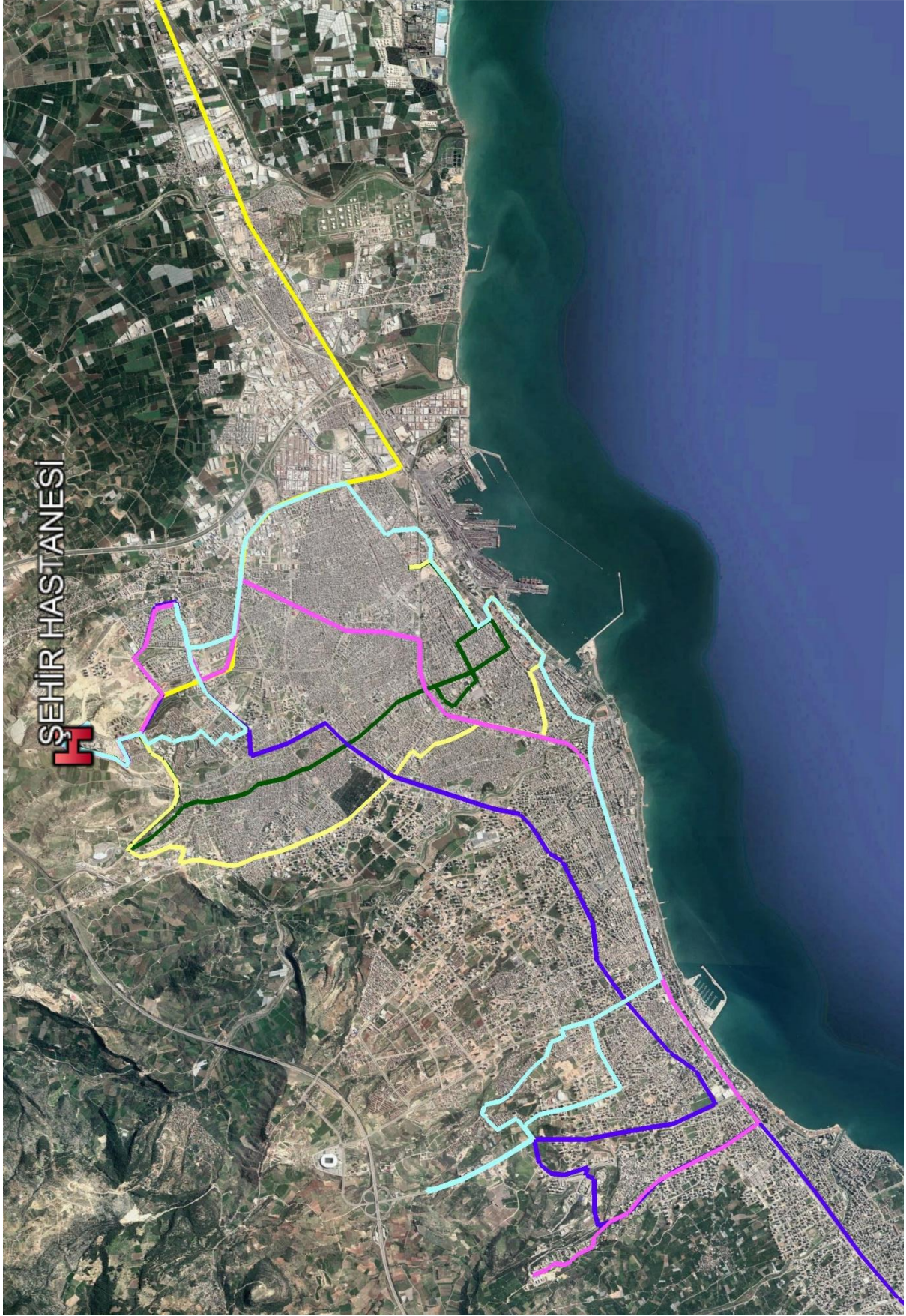
Şehir hastanesi konumu açısından değerlendirildiğinde toplu ulaşım olanakları sağlanmış olsa dahi kent merkezinden çok uzak kalmakta, bu nedenle zaman kaybı açısından dezavantajlı sayılmaktadır. Ancak kullanıcı için bu durum ilk süreçte farkedilir boyutta olsa da zamanla alışkanlık haline gelir ve kullanıcı bu durumdan fazla etkilenmez. Dolayısı ile toplu taşıma olanaklarına sahip herhangi bir hastane kullanıcının tercih listesinde yer alır. Kamu açısından ise kent merkezinden uzakta olan bir seçim çevresel düzenlemeler ve altyapı maliyetleri açısından fazladan bir yük getirmesinin yanı sıra ulaşım açısından da kullanıcının en uzak konumdan bile taşınmasını sağlama zorunluluğu ile artı bir maliyet getirmektedir. Bunun yanında hastanede hizmet verecek personel düşünüldüğünde kendi imkanları ile gelip gidemeyen personelin, günlük geliş gidişi için servis sağlanması ayrı bir maliyet oluşturmaktadır. Ayrıca her sabah ve akşam saatlerinde bu bölgede oluşan trafik yoğunluğu da ekstra zaman kaybı demektir.

Mersin ölçeğinde bir kent için ulaşım problemi düşük seviyededir ancak kentte yapılan bu ölçekteki yatırımların yer seçiminin ulaşımı problem haline getirmemesi önemlidir. Şehir Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi ve Mersin Üniversitesi Hastanesi toplu taşıma imkanları açısından kentin birçok noktasından ulaşım imkanlarına sahiptir. Şehir hastanesi toplu taşıma güzergahı incelendiğinde kentin hemen her bölgesinden direkt olarak toplu taşıma ağına sahip olduğu görülebilmektedir (Şekil 7.39.) Şehir Hastanesi ulaşımı için kentin doğu-batı yönünde uzun bir mesafe boyunca ulaşım imkanı bulunmaktadır. Ancak kentin sahil şeridi boyunca yerleşen bir kent olduğu düşünüldüğünde bu mesafe toplu taşımanın bulunduğu batı yönündeki son noktadan yaklaşık olarak 35 km, doğu yönünde ise 15 km gibi bir mesafeyi kapsamaktadır. Bu mesafe toplu taşıma ile alındığında kullanıcı açısından uzun bir süreyi ifade etmektedir.

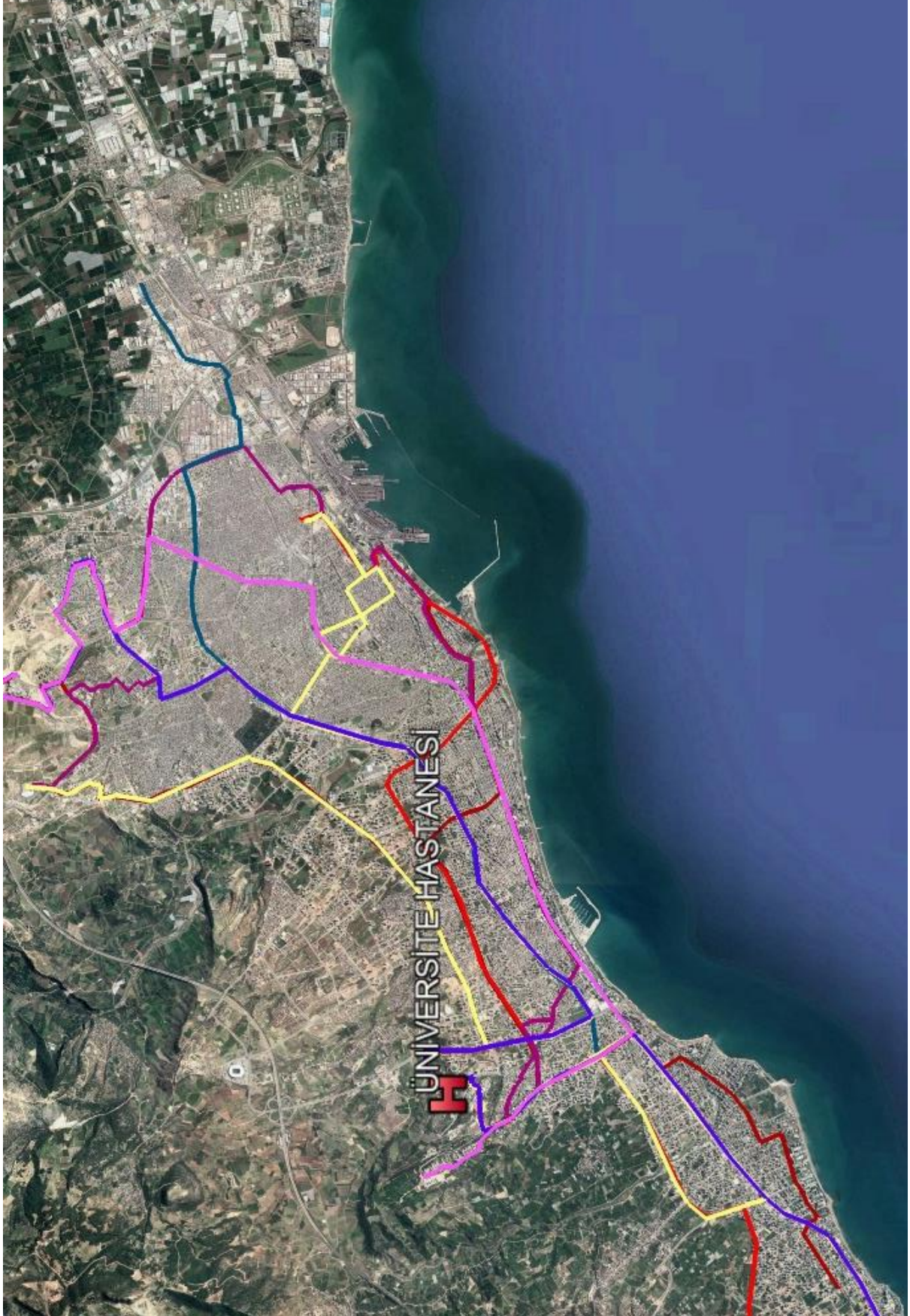
Mersin Üniversitesi hastanesi Mezitli-Yenişehir bölgelerinin kuzeyinde yer almaktadır. Bu bölgelerden ulaşım mesafeleri kısa olmasına karşın Akdeniz bölgesinden ulaşım mesafesi yaklaşık olarak 25 km'dir (Şekil 7.40.) Toros devlet hastanesi uzun yıllardır bu konumda bulunması ve merkezi olması nedeni ile toplu taşıma ağları gelişmiştir. Kentin her bölgesinden ulaşım güzergahları mevcut olmasının yanında Akdeniz ilçesinde yer alan hastane için Toroslar ve Yenişehir bölgelerinden ulaşım imkanı geniştir. Mezitli bölgesi bu hastane için daha uzak bir bölgede yer almaktadır ancak toplu taşıma olanakları geniştir (Şekil 7.41.)

Kamuya ait üç hastanene kendi aralarında doğrudan ulaşım güzergahlarına da sahiptir. Hastanelerin yer seçimleri ile yakın çevrelerini değiştirmesinin yanında ulaşım güzergahları da kent gelişimini etkilemektedir. Özellikle hizmet süreci daha yeni olan Üniversite ve Şehir Hastaneleri toplu taşıma güzergahları boyunca yeni yerleşimler ile birlikte çevrelerini etkilemiş ve bu güzergahlar kent gelişimini yönlendirmiştir.

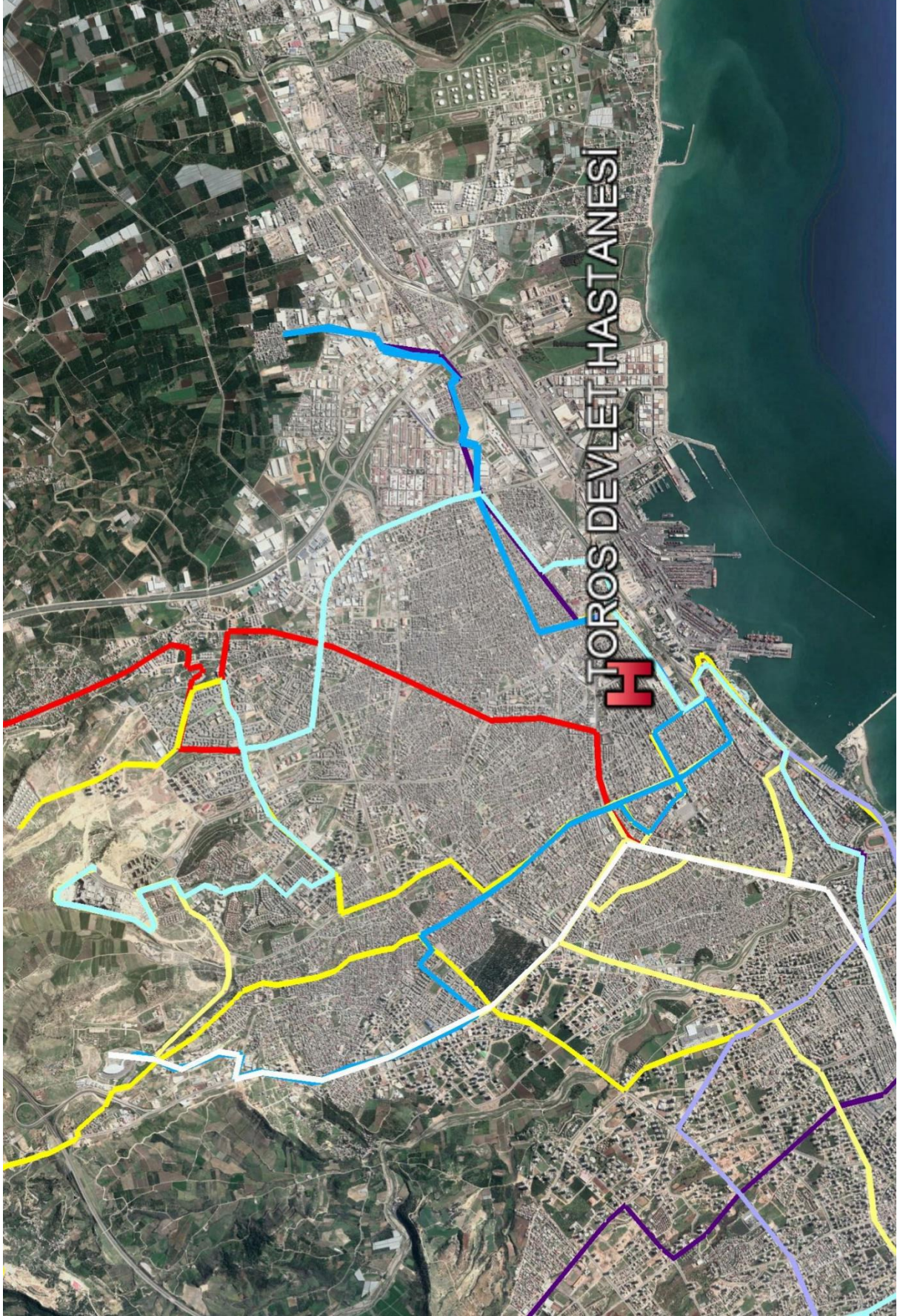




Şekil 7.39. Şehir Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları [Kaynak:MBB].



Şekil 7.40. Üniversite Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları [Kaynak:MBB].



Şekil 7.41. Toros Devlet Hastanesi Toplu Taşıma Güzergahları [Kaynak:MBB].

Kamu hastaneleri toplu taşıma imkanları açısından ele alındığında hepsinde kentin hemen her bölgesinden ulaşım imkanlarının olduğu görülmüştür. Ulaşım imkanlarına karşılık kuruluşlara en çok hangi bölgelerden hasta geldiğine ilişkin veriler, konumun kullanımda ne kadar etkili olduğunun anlaşılması amacıyla incelenmektedir.

Konum açısından kent merkezinden uzak bir bölgede yer alan Şehir Hastanesinin kent bölgelerinden kullanım oranları incelendiğinde Akdeniz ve Toroslar bölgesinden ulaşım yoğunluğunun daha yüksek oranda olduğu görülürken Mezitli bölgesinden ulaşım oranının giderek düştüğü söylenebilir. Hastane yakın çevresinden büyük oranda kullanım göstermektedir. Kullanım verileri doğrultusunda hazırlanan paftada Mezitli ve Yenişehir bölgeleri kullanım oranlarının Şehir Hastanesi yakın çevresi olan Toroslar ve Akdeniz bölgelerine oranla düşük olduğu görülmektedir (Şekil 7.42.) Bu kullanım şekline neden olan faktörlerin; Mezitli ve Yenişehir bölgelerinde yaşayan kesimin büyük oranda orta ve üst gelir grubundan olması nedeni ile genellikle özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri, kamu hastanesini tercih ettikleri durumlarda da daha çok üniversite ve Toros devlet hastanesine yönelmeleri, konum itibarıyla hastanenin kentin batı yerleşimine uzak olması ve henüz çok yeni olması nedeniyle kullanım alışkanlığının henüz yerleşmemiş olması olduğu düşünülmektedir. Ulaşımın yüksek olmasında Toroslar bölgesinin hastaneye yakın olması önemli bir etken iken, üniversite civarında yaşayan kesimin büyük oranda öğrenci etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü üniversitenin bulunduğu Yenişehir ilçesinin diğer bölgelerinden ulaşımın düşük olduğu görülmektedir. Ancak toplu taşıma ulaşım imkanlarına paralel bir kullanım şekli görülememektedir.

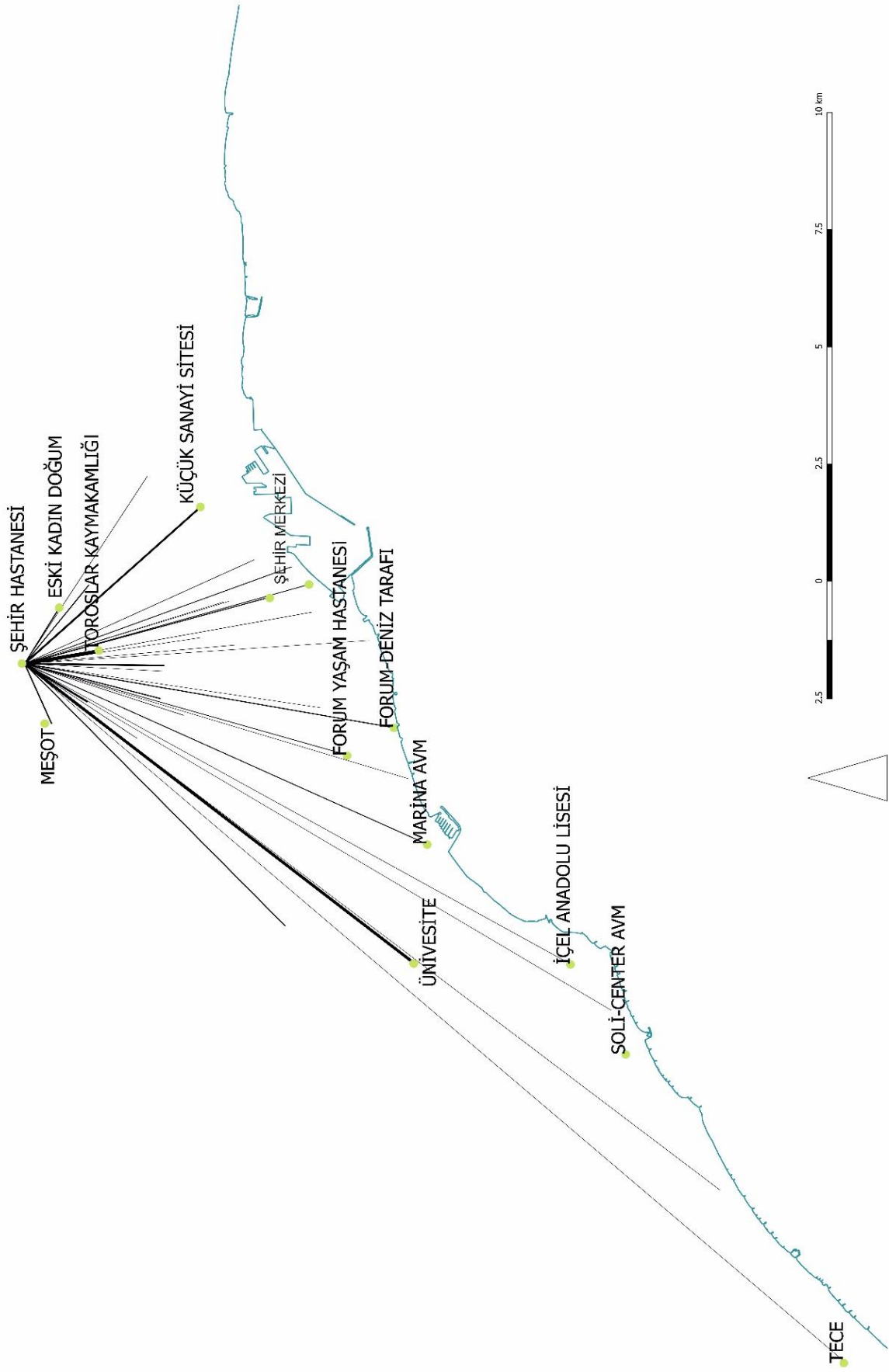
Toros Devlet Hastanesi uzun yıllardır bu konumda bulunması, merkezi olması, tüm vasıtalarla ulaşım olanaklarının kolay olması nedeni ile kullanıcının tercih ettiği bir hastanedir. Bölgeler ulaşım paftası incelendiğinde Mezitli ve Yenişehir bölgelerinden yoğun bir kullanım oranına sahip olduğunu görmek mümkündür Ancak Mezitli ve Yenişehir bölgelerinin kuzeyinden hastaneye ulaşım çok düşüktür. Bu durumda etkili olan faktörün ekonomik imkanlarının daha iyi olmasından dolayı bölgede yaşayan kesimin büyük oranda özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri olduğu düşünülmektedir. Akdeniz bölgesinin uzak noktalarından hastaneye ulaşım görülmektedir.

Üniversite Hastanesi ulaşım paftası verileri hastanenin hemen her bölgeden diğer hastanelere kıyasla yüksek kullanım oranı olduğunu göstermektedir. Yenişehir ve Mezitli bölgelerinden kullanım yüksek oranda olmakla beraber, Toros Devlet Hastanesinden farklı olarak bu bölgelerin kuzey kesimi tarafından da ulaşımın yoğun olduğu görülmektedir. Kentin merkezi olan Akdeniz bölgesine doğru ulaşım verileri düşük oranda iken Toroslar bölgesinden ulaşım yüksek seviyededir. Üniversite hastanesi bölgelerden ulaşım verilerini etkileyen

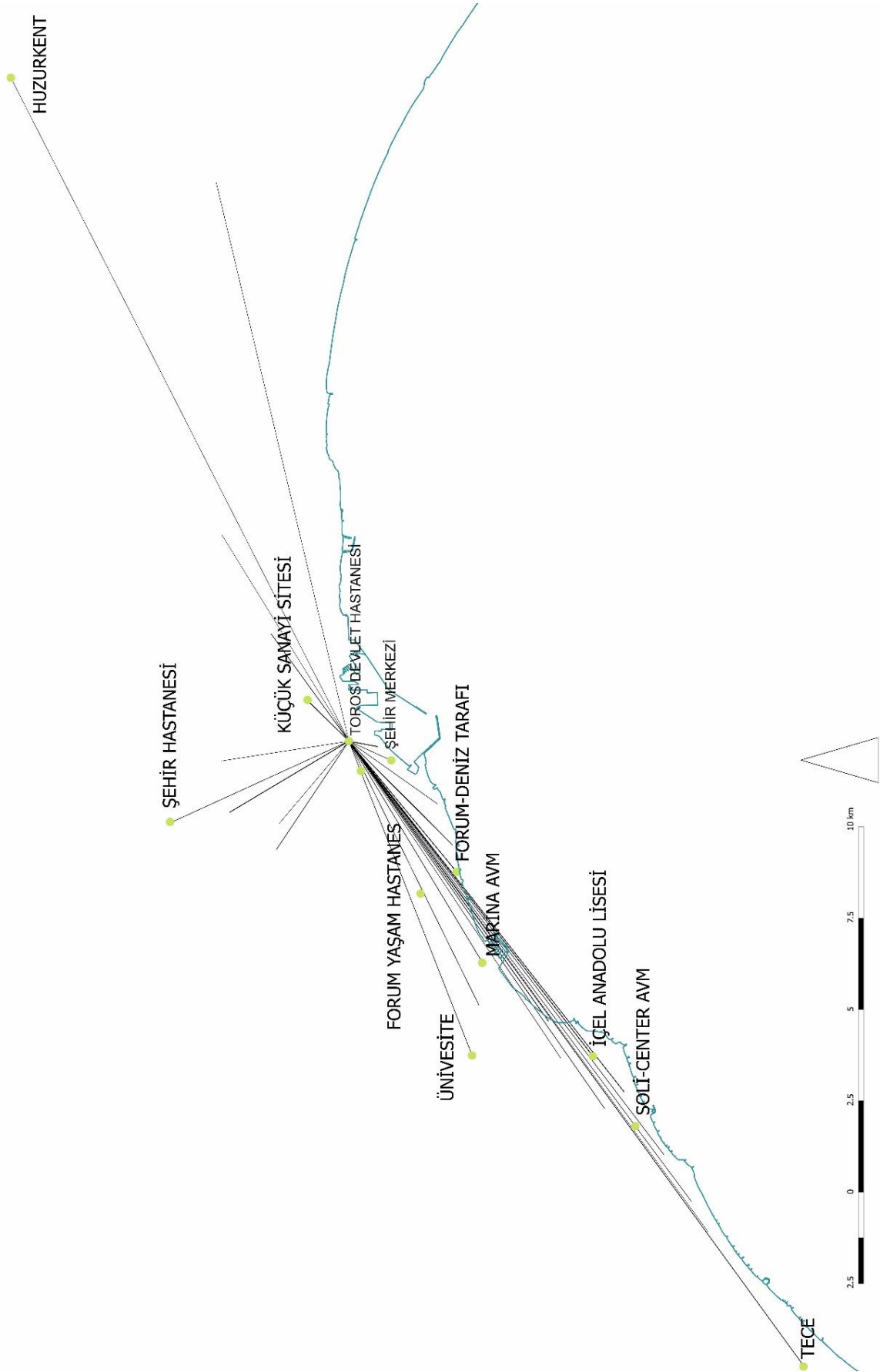
faktörler arasında Akdeniz için, bu bölgenin konut yerleşiminden çok ticari kullanım alanlarına dönüşmüş olması, bölgede yaşayan kesimin daha düşük gelir grubundan olması ve Üniversite Hastanesinin kısmen muayene ücreti alan bir kuruluş olmasının etken olduğu düşünülmektedir. Mezitli, Yenişehir bölgeleri açısından kullanımında konum olarak bu bölgelere yakın olması, Yenişehir ile Mezitli ilçelerine yakın mesafede hizmet veren bir kamu hastanesinin olmaması, muayene ücreti farkı ödeyerek alanında tecrübeli hekimlere tedavi olabileme imkanı, yeni bir hastane olması nedeniyle fiziki koşullarının ve teknolojik imkanlarının iyi olması gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

İncelenen hastane örnekleri konumun kullanıma etkisi ile ilgili olarak bilgi vermektedir. İkisi kentin kuzeyinde diğeri ise uzun yıllardır yer aldığı merkez bölgesinde hizmet veren hastaneler için kullanıcının tercih etmesinde mesafenin bir etken olduğu görülmektedir. Ancak bunun yanında paftalarda görülen bölgelerden ulaşım verileri göstermektedir ki gelir seviyesi de kullanımda önemli bir etkidir. Kullanıcı imkanı olduğu sürece sıra beklemeden, kalabalığa girmeden tedavi olmayı tercih eder dolayısı ile kamu hastanesinin bu kullanıcı kesiminin yaşadığı bölgeye mesafesinin pek fazla önemi olmamaktadır. Yakınlık bu durumda bir tercih nedeni değildir. Düşük gelir grubu için ise durum tam tersi olarak düşünülebilir. Kullanıcı sağlık sigortası ile hizmet alabileceği hastaneyi tercih eder. Bunun için toplu taşıma imkanı olduğu sürece mesafenin pek bir önemi kalmaz. Ulaşım verilerinde de görülmektedir ki kentin en batısından en doğusuna hastanelere ulaşım sağlanmıştır.

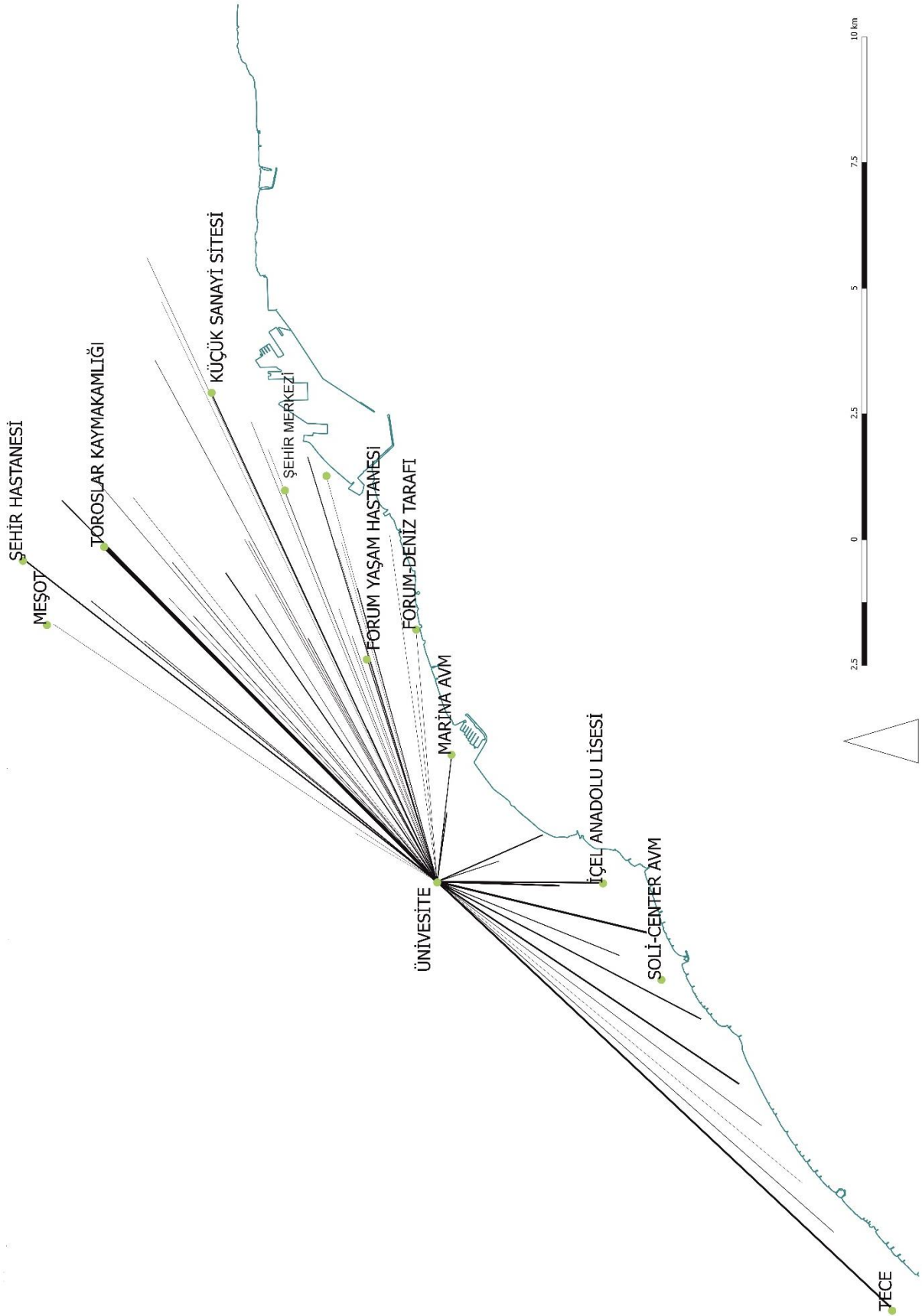
Kamu hastaneleri yer seçiminde konum öncelikli bir etken olarak gözükmemektedir. Kullanıcının gelir seviyesi ve tercihi önceliklidir. Ancak kentin ihtiyaç bölgeleri için kullanıcı kesime yakın yer seçimi önemlidir. Toplu taşıma ile ulaşım imkanlarının bulunmasının yanında yürüme mesafesinde olması da tercih nedeni olmaktadır. Merkeze yakınlığın önemi Toros devlet hastanesi kullanım örneğinde görülmektedir.



Şekil 7.42. Şehir Hastanesi'ne yapılan yolculukların dağılımı [Kaynak:Mersin Kent Kart].



Şekil 7.43. Toros Devlet Hastanesi'ne yapılan yolculukların dağılımı [Kaynak: Mersin Kent Kart].



Şekil 7.44. Üniversite Hastanesi'ne yapılan yolculukların dağılımı [Kaynak:Mersin Kent Kart].

7.6. Mülakat Değerlendirmesi

Şehir hastanesi kentler için yeni bir hastane modeli olması dolayısı ile yer seçiminde öngörülemediği. Büyük ölçekli kamu yatırımı olması nedeniyle bakanlık ve yerel belediyelerden projelendirme ve yapım süreci boyunca destek sağlanmıştır. Kamu hastaneleri bağlamında ölçeğin büyüdüğüün göstergesi olmakla beraber yeni bir işletim sistemi modelinin uygulamasıdır.

Kamu hastanesi olarak büyük kapasiteli bir yatırım olması nedeni ile çevresini önemli ölçüde etkilemiştir. Büyükşehir Belediyesi plan revizyonu ile hastane çevresini konut gelişim bölgesi olarak değiştirmiştir.

Kullanıcı açısından konum olarak kent merkezinden uzak yer seçimi yapmış olmasına karşın kentin her bölgesinden gelen hasta potansiyeli bulunmaktadır. Kısa sürede kentin her bölgesinden gelen kullanıcı kitlesinin oluşmasında; hastanenin yeni olması, gelişmiş teknolojik imkanlara sahip olması, birçok alanda hizmet verir kapasitede olması, belediyenin toplu taşıma hizmetini sağlamış olması ve kamu hastanesi olması dolayısı ile ücretsiz hizmet veriyor olması etkilidir.

Küçük ölçekli birkaç sağlık kuruluşu iken birleşerek Kuzey Yenişehir gelişim bölgesinde 75 yataklı bir hastane yapısına dönüşen Özel Akademi Hastanesi yer seçimi yönü ile kentin ihtiyaç duyduğu bir noktada yatırım kararı almıştır. Hali hazırda iki özel hastanenin bulunduğu ulaşım aksında olması ve kolay ulaşım imkanları hastane için avantaj olmuştur. Orta ve yüksek gelir grubunun yaşadığı konut bölgesinde yer alması hastanenin kullanımında etkili olmuştur.

Plan revizyonunda hastane yakın çevresinde yüksek ve orta yoğunluklu konut alanı ve ticaret+konut alanları ve birçok eğitim alanı belirtilmiştir. Hastane çevresine yeni kullanımlar getirmekten çok mevcut bir çevrenin içerisine yerleşmiş olması ile o bölgenin ihtiyacına cevap vermiştir.

Branş hastanesi olarak hizmet veren yapı yer seçiminde ulaşım aksının yoğun olduğu merkez bölgesini tercih etmiştir. Bu karar ile mevcut çevrenin avantajlarından faydalanmıştır. Günümüzde pek tercih edilmeyen bir yatırım modeli olmasına karşın konumu, kapasitesi verdiği hizmet ile tercih edilmekte olduğu anlaşılmaktadır.

Plan revizyonu incelemesinde yakın çevresinin ticaret+konut alanları olduğu görülmektedir. Yakınında alışveriş merkezi ve sağlık tesisi olması ve kentin toplu taşıma ana akslarından birinde yer alması nedeni ile yer seçim kararında avantajlı olduğu düşünülmektedir. Yakın çevresinde bulunan konut alanlarında büyük oranda düşük gelir grubu yaşamaktadır. Dolayısı ile hasta profilini yakın çevresinden çok kentin diğer bölgelerinden ve yakın ilçelerden gelen kesim oluşturmaktadır.

Özel Ağız ve Diş Polikliniği olarak iki ayrı konumda hizmet veren İdeal Dent yer seçimi kararlarında ulaşım aksında yer alan, kolay ulaşım imkanına sahip, konut+ticari kullanım bölgelerini tercih etmiştir. Nitelik bakımından küçük ölçekli olması nedeni ile kullanıcı tarafından farkedilebilir konumda yer seçmiş olması kuruluşun tercih edilmesinde önemli bir etkindir.

Plan revizyonlarında her iki kuruluşun yüksek yoğunluklu kullanım alanlarında yer aldığı görülmektedir. Bu ölçekteki bir kuruluş için mevcut çevre içerisinde yer seçimi kullanım oranının yüksek olması bakımından önemlidir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Politikalarının yansımaları üzerine Mersin kentinde yapılan incelemede 1996 yılı ile 2017 yılı arasındaki yirmi bir yıllık süreç ele alınmıştır. Öncelikle imar planlarına bakıldığında 1996 yılında sağlık tesis alanı olarak öngörülmüş birçok alanın boş kaldığı ya da başka bir kullanım şekline dönüştürüldüğü görülmüştür. Bu süreçte inşaa edilen sağlık tesis alanlarının büyük çoğunluğunun sağlık tesisi olarak belirlenmemiş alanlarda yapıldığı görülmektedir. Çok az tesisin ise planın yapıldığı yılda mevcut olması nedeni ile sağlık tesis alanında bulunduğu, yine az sayıda tesisin de sağlık tesis alanı olarak belirlenen alanda yapıldığı görülmüştür. Günümüzde ise planlama alanının dışında yapılmış birçok yeni sağlık tesisi bulunmaktadır. Bu duruma neden olan en önemli faktör sürekli değişiklik gösteren sağlık mevzuatıdır. 1990'lı yıllara bakıldığında mahalle ölçeğinde sağlık ocakları bulunmakta ve yenileri kamunun sağlık tesisi olarak belirlediği araziler üzerinde yapılmaktaydı bunun gibi kent içerisinde küçük küçük birçok arazi sağlık tesis alanı olarak belirlenmişti. Ancak 2000'li yılların başında politikaların değişmesi ile özel sektöre teşvikin artması, sağlık ocaklarının aile hekimliği sistemine dönüştürülmesi ve aile hekimlikleri için sağlık tesisi alanı olma zorunluluğu ortadan kaldırılması nedeniyle 1990'lı yıllarda planlarda belirlenen birçok alan boş kalmıştır. Bunun dışında özel sektör yatırımları hızlanmıştır ancak özel sektör kendine yer seçerken arazinin durumu, maliyeti, büyüklüğü, ulaşılabilir olması, merkezi konumda olması, gelişim bölgelerine yakın olması gibi birçok kriteri göz önünde bulundurduğu için planda sağlık tesisi alanı olarak belirlenmiş bölgeler nitelik bakımından yetersiz kalmış ihtiyaca cevap verebilecek alanlar olamamışlardır. Yirmi yıllık süreçte özel sektörün yer seçimi incelendiğinde ilk yıllarda kentin merkezi bölgesi olan kamuya ait hastanelerin de yer aldığı Akdeniz bölgesinde yer seçimi yaptıklarını, sonraki yıllarda ise kentin 2000'li yıllardaki gelişim bölgesi olan Yenişehir'i tercih ettikleri görülmektedir. Özel sektör yatırımları her dönem kentin gelişim bölgesi ile birlikte yer değiştirmiştir. Bu değişim de yıllar içerisinde özel sektöre verilen önemin artmasının da sebep olduğu bilinmektedir. Böylece özel sektör dönemsel süreçte kamu hastanelerinden uzaklaşarak merkeze yakın olma kaygısından kurtulmuş ve hitap ettiği kesimin daha çok yaşadığı bölgelere kayarak bu konumda yer seçimi yapmıştır.

Kamu yatırımlarında ise üç büyük hastane örneği üzerinden yapılan inceleme ile erken dönemde kentin ihtiyacının öngörülemediği söylenebilir. Kent merkezinde yer alan eski SSK Hastanesi (Toros Devlet Hastanesi) ve eski Devlet Hastanesi konumları itibariyle sağlık tesisi olarak nitelikli yerlere sahip idi. Süreç içerisinde gerek binanın kullanım ömrünü doldurması gerekse değişen mevzuat sonucu ihtiyaçlara cevap veremez hale gelmesi nedeniyle SSK hastanesi yıkılarak aynı arazi üzerinde Toros Devlet Hastanesi yapılmıştır. SSK hastanesinin 1996 yılında hazırlanan Nazım İmar Planında zaten mevcut olduğu bilinmektedir. Bu nedenle

konumu itibariyle merkezi, ulaşılabilir ve yerleşik çevre düzenine sahip bu arazi üzerinde yenileme yapmak doğru bir karar olmuştur. Ancak bu kararın planlamanın öngörüsü ile ilgisi olduğunu söylemek mümkün değildir.

Devlet Hastanesi'ne bakıldığında burada sağlık politikalarındaki değişimin asıl etkisini görmek mümkündür. 2012 yılında yürürlüğe giren Kamu-Özel Ortaklığı ile ilgili kanun kapsamında Türkiye'de sağlık sistemine yeni bir boyut getirilmiştir. Bu proje ile hastane sisteminden sağlık kampüsleri sistemine geçilmiştir. Bu kampüsler tüm branşların bir arada yer aldığı ve tüm hizmetlerin verilmesini mümkün kılan yapı kompleksinden oluşmaktadır. Bu planlama ile yapılan yeni Şehir Hastanesi'nin, yani bu büyüklükte bir alanın kent merkezinde olmasını olanaksız kılmaktadır. Bu kapsamda Devlet Hastanesi ve Kadın Doğum ve Çocuk Hastaneleri'nin tümü Şehir Hastanesi'ne taşınarak tek çatı altında toplanmıştır. Devlet hastanesi gibi ulaşım noktalarının merkezinde yer alan ve çevresini besleyen bir yapı bu noktadan alınarak boş bir alan olarak bırakılmıştır. Aynı durum Toroslar'da yer alan Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi binası için de geçerli olmuştur. İki hastane için de yapıldığı yıllarda ve sonrasında herhangi bir dönemde sağlık sisteminde böylesi bir değişimi öngörmek neredeyse olanaksızdır. Çünkü sağlık kampüsleri projesi kentsel planlamanın öngöremeyeceği büyüklükte bir model değişimidir. Yapılan yatırım kentin bir tarafını yeniden şekillendirip, canlandırmış olsada bir diğer tarafta kente iki büyük boş bina ve çevrelerinde kullanılmayan birçok ticari alan bırakmıştır.

Mersin kentinde şehir hastanesi ölçeğinde (1295 yataklı ve 232.000 m2 alan gerektiren) bir hastanenin yer seçimi için Teitz, Schults, Mayhew ve Leonardi'nin yöntem ve modellerini uygulama olanağı bulunmamaktadır. Çünkü kentin imar planında (yürürlükteki 1996 Nazım İmar Planı) bu ölçekte bir kamu tesisi yapılmasına olanak veren bir kullanım ve tasarım kararı bulunmamaktadır. Bu nedenle farklı seçenekleri matematiksel modellerle test etmek karşılaştırmak mümkün değildir. Bunun sonucu olarak kent çeperinde plan değişikliği yoluyla kamu arazisinde yer seçimi yapılmıştır. Kentteki iki büyük kamu hastanesinin (Üniversite ve Toros Devlet Hastanesi) konumları, nüfus dağılımı, arazi maliyeti, ulaşım olanakları dikkate alındığında seçilen yer tek seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Mohan, İskoçya örneğinde yaptığı çalışmada optimum hastane ölçeğinin 100-150.000 nüfusa hizmet edecek şekilde 600-800 yatak kapasiteli olduğunu tespit etmiştir [36]. Şehir Hastanesi gibi 1295 yataklı 232.000 m2 alan gerektiren bir hastane yerine (400-600) yataklı ve (80.000-120.000 m2) alan gerektiren iki veya üç orta ölçekli hastane yapım kararı öngörülmüş olsaydı farklı noktalarda seçenekler ortaya çıkabilirdi. Bu ise bakanlığın makro politika kararı olup kentsel planlamanın kapsamını aşmaktadır.

Üniversite Hastanesi daha önce merkezi bir konumda yer almakta iken ilerleyen süreçte artan teknolojik ihtiyaçlar, fiziksel mekanın yetersiz oluşu, üniversite kampüs alanı ile yakın olma ve kullandığı arazinin tamamının kendisine ait olmaması gibi nedenlerle planlama alanı dışında bir alan seçmiştir. Yeni seçilen yer planlama tarafından her ne kadar öngörülemediği olsa da aslında sahil şeridini dolduran kentin kuzey yönünde gelişimini hızlandırarak kente katkı sağlamıştır.

Kent formunu değiştirme etkisine sahip bu ölçekteki yatırımlar için zaman içerisinde değişim gösterebilecek fiziki şartlara uyum sağlayabilecek bir arazi seçimi önemlidir. Kent merkezinde bu büyüklükte boş araziler bulmak oldukça zordur. Zaman içinde gerçekleştirilecek mevzuat değişimlerini öngörememe olasılığı her zaman vardır. Ayrıca önümüzdeki yıllarda farklı modellerin de ortaya çıkma olasılığı bulunmaktadır. Bu noktada kentsel planlamanın da öngörülmesi gerekir ki süreci yönetebilsin. Sağlık tesis alanı, eğitim tesis alanı, sosyal ve kültürel tesis, ibadet yerleri gibi hizmet birimleri için kent içerisinde parça parça küçük çaplı doğrudan yer tanımlamaları yapmak yerine bazı bölgeler hizmet alanı olarak tanımlanabilir. Bu bölgelerde yapılacak yapının niteliği ihtiyaç doğrultusunda belirlenebilir. Ayrıca değişen sağlık mevzuatına paralel şekilde gereken durumlarda Planlı Alanlar İmar Yönetmeliği, Mekansal Yapım Yönetmeliği gibi kentsel planlamayı etkileyen mevzuatta güncellenebilir.

Şehir hastanesi ve üniversite hastanesi kent gelişimini kuzey yönünde etkilemiştir. Uzun yıllardır amaçlanan kentin kuzeye doğru geliştirilmesi plan kararına teşvik edici katkısı olmuştur. İki yapılaşmadan sonra kuzey gelişimi hızlanmıştır. Bu nedenle bu arazilerin kullanımı önceki plan kararlarında öngörülemediği olsa da planın gelişme yönü ve genel sistemine aykırı olmamış katkıda bulunmuştur. 1980 li yıllarda Mersin kentinin Toroslar'ın kuzey yönünde gelişmesi planlanmış olup TOKİ ve Belediye'nin işbirliği ile Güneykent ve Halkkent toplu konutları inşaa edilmişti [37]. Bunun yanı sıra Çağdaşkent ve Kuru kent mahallelerine ise özel sektör tarafından konut alanları inşaa edilmiştir [37]. Toroslar'da 850 hektar arazi 1980'li yıllarda kuzey gelişimi öngörüsü ile kamulaştırılmıştır. Ancak aradan geçen 30 yılı aşkın sürede bu bölgede konut gelişimi beklenen düzeyde olmamıştır. Şehir Hastanesi'nin yer seçimi bu noktada uzun yıllardır hedeflenen bu süreci hızlandırmış, Toroslar bölgesinin değerini artırmıştır.

Sağlıkta kamu ile özel sektör ayrımı tam olarak yapılamamaktadır. İşletme ve yönetim modeli açısından bir tarafta kamu ile özel ayrımı olmasına rağmen verilen hizmet açısından bakıldığında bu ayrım ortadan kalkmaktadır. Herhangi bir özel sağlık kuruluşu hizmet vermek için SGK sistemi üzerinden bir kesinti yapmaktadır. Verilen diğer hizmetler içinse fark alabilmektedir. Bu duruma diğer taraftan bakıldığında bir üniversite hastanesinde de muayene ücreti vs. alınabilmektedir. Bu nedenle gerçekte kamu özel diye ayrılan sağlık sektöründe ki iki

tarafın aslında sağlık hizmeti verme biçimlerinin çok farklı olmadığı düşünülebilir. Ancak özel sağlık tesisi yapılırken planlama hala arsa alanı için özel ibaresini kullanmakta bu nedenle özel sağlık tesisleri ancak plan değişikliği kararı ile yapılabilmektedir. Pratikte her ikisi de kamu hizmeti veren bu kuruluşlar için özel ibaresinin kaldırılarak sağlık tesisi olarak adlandırılması önerilmektedir.

Ulaşım yönünden hastane yapıları önemli yer teşkil etmektedir. Özel hastaneler için ancak uzun vadede geçerli olsa da kamu hastanelerinde yapılan yatırım ile birlikte çevresinde yeni yollar ve yeni ulaşım ağları kısa sürede sağlanabilmektedir. Kentin uzun yıllar çok erişilebilir olmayan konumunda inşaa edilen Şehir hastanesi örneğinde görülmüştür ki kuruluşundan günümüze kadar belediye tarafından kentin her yerinden toplu taşıma imkanları sağlanmış, otobandan hastaneye bağlantı yolu açılmış, tüm çevre yollar iyileştirilmiştir. Burada olumsuz olarak söylenebilecek tek şey ulaşım problem olmaktan çıkarılsa da kamu için uzun mesafeler toplu taşıma açısından fazladan bir maliyet getirmektedir ve kişi açısından yol için harcanacak fazladan zaman demektir.

Nitelikli bir yatırımın yapılacağı yer kararının kentle ilgili bir karar da olduğu her zaman dikkate alınmalıdır. Çünkü aslında bu bir nevi bölge iyileştirme kararıdır. Sağlık yapısı ile birlikte çevresine getireceği tüm alt yapı ve üst yapı hizmetleri çevresel koşulları da değiştirmektedir. Yapılacak yatırımın yer seçim kararının kent yapısını etkileme durumu göz önünde bulundurularak kentle ilgili kararlar yönünde avantajlı olarak kullanılabilmesi önemlidir.

Modeller üzerinde yapılan değerlendirmelerde; uzun yıllar Türkiye için genel hastane modeli daha yaygın iken, zamanla branş hastaneleri çeşitliliğinin de artmış olduğu söylenebilir. Bu durum hastanenin mekansal ölçeğinin küçülmesine neden olmaktadır, ancak planlamanın branş hastanelerine yönelik bir öngörüsü olmadığı için mekansal çeşitlilik sunamamıştır. Bunun yanında ilerleyen süreçte branş hastaneleri modelinin de geçerli hale geleceği düşünülmektedir.

Özel sektör hastaneciliğine bir işletme gözüyle bakıldığında, öngörülerden biri de ilerleyen süreçte bu sistemi şahıs veya ortaklık şirketinin yönettiği düşünüldüğünde; bina bakım masrafları, personel maaşları, vergiler gibi giderlerin sürekli olduğu ancak gelirin sürekli olarak bu sisteme paralel olmadığı göz önünde bulundurulursa özel hastane yönetim sisteminin karlılığı düştüğü için bu sistem sektörden çekilmeye başlayabilir. Ayrıca hastanecilik sisteminde çalışanların ve hastanın güvencesi yoktur. Hastane işletme karlılığı düştüğü ya da iflasa gittiği durumlarda çalışanlar işten çıkarılabilir, hastanın tedavi süreci yarım kalabilir. Bu tip hastanelerin kalıcı olabilmesi için ya herhangi bir branş alanında iyi hastane olması ya da marka hastane olması gereklidir.

Muayenehane sistemi ise gelen hastanın gerekli tüm tetkiklerinin yapılmasına olanak vermeyen bir sistem olduğu için çok tercih edilmez, aynı zaman da tek başına kurulan muayenehane bağımsız bölümlerinin işletene masrafı daha fazladır.

Bu bağlamda Türkiye için ilerleyen dönemde gelişecek modelin aynı bina içerisinde ortak alanları birlikte kullanan ancak ayrı ayrı işletilen muayenehane sistemi olabileceği öngörülmektedir. Bu sistem bir çeşit gider ortaklığıdır. Ayrı ayrı küçük işletmeler şeklinde bir arada bulunan, binayı ortak kullanan, ameliyathane, laboratuvar, radyoloji alanları gibi birimleri ortak kullanan, bina ile ilgili giderleri ortak olarak üstlenen bir sisteme dönüşebilir. Kurumsal bir gider ortaklığı olması için bir isim altında işletilebilir. Sistem avm sistemi gibidir örneğin A isimli alışveriş merkezi vardır ancak içerisinde A isimli bir mağaza yoktur ve her mağaza bağımsız ve orada kiracıdır. Ortak alanları birlikte kullanır. Gider ortaklığı modeli dünyada yaygınlaşan bir model olarak bu yönde daha sürdürülebilir olarak görülmektedir. Geleceğin hastanelerinin bu şekilde olması öngörülmektedir.

Türkiye’de 2000 yılı sonrasında Ulusal Politikalara bağlı olarak sağlık sisteminde yapısal değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Yapılan incelemelerde 2003 yılında yayınlanan SDP ile sağlık alanında büyük değişimlerin yaşandığı görülmektedir. 2000’li yıllara kadar süregelen sağlık sistemi ve kuruluş yapısı bu projeye birlikte değişmiştir. Değişimleri beş başlık altında özetlersek;

1-Sağlık hizmetlerinde özel sektörün teşvik edilmesine bağlı olarak özel hastane sayısı artmıştır. Özel sektörün payının artması ve özel hastane sayısının artmasının temel nedenleri ise;

- a- Mevzuatta yapılan değişikliklerle özel sektör yatırımlarının kolaylaştırılması,
- b- Kişi başına düşen milli gelirin artması nedeniyle özellikle orta üst ve üst gelirli kişilerin talebinin artması
- c- Kamu hastanelerinin kapasite ve nitelik açısından yetersiz kalması nedeniyle talebin karşılanamaması
- d- Kamunun öz kaynaklarıyla yatırım yapmaktan vazgeçmesi

Özel yatırımcılar çoğunlukla büyük ölçekli kentlerde olmak üzere kentin büyüklüğüne ve gelir düzeyine bağlı olarak küçük, orta ve büyük ölçekli hastaneler kurmuştur. Mersin’de faaliyet gösteren özel hastanelerin çoğunluğu orta ölçeklidir (50-150 yatak). Bu hastaneler daha çok orta, orta üst ve üst gelir grubu nüfusun yaşadığı bölgelerde yer seçmiştir.

2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile ilgili olarak Aile hekimliği sistemine geçilmiş ve sağlık ocakları aile sağlığı merkezi olarak değiştirilmiş her birime nüfus yoğunluğuna uygun sayıda aile hekimi atanmıştır.

3- Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun kapsamında Şehir Hastaneleri sözleşmeleri imzalanmış ve yapımına başlanmıştır. Sağlık sistemine yeni bir model getirilmiştir.

4- Kamu ve özel sektörde branş hastaneleri sayısı artmıştır. (onkoloji, kadın doğum, göz, çocuk, diş gibi)

5-Hekimlerin hem kamu hem özelde çalışmasının önüne geçilmiş ve muayenehane sayısında düşüş görülmüştür.

Özel muayenehane mevzuatının değişimiyle beraber yarı zamanlı çalışan hekimler tercih yaparak sadece hastane veya muayenehanede çalışma şeklindeki iki seçenekten birini seçmek durumunda bırakılmıştır. Bu durum ile özel ve kamu hastanelerinde yarı zamanlı çalışan hekim sayısı azalmış böylece hizmet kalitesi artmıştır.

Yapılan mevzuat değişikliklerine karşı öneriler özetle;

-Planlama bu tür değişikliklerin olabileceğini öngörerek esnek planlama modeli geliştirebilir.

-Sağlık ile ilgili mevzuat sıklıkla değiştirilmeyecek şekilde hazırlanabilir veya mevzuatın değişimine paralel planlamada da değişiklikler yapılabilir.

-Planlama sadece tesise yönelik talep doğrultusunda değiştirilebilir.

Yapılan mevzuat değişiklikleri sağlık yapılarında ve çeşitliliğinde yer seçimi, ölçek kapasite, nitelik, tasarım kriterleri gibi birçok yönden etki etmekte ve bu durum sürekli olarak değişim göstermektedir. Mersin kentinde hem sağlık alanında ki politika değişimlerine bağlı olarak hem de belediye kararları açısından planlamanın tesisleri öngörmekte yetersiz kaldığı söylenebilir. Ayrıca planlama özelden çok kamu tesislerine yönelik yapılmış ve özel sektörün de bu alanda önemli bir payı olduğu ve kenti etkilediği göz ardı edilmiştir.

Planlamanın bu kadar dinamik ve belirsiz bir yapıyı öngörmesinin mümkün olmayacağı söylenebilir. Politika değişiklikleri ile tüm sağlık sisteminin dönem dönem sil baştan yapılandırıldığı geçmiş süreçler göz önünde bulundurulursa, bu durum gerketiğinde planlama açısından alternatif çözümler bulundurma zorunluluğu getirmektedir. Ancak ulusal düzeyde politika değişikliği gibi durumlarda planın revize edilerek yeni durumu dikkate alan ve ihtiyacı/talebi karşılayan kullanımlar öngörmesi beklenir. Diğer yandan kentsel planlamanın makro ölçekte sistem değişikliklerini öngörmesi olanaklı değildir. Bu nedenle kamu tesisleri açısından daha esnek kararlar üretilmesi ile planın gerçekleşebilmesi sağlanabilir. Ancak sistem değişikliklerinin tamamen öngörmesi ve yönetilmesi de olanaklı değildir.

2003 yılında SDP ulusal düzeydeki en önemli politika değişikliğidir. Bu politika kentsel alanda sağlık tesisleri planlamasının yeniden düzenlenmesini gerektirir. Ancak Mersin Nazım İmar Planında 2017 yılına kadar bu yönde herhangi bir revizyon yapılmamıştır. Bu nedenle çoğu tesisin yeri plan değişikliği ile belirlenmiştir. Planda öngörülen alanların çoğunlukla özel mülkiyette olması nedeniyle Bakanlık kamulaştırma maliyetinden kaçınarak kamu arazilerinde yer seçimini tercih etmiştir. Bu süreçte plan değişikliği kararları ile yapılan alanların belki kentin gelişiminin hedeflendiği bölgelerde yapılması sağlanmıştır ancak bu durumun imar değişikliği ile planlama kapsamında yapılması kenti sadece belirli yatırımlar etrafında gelişen bir kent olmaktan çok planlı bir kent haline getirecektir. Kent içinde kamu arazisinin sınırlı olduğu durumlarda kamulaştırma maliyetlerinden kaçınmak için uygulanabilecek çözümlerden biri de plandarda sağlık tesislerinin düzenleme ortaklık payı kapsamına alınmasıdır. Sonuç olarak her kent planının belirlenmiş bir yapısı olması ve bu yapı üzerinde her alanda değişen politikalara karşın planlamanın kent sistemini bozmadan güncellenebilir bir yapıya sahip olması daha planlı gelişim gösteren kentler yaratacaktır.

Bu çalışma Mersin kent örneği üzerinden incelenmiş olup, farklı kentlerde farklı sonuçlar elde edilebilir. Bu bağlamda farklı kentlerde yapılacak çalışmalar bu literatürü zenginleştirip sağlık politikalarının farklı etkilerinin ortaya çıkarılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- [1]. Aykır, E., 2002-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- [2]. Elbek, O., ve Adaş, E.B., "Sağlıkta Dönüşüm:Eleştirel Bir Değerlendirme", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 2009, 12-1 sy. 33-43.
- [3]. Temur, S., Türkiye’de Sağlık Politikası ve Ekonomik Sürdürülebilirlik, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012.
- [4]. Yanmaz, M., Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2010.
- [5]. Erdoğan, H., Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010), Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2014.
- [6]. Isard W. (1956). *Location and Space-Economy*, JHoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.
- [7]. Teitz, M.B., Toward a theory of urban public facility location, of A Hospital, *Papers in Regional Science* **1968**, 21, (1), 35-51.
- [8]. Newhouse J.P., Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model, *The American Economic Review* **1970**, 60, (1), 64-74.
- [9]. Calem, P., ve Rizzo, J.A., Competition and Specialization in the Hospital Industry: An Application of Hotelling’s Location Model, *Southern Economic Journal* **1995**, 61, (4), 1182-1198.
- [10]. Ghanat Bari, M., Ankara’daki Sağlık Birimlerinin Konumlarının Yer Seçim Modelleriyle Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- [11]. Berkman, G., Location of health facilities and geography of health in Ankara, Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 1992.
- [12]. Ersoy, M. (2009). *Kentsel Planlamada Arazi Kullanım Standartları*. Ankara:TMMOB Şehir Plancıları Odası.
- [13]. Uzunay, S., Hastane Yapılarının Planlanması ve Hastanelerde Sirkülasyon, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2011.
- [14]. Berberoğlu, Ö., Algi, Sınır, Kişisel Alan Kavramları ve Hastane Tasarımı , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2010.
- [15]. Tever, H.Z., Sağlık Yapılarında Akreditasyonun Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2014.
- [16]. Selçuk, E., Sağlık Yapılarında Tasarım Yönetimine Yönelik Bir Model Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2012.
- [17]. Sungur Ergenoğlu, A., Sağlık Kurumlarının İyileştiren Hastane Anlayışı ve Akreditasyon Bağlamında Tasarımı ve Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2006.

- [18]. Altan, A., Hastane Yapıları, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Balıkesir, 2003
- [19]. Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (13.04.2017)
- [20]. Ulusal Sağlık Politikası
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/ulusalsaglikpolitikasi.pdf> (21.08.2017)
- [21]. Sağlıkta Dönüşüm Programı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (05.03.2017)
- [22]. Kalkınma Planları, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> (12.05.2017)
- [23]. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/>
- [24]. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/414> (10.02.2017)
- [25]. Teker Leblebici, D., “Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye İçin Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi”, *Mufad Journal*, 2008, sayı 37
- [26]. Genel Sağlık İstatistikleri, <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php> (02.03.2018)
- [27]. Stigler G. S., “The Economies Of Scale”, *The Journal of Law and Economies*, 1958, sy. 1:54-71.
- [28]. Schultz, G. P., The logic of health care facility planning. *Socio-Economic Planning Sciences* **1970**, 4, (3), 383-393.
- [29]. Mayhew, L. D., & Leonardi, G., Equity, efficiency, and accessibility in urban and regional health-care systems. *Environment and Planning A* **1982**, 14, (11), 1479-1507.
- [30]. Altaban, Ö., Kamu Servislerinin Kentlerde Mekânsal Sunumu Üzerine Kuramsal-Kavramsal Çerçeveler. *METUJFA* **2014**, 31, (1), 195-214.
- [31]. Duncan, O. D., “Optimum Size of Cities, Cities and Society”, *Free Press, revised edition*, 1957, pp. 759-772
- [32]. Sakarya, A., *Türkiye’deki Kentsel Kademelenme Üzerine Bir İnceleme*, III. Türkiye Lisans Üstü Çalışmaları Kongresi, Sakarya, 15- 18 Mayıs 2014, pp. 253-271.
- [33]. Türkiye geneli sağlık istatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt id=1095> (17.03.2018)
- [34]. Şehir Hastaneleri, <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html> (23.10.2017)
- [35]. Altshuler, A., & Luberoff, D., Mega-Projects: The Changing Politics of Urban Public Investment. *Washington, D.C.: Brookings Institution Press* **2003**, 45-75.
- [36]. Mohan, J. (2002). *Planning, Markets and Hospitals*. Psychology Press.
- [37]. Sönmez, R., “Mersin Kent Bütünü ve Yakın Çevresi 1/25000 Ölçekli Nazım İmar Planı”, *Planlama Dergisi*, 2009, 3-4 pp 129-144

EKLER

EK-1

MÜLAKATLAR

Mersin Şehir Hastanesi

Görüşme yapılan kişi: İşletme Genel Müdürü (Mayıs-2017)

Kuruluşun Özellikleri Nelerdir? (Yataklı Veya Ayaktan)(Yatak Sayısı Vs.)

Yatırım büyüklüğü Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği bölge ihtiyaçları kapsamında belirlenmiş olup toplam 1.294 yatak kapasitesine sahip hastane 369.592 m2 kapalı alana inşaa edilmiştir. Bu alanın 110.540 m2'si 3.126 araçlık kapalı otopark alanından oluşmaktadır. Hastane 4 bloktan oluşmakta olup Ana Hastane (MHC) bloğunda 25 yatak, Genel+Onkoloji+Psikiyatri Hastanesi (T1) bloğunda 456 yatak, Genel+KVC Hastanesi (T2) bloğunda 377 yatak, Kadın Doğum+Çocuk Hastanesi (T3) bloğunda 436 yatak bulunmaktadır.

Yatırım Kararı Nasıl Alındı?

Yatırım kararı Sağlık Bakanlığı'na ait olup 2012 yılı itibariyle çeşitli illerde yaptırılması kararlaştırılan şehir hastanelerinden biridir. Tesis "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması Hakkında Kanun" kapsamında yaptırılarak 3 Şubat 2017 tarihinde faaliyete girmiştir. İşletmesi inşaat bitiş tarihinden itibaren 25 yıllığına yatırımcı Mersin Entegre Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme'ye aittir. Müteahhit firma DIA Altyapı Yatırımları Ve İnşaat AŞ'dir

Tesisi Büyütmeyi Düşünüyor musunuz?

Yatırım aşamasında 1250 yatak olarak planlanan hastane 1294 yatak kapasitesiyle açılmıştır. Yatak kapasitesiteleri veya verilecek sağlık hizmeti ile ilgili kararlar Sağlık Bakanlığı'na ait olup bakanlık planlama ilkeleri çerçevesinde gerekli gördüğü bölgelerde artışa izin vermektedir.

Hastalar Hangi İlçe ve Mahallelerden Geliyorlar?

Mersin ili Toroslar ilçesinde kurulan kampüs şehir merkezine yaklaşık olarak 7 km uzaklıktadır. Kuruluşun gelen hasta profilinin henüz yeni bir kampüs olması ve şehre olan uzaklığına karşın hemen hemen şehrin her bölgesinden olduğu gibi bunun dışında Hatay, Gaziantep, Tarsus gibi yakın bölgelerden de olduğu görülmüştür.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Belediye İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

Kamu özel iş ortaklığı çerçevesinde yaptırılan kampüs için ilgili belediyelerin gerekli tüm desteği sağladığı belirtilmiştir.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Sağlık Bakanlığı İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

Sağlık bakanlığının gerekli tüm desteği sağladığı belirtilmiştir.

Yer Kararı Alınırken Dikkat Edilen Hususlar?

Şehir hastaneleri kamu-özel ortaklığına ait bir yatırım olduğu için yer seçim kararı özel kuruluşlara ihale edilmeden önce verilmektedir

Daha Önce Başka Bir Yerde Faaliyet Gösterip Göstermediği

Söz konusu model uygulamasına 2013 yılında çıkarılan ilgili kanunu takriben başlanıldığı ve Mersin Şehir Hastanesi bu modelin tamamlanan ilk örneği olduğu için faaliyeti süreci yenidir.

Hangi Mevzuat Kapsamında Olduğu

Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği kapsamında karar alınan kampüsün projelendirmesi Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu, Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar genelgesi ve

Sağlık Bakanlığı'nın diğer kanun, yönetmelik, genelge ve tebliğleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Kapasite, Büyüklük, Nitelik Neye Göre Belirlendi?

Yatırım kararı sağlık bakanlığı tarafından verilmektedir. Dolayısı ile bölgedeki nüfusun ihtiyacına uygun yatak sayısı ve verilecek sağlık hizmetlerinin neler olacağına ilişkin kararı sağlık bakanlığı belirlemektedir. Bu bağlamda ilgili mevzuat çerçevesinde hazırlanan projelerle büyüklük belirlenmiştir.

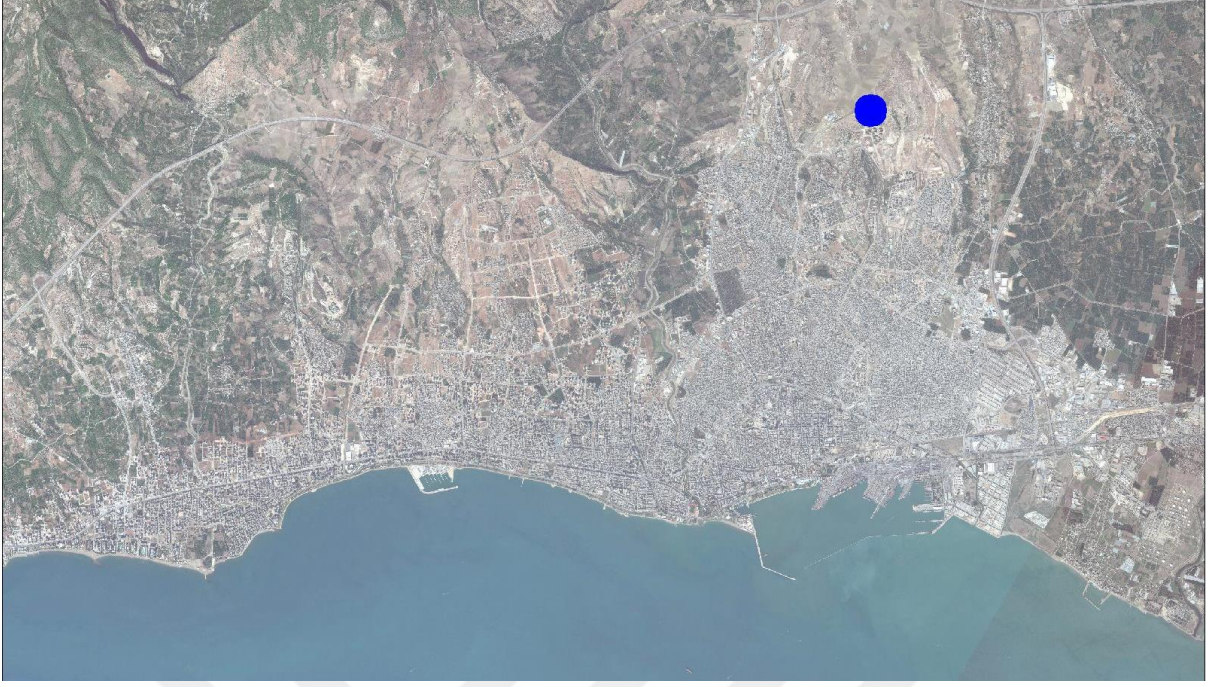
Sorunları, Avantajları, Benzer Diğer Kuruluşla Karşılaştırılması Durumunda Sonuç

Şehir hastaneleri kavramı henüz Türkiye için çok yeni olup Mersin Şehir Hastanesi bunun Türkiye'de ki ilk örneğidir. Hastane 3 şubat 2017 de faaliyetine başlamıştır. Bu nedenle şu süreçte karşılaştırma yapmak pek mümkün değildir Ancak devlet hastanelerine kıyasla daha nitelikli, hizmet kalitesi yüksek, imkanları çok daha iyi bir projedir.

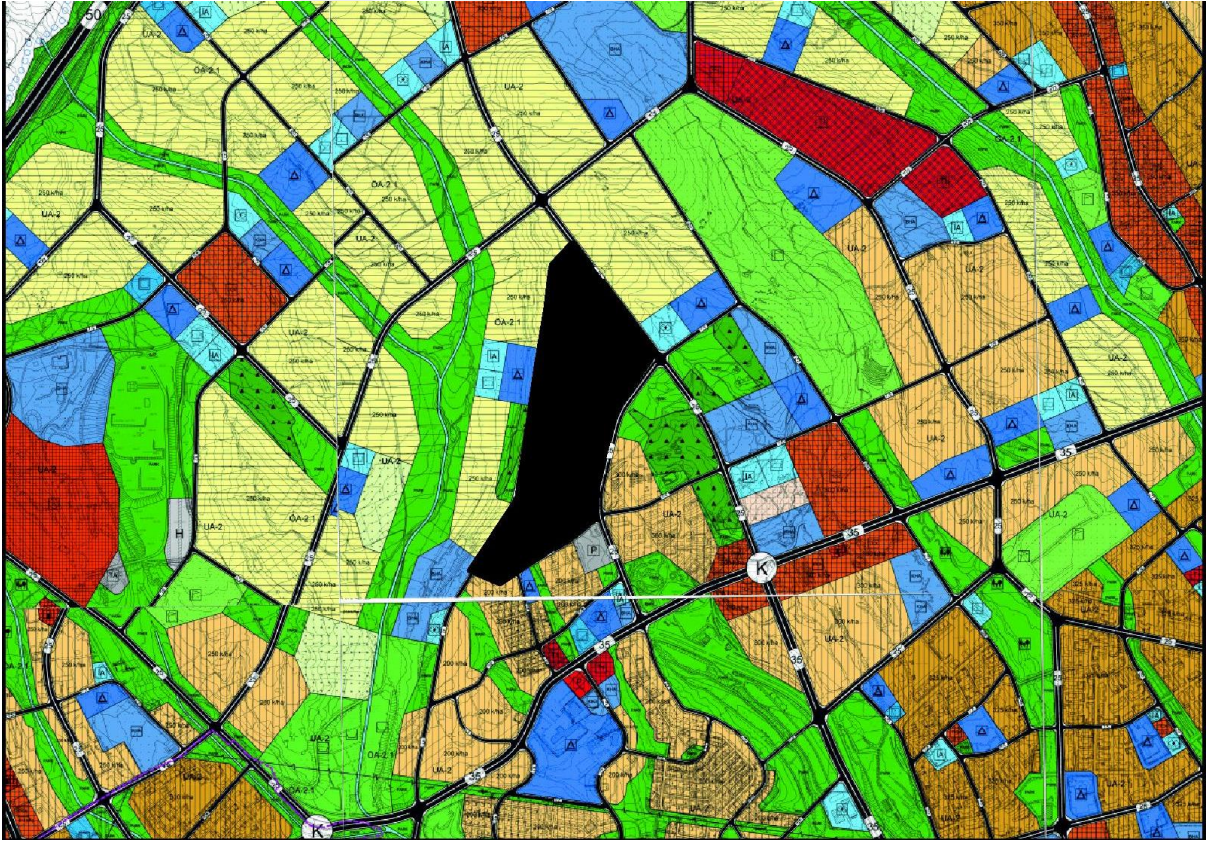
Kullanım açısından süreci çok yeni olan tesis bölgede fazla yerleşim yerinin olmaması, başlarda ulaşım olanaklarının kısıtlı olması, insanların bu bölgeye adapte olması gibi zamanla değişiklik gösteren sorunlar ile karşılaşmış ancak sürecin ilerlemesiyle ulaşım olanakları artmış, çevrede yapılaşma artmış dolayısı ile kullanım hala artış gösterme sürecindedir.

İmar Planı Süreci/Önceki Durumu, Sağlık Tesis Alanına Çevrilmesi, Nasıl Ruhsat Alındı?

Arazi planlanan kompleksin yapılabileceği büyüklükte bir yer arayışı sonucunda kent merkezinden çok uzak olmayan, ulaşım olanakları bakımından elverişli bir konumda olması nedeni ile tercih edilmiştir. Sağlık Bakanlığına tahsis edilen arsa Büyükşehir Belediyesinden talep edilmesi ile 1/5000 ve 1/1000 ölçekli planlarda da sağlık tesis alanı olarak çevrilmiştir.



Mersin Şehir Hastanesi Konumu (Uydu fotoğrafı kaynak:MBB)



1/5000 Nazım İmar Planında Şehir Hastanesi konumu (2018) (kaynak:MBB)

Özel Akademi Hastanesi

Görüşme yapılan kişi: Yönetim Kurulu Başkanı (Mayıs-2017)

Kuruluşun Özellikleri Nelerdir? (Yataklı Veya Ayaktan)(Yatak Sayısı Vs.)

Kuruluş özel hastaneler yönetmeliğine tabi 75 yatak kapasiteli özel hastanedir. Bunun 50'si hasta yatağı 25'i ise yoğun bakım hasta yatağı olarak belirlenmiştir.

Yatırım Kararı Nasıl Alındı?

15/2/2008 tarih 26788 sayılı resmi gazetede yayınlanan Ayakta Teşhis Ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik Geçici Madde-2 ile tıp merkezlerine yönetmelikte bahsi geçen diğer kuruluşlarla birleşerek veya tek başına 31/12/2013 tarihine kadar başvuru yapması ve bakanlıkça uygun görülmesi halinde özel hastaneye dönüşme hakkı verilmiştir. Bu haktan faydalanarak mevcut tıp merkezini daha çok branşta hasta ihtiyaçlarına cevap vermek adına hastaneye dönüşme kararı almıştır.

Tesisi Büyütmeyi Düşünüyor musunuz?

Hastane yenişehir ilçesinin kuzey bölgesinde kurulmuştur. Bu bölgenin Mersin'in nüfus yoğunluğu fazla, orta ve üst gelir grubuna hitap eden merkezi gelişim bölgesi olması sebebiyle faaliyetine 14.10.2015 tarihinde başlamış olan hastane için kapasiteyi artırma ihtiyacı duyulmaktadır. Buna yönelik ileri aşamalarda ek bina düşünülebilir.

Hastalar hangi ilçe ve mahallelerden geliyorlar?

Hasta profili bulunduğu konum yakın çevresinden, Mezitli ve Yenişehir merkez ilçelerden olmak üzere çoğunlukla merkez ilçelerden oluşmaktadır.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Belediye İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar,eleştiriler?

Kuruluş aşamasında ilgili belediyelerle herhangi bir sorun yaşanmamış, gerekli destek sağlanmış, yeterli altyapı, ulaşım ve çevresel hizmetler sunulmuştur.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Sağlık Bakanlığı İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar,Eleştiriler?

Öncelikle Sağlık bakanlığı kuruluşların hastaneye dönüşme ve daha kapsamlı hizmet verebilmeleri için yönetmelik ile ülke genelinde tıp merkezlerine böyle bir imkan sunmuştur. Hastaneye dönüşmek için ön izin başvurusu ve sonrasındaki süreçte de gerekli desteği sağlamıştır.

Yer Kararı Alınırken Dikkat Edilen Hususlar?

Bölgenin kuzey Mersin gelişim bölgesinde kalması, ulaşım noktaları açısından halihazırda kolay ulaşım imkanlarına sahip olması, ve arsa maliyeti açısından uygun bulunması gibi durumlar göz önünde bulundurularak 2007 yılında 3500 m2 alana sahip arsa satın alınmıştır. bu arsa üzerinde mevcut ve inşaat halinde sağlık tesislerinin de bulunması. Ayrıca bu arsa üzerinde mevcut ve inşaat halinde sağlık tesislerinin de bulunması insanların bildiği bir bölge olması açısından avantaj olarak görülmüştür.

Daha Önce Başka Bir Yerde Faaliyet Gösterip Göstermediği

Daha önce Edip Burhan Kapalı Spor salonu karşısında Açık Emar Tıp Merkezi olarak hizmet vermekteydi.

Hangi Mevzuat Kapsamında Olduğu

Hastane Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı'nın diğer kanun, yönetmelik, genelge ve tebliğleri kapsamındadır.

Kapasite, Büyüklük, Nitelik Neye Göre Belirlendi?

Hastane ön izni için başvuru yapılan dönemde ki yönetmeliğe göre en az 75 yatak kapasitesi ile özel hastane başvurusu yapılabiliyordu. Tıp merkezinden dönüşen bir hastane olarak öncelikle minimum kapasiteyle başlamak durumu görmek açısından uygun bulunmuş ve

bu doğrultuda proje hazırlanmıştır. Bunun yanında imar mevzuatı esasları ve ilgili belediye standartlarına göre yoğunluk ve kat sayısı belirlenmiştir.

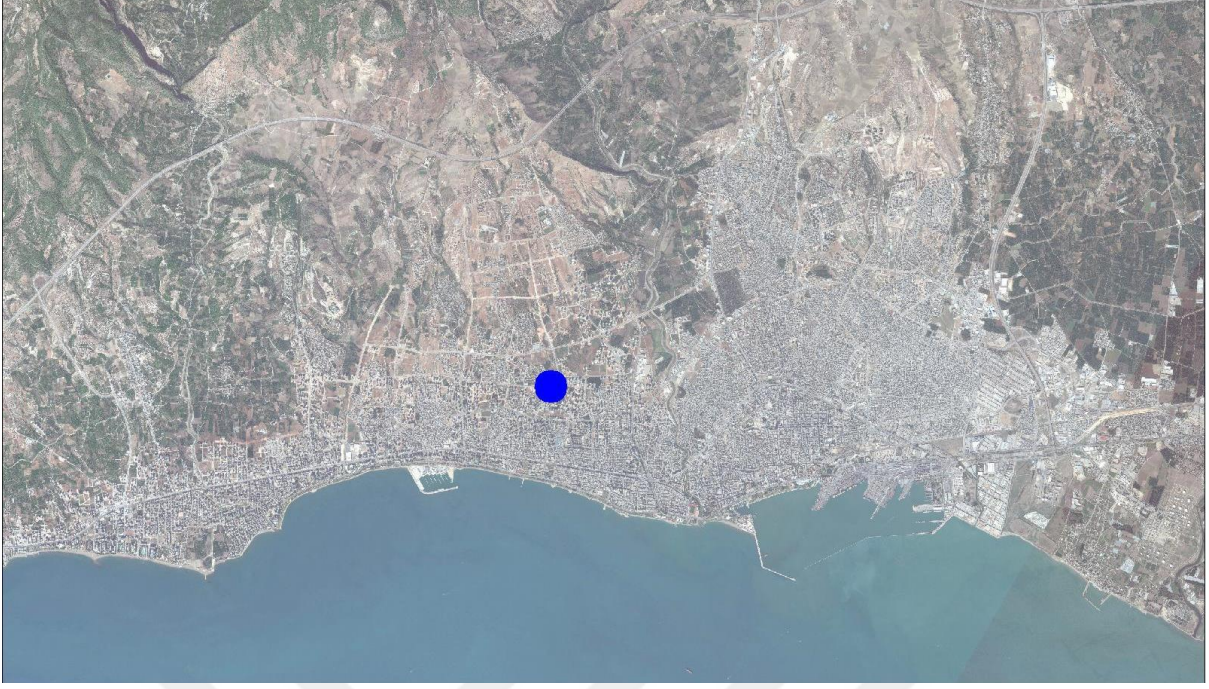
Sorunları, Avantajları, Benzer Diğer Kuruluşla Karşılaştırılması Durumunda Sonuç

Yeni bir hastane olarak başlarda hastanın tanınması, tercih etmesi, alışması için bir süreç gerekmektedir. Ancak avantajlı yanı hastane olmadan önce tıp merkezi olarak hizmet verdiği için çalışan personeli tanıyan ve bilinçli olarak gelen bir hasta potansiyeli de var. Açılışından bu yana geçen yaklaşık 2 yıllık süreçte hasta sayısı artmış, insanların güven duyduğu bir kuruluş haline gelmiştir. Konum itibarıyla mersinin merkezi sayılabilecek bir konumda ve kuzey mersin bölgesine de yakın olması nedeniyle buradaki hasta kitlesine de hitap etmektedir.

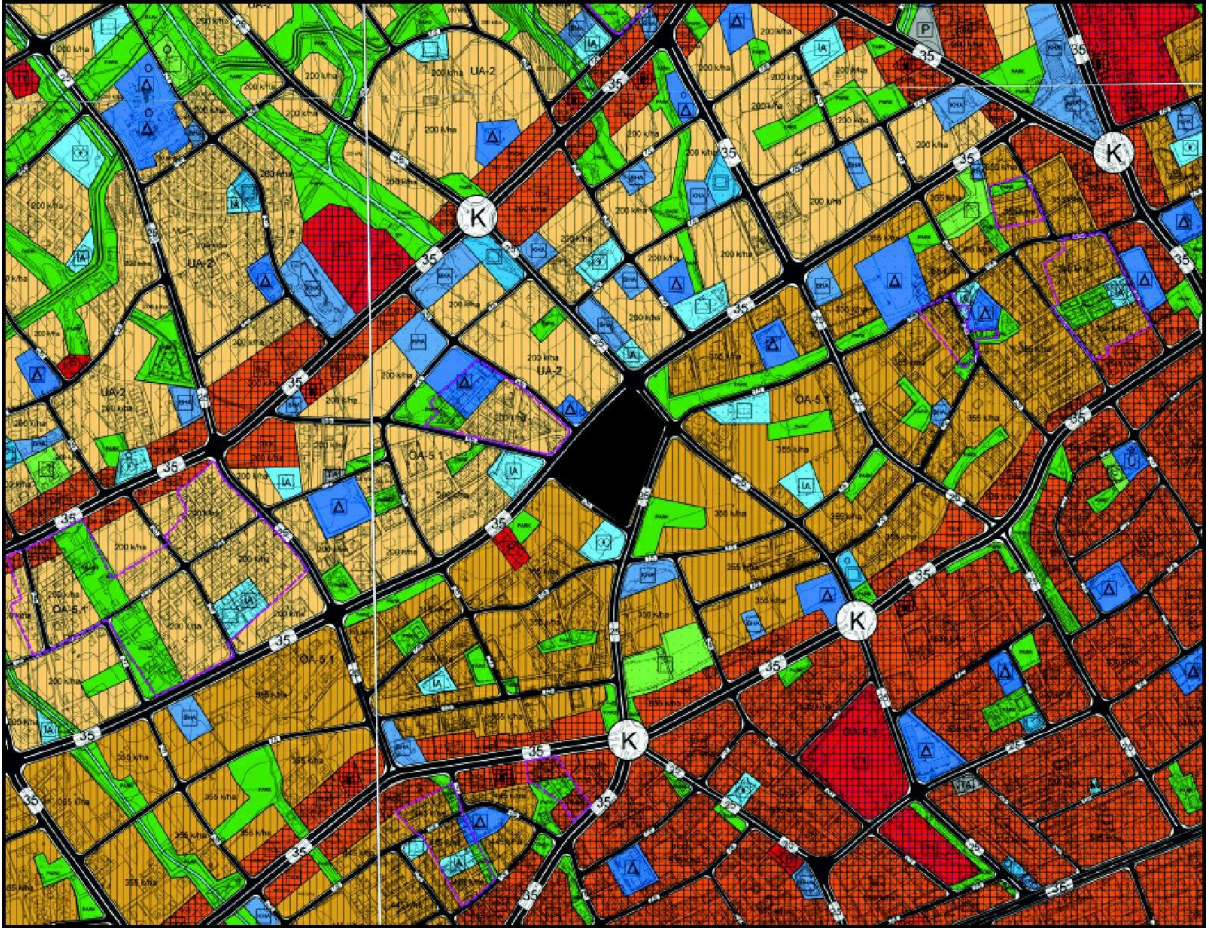
Özel hastaneler yönetmeliğinde kaliteyi geliştirmek ve iyileştirmeler yapmak adına süreç içerisinde sürekli değişiklikler yapılmaktadır. Dolayısı ile 5 yada 10 yıl önce yapılan bir hastanenin bu standartlara uygun yapılmış olması beklenemez. Ancak Bina içerisinde yapılan bir takım değişikliklerle bu standartlara uygun hale getirilir. yeni bir hastane olarak ise son yönetmeliklere uygun şekilde planlanarak hizmet vermektedir. Yönetmeliklerde yapılabilecek değişiklikler için büyüme alanları, rezerv alanlar düşünülmüştür.

İmar Planı Süreci/Önceki Durumu, Sağlık Tesis Alanına Çevrilmesi, Nasıl Ruhsat Alındı?

Arsa nazım planında konut alanı olarak belirlenmiştir ve yapılan başvurular neticesinde 2008 yılında özel sağlık tesis alanına çevrilmiştir.



Özel Akademi Hastanesi Konumu (Uydu fotoğrafı kaynak:MBB)



1/5000 Nazım İmar Planında Özel Akademi Hastanesi konumu (2018) [kaynak:MBB]

Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi

Görüşme yapılan kişi: Hastane Müdürü (Mart-2018)

Kuruluşun Özellikleri Nelerdir? (Yataklı Veya Ayaktan)(Yatak Sayısı Vs.)

Kuruluş özel hastaneler yönetmeliğine tabi özel göz dal hastanesidir. 12 hasta yatağı kapasitesine sahiptir.

Yatırım Kararı Nasıl Alındı?

Özel bir hastanede çalışan 4 göz hastalıkları uzmanının dal hastanesi açma fikri ile kurulmuştur.

Tesisin Büyütmeyi Düşünüyor musunuz?

Yatırım planlarında büyüme hedefi bulunmamaktadır. Akdeniz ilçesinde yer alan hastane göz alanında tek hastane olması sebebiyle iyi bir potansiyeline sahip olmakla birlikte mevcut kapasite yeterli gelmektedir.

Hastalar Hangi İlçe ve Mahallelerden Geliyorlar?

Hastalar genel olarak orta ve orta üstü gelir düzeyine sahiptir. Yenişehir ve Mezitli ağırlıklı olmak üzere tüm ilçelerden gelen hasta profili bulunmaktadır.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Belediye İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

25.02.2009 yılında faaliyete giren kuruluş Akdeniz belediyesine bağlıdır. Yer seçimi, projelendirme, ruhsat ve diğer tüm iş ve işlemlerde gerek Akdeniz belediyesi gerek Büyükşehir Belediyesi ile herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Sağlık Bakanlığı İle İlgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

Kuruluş aşaması ve sonraki süreçte Sağlık bakanlığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşanmamıştır. Ancak dönem dönem değişen mevzuata bağlı olarak mevcut yapı içerisinde fiziki değişiklikler yapılması gerekmektedir. Bu durum tabiki baştan bu şekilde planlanmamış bir yapı için zor olabilmektedir.

Yer Kararı Alınırken Dikkat Edilen Hususlar?

2007 yılı sonlarına doğru Sağlık Bakanlığı ön izni alınan proje yeri belirlenirken öncelik olarak ulaşım kolaylığı göz önünde bulundurulmuştur. Seçilen yerin Mezitli, Yenişehir, Toroslar ve Akdeniz ilçelerinden gelen toplu taşıma güzergahında olması önemli bir etkidir. Tarif edilmesi kolay, bilinen bir yer olması, yakınında büyük bir alışveriş merkezi ve aynı aks üzerinde halihazırda sağlık hizmeti verilen başka kuruluşların olması, geniş arsa alanı ve arsa dışında da otopark imkanı bulunması önemli etkenlerdir.

Daha Önce Başka Bir Yerde Faaliyet Gösterip Göstermediği

Kuruluş ortağı hekimler farklı hastanelerde çalışmışlardır ancak göz dal hastanesi olarak ilk faaliyetidir.

Hangi Mevzuat Kapsamında Olduğu

Hastane Planlı Alanlar İmar Yönetmeliği, Özel Hastaneler Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı'nın diğer kanun, yönetmelik, genelge ve tebliğleri kapsamındadır.

Kapasite, Büyüklük, Nitelik Neye Göre Belirlendi?

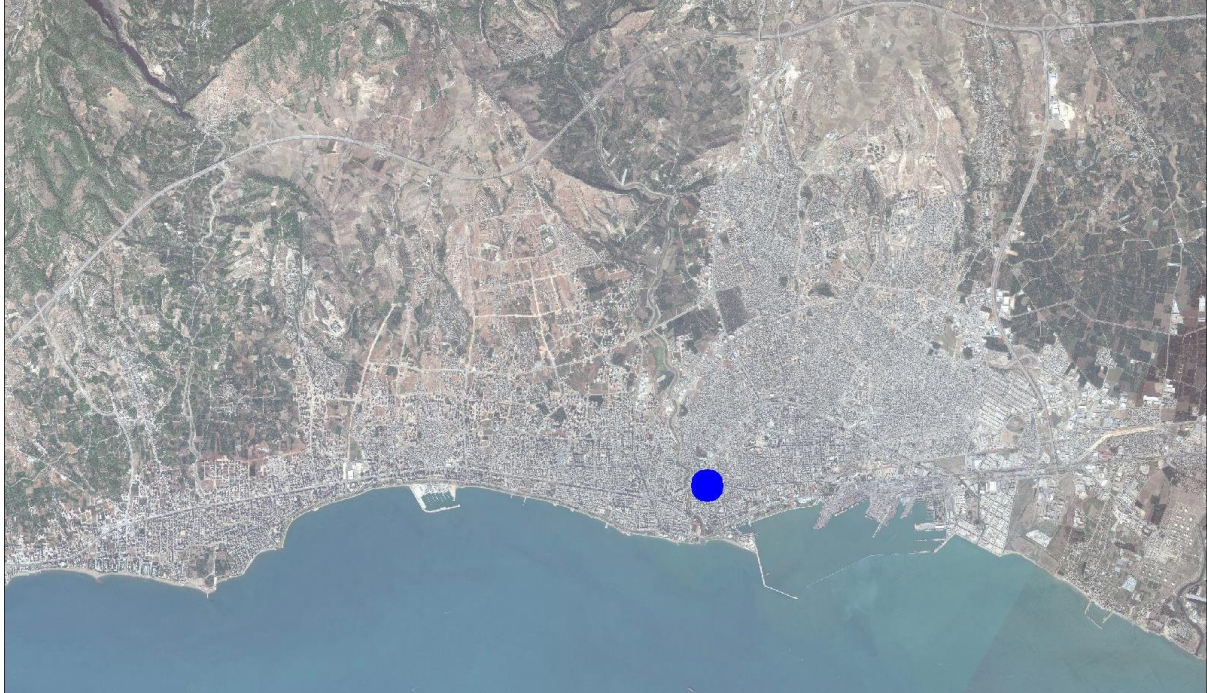
Kuruluş ortaklarının daha önce yine akdeniz bölgesinde yer alan başka bir özel hastanede çalışırken, toplamda günlük 250 civarında göz branş hastasının hastaneye başvurması dikkate alınarak kuruluş kapasitesi belirlenmiştir. Bu oran başlangıç aşamasından bugüne artış göstermiş ve hekim kapasitesi arttırılmıştır.

Sorunları, Avantajları, Benzer Diğer Kuruluşla Karşılaştırılması Durumunda Sonuç

Öncelikle dal hastanesi olması ve Mersin ilinde bu alanda tek olması avantaj sayılabilir. Diğer hastanelerle kıyaslanırsa dal hastanesi olması sebebiyle gelen hasta şikayetleri bellidir, diğer hastanelerde olduğu gibi kimi zaman acile gelen hastanın durumunun anlaşılması için birçok tetkike gerek kalmaz. Bu da hastanın kolaylıkla anlaşılabilir olmasını ve gerekli tedaviyi daha kolay tespit edebilmeyi sağlamaktadır.

İmar Planı Süreci/Önceki Durumu, Sağlık Tesis Alanına Çevrilmesi, Nasıl Ruhsat Alındı?

Arsa 2004 yılında satın alındığında sağlık tesis alanı olarak belirlenmiş dolayısı ile sonraki süreçte sağlık tesis alanına çevrilmesi ile ilgili herhangi bir işleme gerek kalmamıştır.



Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi Konumu [Uydu fotoğrafı kaynak:MBB]



1/5000 Nazım İmar Planında Özel Vizyon Göz Dal Hastanesi konumu (2018)[kaynak:MBB]

Özel İdeal Dent Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

Görüşme yapılan kişi: Kuruluş Ortağı (Mart-2018)

Kuruluşun Özellikleri Nelerdir? (Yataklı Veya Ayaktan)(Yatak Sayısı Vs.)

Kuruluş Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabi ayaktan teşhis ve tedavi yapan ağız ve diş sağlığı polikliniğidir. Mersinde ilki Yenişehir (pozcu) ve ikincisi Mezitli olmak üzere iki şubesi bulunmaktadır.

Yatırım Kararı Nasıl Alındı?

Bölgede uzman diş hekimlerinin birlikte yürüttüğü benzer bir poliklinik yapısının olmadığı göz önünde bulundurularak ilk poliklinik 3 uzman diş hekimi ortaklığında karar verilmiş ve 2015 yılında kurulmuştur.

Tesisi Büyütmeyi Düşünüyor musunuz?

2015 yılında kurulan poliklinik kısa sürede istenen hasta potansiyeline ulaşmış ve talebi karşılamak adına 2017 yılında ikinci şubesini açmıştır. İlerleyen yıllarda daha da büyüme hedeflemektedir.

Hastalar Hangi İlçe ve Mahallelerden Geliyorlar?

Gelen hasta profili orta ve büyük oranda üst gelir düzeyine sahiptir. Mersin'in hemen hemen her yerinden hasta gelmektedir. Uzak ilçelerden ve yakın illerden gelen hastalar da bulunmaktadır.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Belediye İle İgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

İlk polikliniğin yer aldığı Yenişehir İlçe Belediyesi ve ikinci polikliniğin yer aldığı Mezitli İlçe Belediyesi ve Mersin Büyükşehir Belediyesi ile ilgili tüm iş ve işlemler sorunsuz ilerlemiştir.

Kuruluş Aşamasından Bugüne Kadar Sağlık Bakanlığı İle İgili Beklenti, Yaşanan Sorunlar, Eleştiriler?

Sağlık Bakanlığı ile ilgili olarak genel olarak sorun yaşanmamıştır, ancak yönetmelikte poliklinik için istenen iki adet engelli wc (bay-bayan) olması fiziksel açıdan çok büyük olmayan bu alanlarda biraz zorlayıcı olmuştur. Ayrıca 2015'ten beri işlettiğimiz bu kuruluştaki engelli wc'ye hiç ihtiyaç olmamıştır.

Yer Kararı Alınırken Dikkat Edilen Hususlar?

Yer seçiminde öncelikle ulaşımın rahat olmasına dikkat edilmiştir. Bunun yanında merkezi konumda olması, kolay bulunabilir olması, ana caddeler üzereinde olması, önünden yaya sikülasyonunun olması ve yakınında toplu taşıma duraklarının olması önemli olmuştur. Her iki polikliniğin de yer seçiminde bu nitelikler göz önünde bulundurulmuştur.

Daha Önce Başka Bir Yerde Faaliyet Gösterip Göstermediği

Çalışan hekimler öncesinde birçok yerde hizmet vermiştir ancak ortaklık olarak kurduğumuz ilk poliklinik pozcu şubesidir.

Hangi Mevzuat Kapsamında Olduğu

Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

Kapasite, Büyüklük, Nitelik Neye Göre Belirlendi?

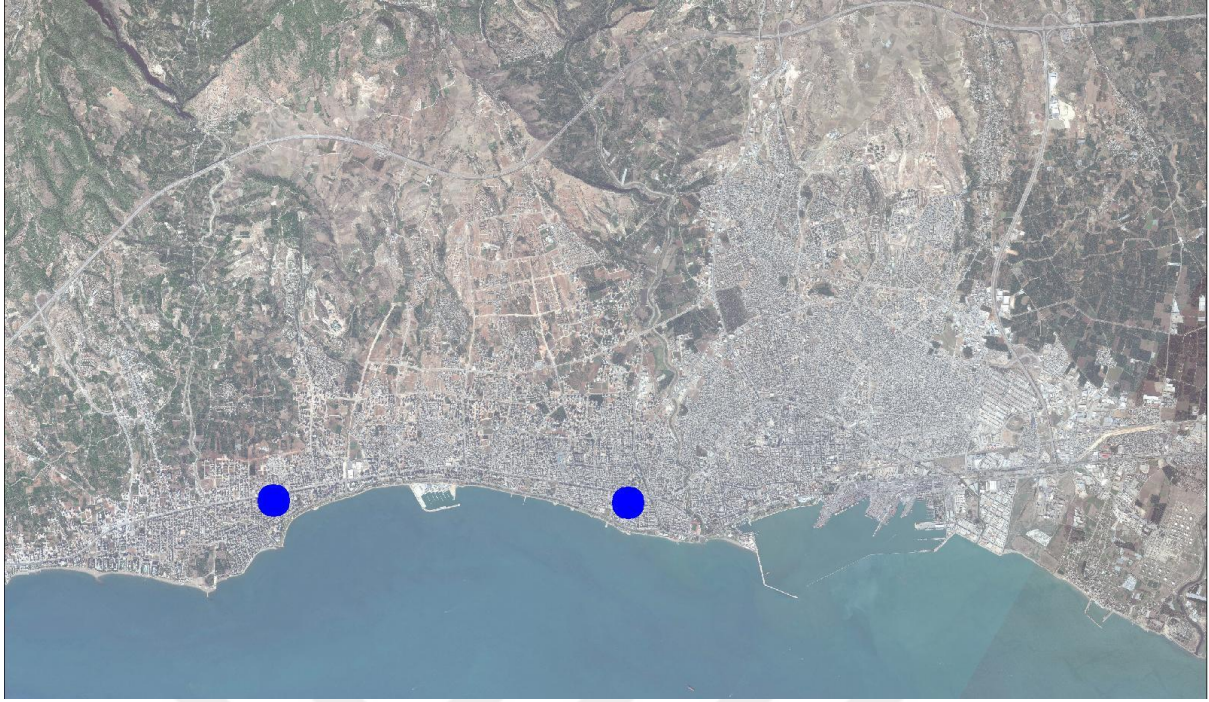
Bir araya gelen hekim sayısı, tahmini günlük hasta giriş kapasitesi ve aylık ciro beklentisi kapsamında kuruluşun kapasite, büyüklük ve nitelik kararı verilmiştir.

Sorunları, Avantajları, Benzer Diğer Kuruluşla Karşılaştırılması Durumunda Sonuç

Poliklinik 4 uzman hekimin bir arada olduğu Akdeniz bölgesindeki tek klinik olması nedeniyle avantaja sahiptir. Başka illerden ve ilçelerden de gelen birçok hasta bu nedenle polikliniği tercih etmektedir. Çünkü kısa sürede çeşitli tedavilerine yanıt verebilecek nitelikte bir ekip bulunmaktadır.

İmar Planı Süreci/Önceki Durumu, Sağlık Tesis Alanına Çevrilmesi, Nasıl Ruhsat Alındı?

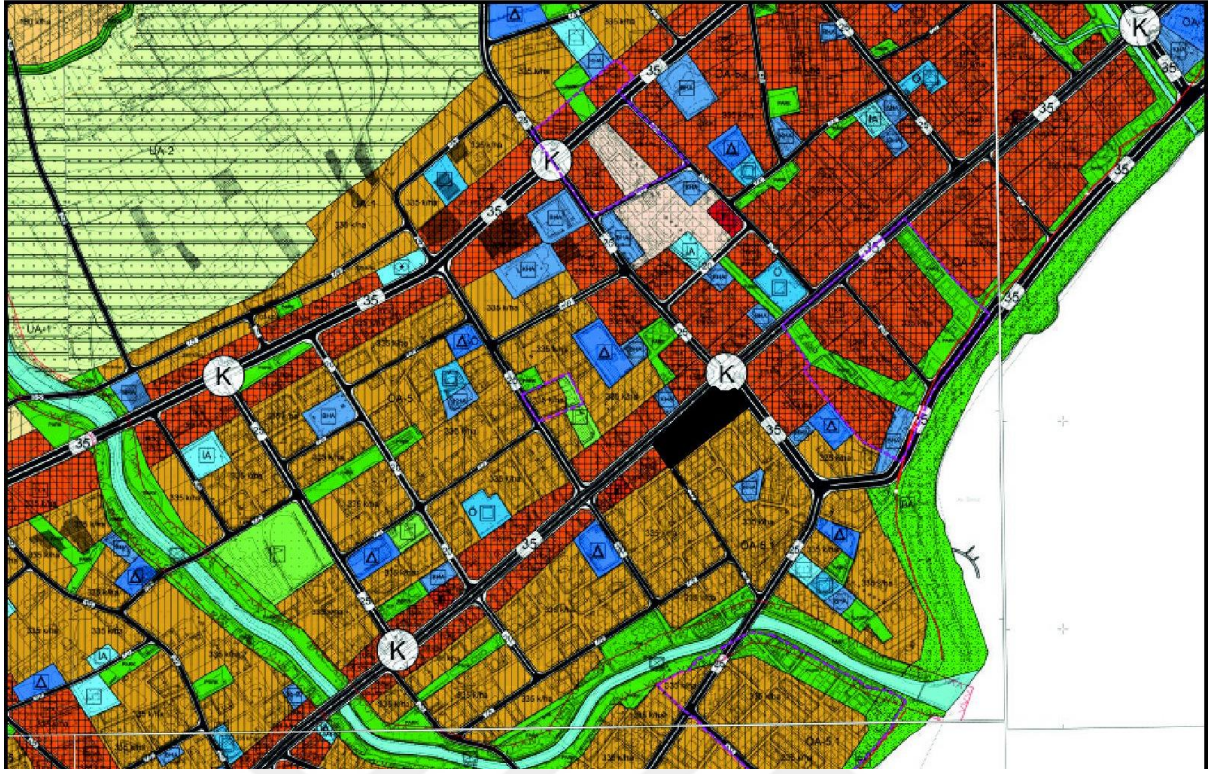
Poliklinik kuruluşunda alanın sağlık tesisi olma şartı bulunmamakta binanın bağımsız girişi olan bir bölümünde kurulması yeterli olmaktadır. Dolayısı ile böyle bir süreç yaşanmamıştır. Sağlık İl Müdürlüğü'ne bina projesi ile başvuru yaptıktan sonra yaklaşık 3 aylık bir inşaa süreci olmuş ve istenilen şartlar sağlandıktan sonra ruhsatlandırması yapılmıştır.



Özel İdeal Dent Diş Poliklinikleri Konumu [Uydu fotoğrafı kaynak:MBB]



1/5000 Nazım İmar Planında Özel İdeal Dent Diş Polikliniği-1 konumu (2018) [kaynak:MBB]








1/5000 Nazım İmar Planında Özel İdeal Dent Diş Polikliniği-2 konumu (2018) (kaynak:MBB)

EK-2

MERSİN BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ AKDENİZ - TOROSLAR - YENİŞEHİR - MEZİTLİ İLÇELERİ 1/5000 ÖLÇEKLİ REVİZYON NAZIM İMAR PLANI

GÖSTERİM


SINIRLAR

-  NAZIM İMAR PLANI ONAMA SINIRI
-  ÖZEL PROJE ALANI SINIRI
-  KENTSEL DÖNÜŞÜM VE GELİŞİM ALANI SINIRI
-  KIYI KENAR ÇİZGİSİ
-  KARAYOLLARI KAMULAŞTIRMA ALAN SINIRI



ALAN KULLANIMLARI

KONUT ALANLARI

MESKUN KONUT ALANLARI

-  DÜŞÜK YOĞUNLUKLU KONUT ALANI (51-150 kişi/ha)
-  ORTA YOĞUNLUKLU KONUT ALANI (151-300 kişi/ha)
-  YÜKSEK YOĞUNLUKLU KONUT ALANI (301-600 kişi/ha)

GELİŞME KONUT ALANLARI

-  ORTA YOĞUNLUKLU KONUT ALANI (121-250 kişi/ha)
-  YÜKSEK YOĞUNLUKLU KONUT ALANI (251-400 kişi/ha)

KENTSEL ÇALIŞMA ALANLARI

-  KAMU HİZMET ALANI
-  BELEDİYE HİZMET ALANI
-  TİCARET-KONUT ALANI
-  TİCARET ALANI
-  MERKEZİ İŞ ALANI
-  KONUT DIŞI KENTSEL ÇALIŞMA ALANI
-  AKARYAKIT VE SERVİS İSTASYONU ALANI
-  PAZAR ALANI
-  TOPLU İŞYERİ ALANI
-  TURİZM ALANI
-  TİCARET-TURİZM-KONUT ALANI
-  SANAYİ ALANI
-  KÜÇÜK SANAYİ ALANI
-  ORGANİZE TARIM BÖLGESİ
-  TEKNOLOJİ GELİŞTİRME BÖLGESİ
-  ASKERİ ALAN
-  SERBEST BÖLGE
-  ENERJİ DEPOLAMA ALANI

KENTSEL SOSYAL ALTYAPI ALANLARI

-  EĞİTİM ALANI
-  YÜKSEK ÖĞRETİM TESİS ALANI
-  SOSYAL TESİS ALANI
-  KÜLTÜREL TESİS ALANI
-  SAĞLIK TESİS ALANI
-  ÖZEL SOSYAL ALTYAPI ALANI
-  İBADET ALANI
-  SPOR ALANI



AÇIK VE YEŞİL ALANLAR

-  PARK VE YEŞİL ALAN
-  AĞAÇLANDIRILACAK ALAN
-  REKREASYON ALANI
-  REKREATİF ALAN
-  FUAR ALANI
-  MEZARLIK ALANI
-  PASİF YEŞİL ALAN
-  MEYDAN

KORUNACAK ALANLAR

-  1. DERECE ARKEOLOJİK SİT ALANI
-  3. DERECE ARKEOLOJİK SİT ALANI
-  2. DERECE DOĞAL SİT VE TARİHİ SİT ALANI
-  KENTSEL SİT ALANI
-  TABİAT PARKI ALANI
-  DENİZ KAPLUMBAĞALARI ÜREME VE KORUMA ALANI
-  DENİZ KAPLUMBAĞALARI 1. KORUMA BÖLGESİ

YAPI YASAĞI YA DA SINIRLAMA GETİRİLEN ALANLAR

-  TAŞKIN MARUZ ALAN
-  SU YÜZEYİ

BUGÜNKÜ ARAZİ KULLANIMI DEVAM ETTİRİLEREK KORUNACAK ALANLAR

-  ORMAN ALANI
-  TARIM ALANI

KENTSEL TEKNİK ALTYAPI

-  OTYOYOL
-  BİRİNCİ DERECE YOL
-  İKİNCİ DERECE YOL
-  DEMİRYOLU İSTASYONU ALANI
-  TERMINAL ALANI
-  GENEL OTOYOL ALANI
-  HELİPORT
-  LİMAN
-  BALIKÇI BARINAĞI
-  İSKELE
-  ATIK SU ARITMA TESİSİ ALANI
-  TEKNİK ALTYAPI ALANI
-  ENERJİ NAKİL HATTI

EK-3**Kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarının yatak sayıları, 1967-2016**

Number of hospital beds in public and private inpatient institutions, 1967-2016

Yıllar Years	Toplam Total	Sağlık Bakanlığı'na bağlı			
		Attached to the Ministry of Health	Üniversite University	Özel Private	Diğer ⁽¹⁾ Other ⁽¹⁾
1967	59 173	47 728	2 442	3 652	5 351
1968	64 966	52 238	4 415	3 632	4 681
1969	69 224	54 611	5 723	3 573	5 317
1970	71 486	57 725	4 404	3 894	5 463
1971	74 556	60 133	4 643	4 457	5 323
1972	77 372	62 685	4 643	4 654	5 390
1973	81 075	65 350	5 598	4 706	5 421
1974	83 458	66 135	6 816	5 130	5 377
1975	81 264	65 255	7 004	3 780	5 225
1976	82 945	67 206	7 004	3 162	5 573
1977	83 036	66 326	7 671	3 137	5 902
1978	86 526	68 389	8 954	3 041	6 142
1979	96 752	73 975	12 819	3 850	6 108
1980	99 117	75 484	13 501	3 868	6 264
1981	97 765	73 837	13 816	4 028	6 084
1982	96 138	75 648	12 993	4 070	3 427
1983	99 396	77 135	13 803	4 547	3 911
1984	100 496	78 196	13 803	4 707	3 790
1985	103 918	80 423	14 653	4 874	3 968
1986	107 152	83 023	15 272	4 895	3 962
1987	111 135	84 045	17 749	5 207	4 134
1988	112 248	85 733	17 749	4 707	4 059
1989	116 061	88 387	17 749	5 839	4 086
1990	120 738	92 354	18 068	6 230	4 086
1991	123 706	94 687	18 298	6 570	4 151
1992	126 611	97 040	18 298	7 136	4 137
1993	131 874	101 104	19 009	7 724	4 037
1994	134 665	102 949	19 852	7 925	3 939
1995	136 072	102 388	20 811	8 934	3 939
1996	139 919	103 706	22 056	10 042	4 115
1997	144 984	106 231	23 383	11 255	4 115
1998	148 987	108 311	23 828	12 678	4 170
1999	153 465	111 084	24 094	14 077	4 210
2000	134 950	96 334	23 838	12 162	2 616
2001	140 710	100 845	25 296	11 837	2 732
2002	164 471	107 394	26 341	12 387	18 349
2003	165 465	107 771	26 619	12 917	18 158
2004	166 707	108 511	28 025	12 671	17 500
2005	170 972	110 109	29 014	13 876	17 973
2006	174 342	110 819	31 193	14 639	17 691
2007	178 000	112 037	30 978	17 397	17 588
2008	183 183	114 428	29 912	20 938	17 905

2009	188 638	115 443	30 112	25 178	17 905
2010	200 239	120 180	35 001	28 063	16 995
2011	194 504	121 297	34 802	31 648	6 757
2012	200 072	122 322	35 150	35 767	6 833
2013	202 031	121 269	36 056	37 983	6 723
2014	206 836	123 690	36 670	40 509	5 967
2015	209 648	122 331	38 361	43 645	5 311
2016	217 771	132 921	37 707	47 143	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Source: Ministry of Health

(1) "Diğer" grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. 2016 yılında sayıları az olduğundan "Özel" sektöre dahil edilmiştir. Ayrıca, 2002 - 2015 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler "Diğer" grubuna dahil edilmiştir.

(1) Under the "Other" group, inpatient medical institutions owned by the municipalities are covered. Due to being few in number for the year 2016, inpatient medical institutions owned by the municipalities were included in "Private" group. Ministry of Defence Hospitals were included in "Other" group between the years of 2002 - 2015.

EK-4

Sağlık personelinin illere göre dağılımı, 2016

Distribution of health personnel by provinces, 2016

İller - Provinces	Toplam	Uzman	Pratisyen	Asistan	Sağlık				
	hekim	hekim	hekim	hekim	Diş	Hemşire	Health	Ebe	Eczacı
	Total	Specialist	General	Medical	Hekimi	Nurse	officer	Midwife	Pharmacist
	physician	physician	practitioner	resident	Dentist				
Toplam - Total	144 827	78 620	43 058	23 149	26 674	152 952	144 609	52 456	27 864
Adana	3 977	2 230	1 148	599	625	4 176	3 892	1 455	741
Adıyaman	745	411	310	24	83	1 251	1 203	501	135
Afyon	1 063	476	431	156	144	1 402	1 556	562	241
Ağrı	515	200	315	0	53	587	616	199	79
Amasya	390	187	202	1	76	746	843	348	127
Ankara	16 597	9 861	2 278	4 458	3 403	13 342	13 481	3 185	2 297
Antalya	4 598	2 639	1 290	669	1 052	4 427	4 716	1 739	1 150
Artvin	237	81	156	0	39	344	457	165	50
Aydın	1 968	1 021	637	310	339	2 137	2 044	1 087	464
Balıkesir	1 556	851	638	67	341	2 327	2 327	1 336	474
Bilecik	265	112	153	0	59	359	452	163	58
Bingöl	293	116	177	0	38	560	567	229	53
Bitlis	389	143	246	0	56	497	517	143	58
Bolu	667	288	174	205	111	848	820	260	124
Burdur	371	162	209	0	78	587	740	340	117
Bursa	4 528	2 621	1 356	551	915	5 285	4 438	1 736	1 013
Çanakkale	990	532	317	141	180	1 136	1 166	590	195
Çankırı	225	86	139	0	47	340	586	133	62
Çorum	677	327	340	10	122	1 067	1 189	448	170
Denizli	1 840	976	544	320	351	2 154	2 088	1 044	443
Diyarbakır	2 394	1 193	808	393	307	3 201	2 636	819	393
Edirne	1 069	529	247	293	140	1 061	985	404	166
Elazığ	1 185	591	362	232	114	1 422	1 318	542	184

Erzincan	386	190	156	40	48	468	558	175	63
Erzurum	1 726	710	517	499	182	1 759	1 620	506	209
Eskişehir	1 770	984	469	317	281	2 368	2 263	699	372
Gaziantep	2 669	1 423	929	317	339	2 930	2 575	955	523
Giresun	631	309	322	0	79	1 108	1 266	482	163
Gümüşhane	189	71	118	0	45	292	365	82	31
Hakkari	252	99	153	0	43	317	381	100	25
Hatay	2 082	1 019	900	163	367	2 607	2 769	856	551
Isparta	1 008	478	228	302	145	1 302	1 266	527	192
Mersin	2 480	1 391	870	219	482	3 049	3 261	1 631	674
İstanbul	31 885	19 457	6 882	5 546	7 381	24 616	15 721	5 791	5 360
İzmir	9 813	5 759	2 224	1 830	1 857	8 750	7 454	2 787	1 895
Kars	463	209	194	60	39	442	458	259	54
Kastamonu	461	176	285	0	86	706	979	250	116
Kayseri	2 482	1 216	677	589	409	2 900	3 248	984	488
Kırklareli	502	262	240	0	121	651	743	335	151
Kırşehir	314	152	155	7	44	468	702	263	92
Kocaeli	2 963	1 575	945	443	508	3 361	2 894	1 143	501
Konya	3 972	1 845	1 224	903	594	4 562	4 394	1 419	817
Kütahya	703	354	303	46	128	1 172	1 152	457	196
Malatya	1 651	793	490	368	198	2 093	1 956	888	249
Manisa	2 239	1 244	775	220	328	2 729	2 516	1 174	515
Kahramanmaraş	1 493	691	629	173	189	2 213	2 085	815	291
Mardin	786	336	450	0	111	910	1 022	357	191
Muğla	1 661	957	614	90	371	1 695	2 076	877	479
Muş	394	131	263	0	45	524	480	145	57
Nevşehir	347	168	179	0	55	519	778	212	111
Niğde	377	178	199	0	58	598	700	296	110
Ordu	1 038	525	462	51	179	1 514	1 626	673	266
Rize	599	276	206	117	92	831	684	241	117
Sakarya	1 352	674	495	183	257	1 412	1 612	652	302
Samsun	2 550	1 397	735	418	410	3 168	3 288	1 063	480
Siirt	397	159	238	0	29	573	533	133	68
Sinop	251	108	143	0	52	455	557	203	80
Sivas	1 216	573	422	221	188	1 362	1 444	567	191
Tekirdağ	1 325	742	510	73	281	1 344	1 536	529	311
Tokat	907	401	371	135	151	1 390	1 580	535	187
Trabzon	1 748	846	464	438	250	2 620	2 431	688	310
Tunceli	117	49	68	0	28	175	234	138	16
Şanlıurfa	2 079	879	1 048	152	239	2 107	1 887	657	473
Uşak	478	260	218	0	100	695	845	494	140
Van	1 491	597	677	217	125	1 562	1 412	443	145
Yozgat	591	222	332	37	67	882	1 093	371	119
Zonguldak	1 091	541	341	209	156	1 444	1 143	450	189
Aksaray	443	219	224	0	78	656	803	243	151
Bayburt	112	46	66	0	18	146	230	48	15
Karaman	292	147	145	0	61	478	546	201	100
Kırkkale	647	297	160	190	82	690	1 056	253	102
Batman	687	325	362	0	87	1 049	1 026	302	134
Şırnak	403	160	243	0	58	433	521	166	65

Bartın	238	113	125	0	41	392	395	161	68
Ardahan	139	56	83	0	19	172	199	54	19
İğdır	202	78	124	0	30	297	296	114	44
Yalova	334	208	126	0	80	409	511	157	85
Karabük	375	222	153	0	69	544	605	230	89
Kilis	232	94	138	0	28	305	320	125	37
Osmaniye	613	301	312	0	122	860	1 251	451	180
Düzce	642	295	200	147	91	622	626	221	111

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Source: Ministry of Health

Devlet hesabına ve serbest çalışan tüm sağlık personelinin kapsar.

All healthcare providers working in public and private sectors are covered

EK-5**Sağlık kurumu sayısı, toplam yatak sayısı ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısı, 1967-2016**

Number of medical institutions, total hospital beds and number of hospital beds per 1000 population, 1967-2016

Yıllar	Toplam sağlık kurumu sayısı	Yataklı sağlık kurumu sayısı	Yataksız sağlık kurumu sayısı ⁽¹⁾	Toplam yatak sayısı	1000 kişi başına düşen yatak sayısı
Years	Total number of medical institutions	Number of inpatient medical institutions	Number of outpatient medical institutions ⁽¹⁾	Total number of hospital beds	Number of hospital beds per 1000 population
1967	664	664	-	59 173	1,81
1968	681	681	-	64 966	1,93
1969	725	725	-	69 224	2,01
1970	743	743	-	71 486	2,02
1971	759	759	-	74 556	2,06
1972	778	778	-	77 372	2,08
1973	790	790	-	81 075	2,13
1974	796	796	-	83 458	2,14
1975	798	798	-	81 264	2,03
1976	790	790	-	82 945	2,03
1977	772	772	-	83 036	1,99
1978	776	776	-	86 526	2,03
1979	822	822	-	96 752	2,22
1980	827	827	-	99 117	2,23
1981	831	831	-	97 765	2,15
1982	648	648	-	96 138	2,06
1983	646	646	-	99 396	2,08
1984	687	687	-	100 496	2,05
1985	722	722	-	103 918	2,07
1986	736	736	-	107 152	2,08
1987	756	756	-	111 135	2,12
1988	777	777	-	112 248	2,11
1989	812	812	-	116 061	2,14
					142

1990	857	857	-	120 738	2,19
1991	899	899	-	123 706	2,21
1992	928	928	-	126 611	2,22
1993	962	962	-	131 874	2,28
1994	982	982	-	134 665	2,29
1995	1 009	1 009	-	136 072	2,28
1996	1 034	1 034	-	139 919	2,31
1997	1 078	1 078	-	144 984	2,35
1998	1 138	1 138	-	148 987	2,39
1999	1 171	1 171	-	153 465	2,42
2000	10 747	1 183	9 564	134 950	2,08
2001	10 581	1 199	9 382	140 710	2,14
2002	9 685	1 156	8 529	164 471	2,48
2003	9 183	1 174	8 009	165 465	2,46
2004	9 038	1 217	7 821	166 707	2,45
2005	8 870	1 196	7 674	170 972	2,48
2006	9 831	1 203	8 628	174 342	2,50
2007	11 839	1 317	10 522	178 000	2,52
2008	13 818	1 350	12 468	183 183	2,56
2009	15 205	1 389	13 816	188 638	2,60
2010	26 993	1 439	25 554	200 239	2,72
2011	27 997	1 453	26 544	194 504	2,60
2012	29 960	1 483	28 477	200 072	2,65
2013	30 116	1 517	28 599	202 031	2,64
2014	30 176	1 528	28 648	206 836	2,66
2015	30 449	1 533	28 916	209 648	2,66
2016	32 980	1 510	31 470	217 771	2,73

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Source: Ministry of Health

(1) Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri sayıları toplama dahil edilmiştir. 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

(1) The numbers of Community Health Centers, Family Medicine Units, Tuberculosis Dispensaries, MCH/FP Centers, Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Centers, Specialty Medical Centers and Private Outpatients Clinics are included in the total. Reliable data in compliance with the description could not be obtained before the year 2000.

EK-6

Yataklı ve yataksız sağlık kurumları sayısı, 1967-2016

Number of inpatient and outpatient medical institutions, 1967-2016

Yıllar Years	Sağlık Bakanlığı'na bağlı						Yataksız sağlık kurumu ⁽²⁾ Outpatient medical institutions ⁽²⁾
	Genel Toplam	Toplam	Attached to the Ministry of Health	Üniversite University	Özel Private	Diğer ⁽¹⁾ Other ⁽¹⁾	
1967	664	664	548	5	76	35	-
1968	681	681	570	5	74	32	-

1969	725	725	612	4	75	34	-
1970	743	743	626	4	79	34	-
1971	759	759	637	4	84	34	-
1972	778	778	652	4	88	34	-
1973	790	790	659	6	92	33	-
1974	796	796	663	7	94	32	-
1975	798	798	661	5	92	40	-
1976	790	790	668	7	81	34	-
1977	772	772	646	7	81	38	-
1978	776	776	654	8	77	37	-
1979	822	822	674	15	90	43	-
1980	827	827	677	17	90	43	-
1981	831	831	677	17	96	41	-
1982	648	648	489	20	101	38	-
1983	646	646	490	20	100	36	-
1984	687	687	529	20	110	28	-
1985	722	722	558	23	115	26	-
1986	736	736	576	23	113	24	-
1987	756	756	591	24	116	25	-
1988	777	777	614	24	115	24	-
1989	812	812	640	24	125	23	-
1990	857	857	686	23	125	23	-
1991	899	899	719	25	133	22	-
1992	928	928	739	25	143	21	-
1993	962	962	764	27	151	20	-
1994	982	982	781	29	154	18	-
1995	1 009	1 009	792	33	166	18	-
1996	1 034	1 034	797	35	184	18	-
1997	1 078	1 078	813	37	210	18	-
1998	1 138	1 138	842	40	237	19	-
1999	1 171	1 171	849	42	260	20	-
2000	10 747	1 183	861	42	261	19	9 564
2001	10 581	1 199	870	43	267	19	9 382
2002	9 685	1 156	774	50	271	61	8 529
2003	9 183	1 174	789	50	274	61	8 009
2004	9 038	1 217	829	52	278	58	7 821
2005	8 870	1 196	793	53	293	57	7 674
2006	9 831	1 203	767	56	331	49	8 628
2007	11 839	1 317	848	56	365	48	10 522
2008	13 818	1 350	847	57	400	46	12 468
2009	15 205	1 389	834	59	450	46	13 816
2010	26 993	1 439	843	62	489	45	25 554
2011	27 997	1 453	840	65	503	45	26 544
2012	29 960	1 483	832	65	541	45	28 477
2013	30 116	1 517	854	69	550	44	28 599
2014	30 176	1 528	866	69	556	37	28 648
2015	30 449	1 533	865	70	562	36	28 916
2016	32 980	1 510	876	69	565	-	31 470

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

(1) "Diğer" grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları kapsamıştır. 2016 yılında sayıları az olduğundan "Özel" sektöre dahil edilmiştir. Ayrıca, 2002 - 2015 yılları arasında Milli Savunma Bakanlığı'na ait hastaneler "Diğer" grubuna dahil edilmiştir.

Source: Ministry of Health

(1) Under the "Other" group, inpatient medical institutions owned by the municipalities are covered. Due to being few in number for the year 2016, inpatient medical institutions owned by the municipalities were included in "Private" group. Ministry of Defence Hospitals were included in "Other" group between the years of 2002 - 2015.

(2) Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Evi, Verem Savaş Dispanseri, AÇSAP Merkezi, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, Özel Poliklinik, Özel Tıp Merkezleri sayıları toplama dahil edilmiştir. 2000 yılı öncesi için, tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

(2) The numbers of Community Health Centers, Family Medicine Units, Tuberculosis Dispensaries, MCH/FP Centers, Cancer Early Diagnosis, Screening and Training Centers, Specialty Medical Centers and Private Outpatients Clinics are included in the total. Reliable data in compliance with the description could not be obtained before the year 2000.

EK-7

Hastane ve yatakların illere göre dağılımı, 2016

Distribution of hospitals and beds by provinces, 2016

A. Hastane sayısı - Number of hospitals **B. Yatak sayısı - Number of beds**

İller - Provinces	Toplam		Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel	
	Total		Ministry of Health		University		Private	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Toplam - Total	1 510	217 771	876	132 921	69	37 707	565	47 143
Adana	27	6428	12	3528	2	1735	13	1165
Adıyaman	12	1269	10	1117	0	0	2	152
Afyon	22	1918	18	1355	1	337	3	226
Ağrı	10	839	8	751	0	0	2	88
Amasya	7	755	7	755	0	0	0	0
Ankara	86	18840	40	10519	10	4957	36	3364
Antalya	44	5799	15	2958	2	872	27	1969
Artvin	8	346	8	346	0	0	0	0
Aydın	23	2876	16	2070	1	533	6	273
Balıkesir	26	2944	21	2530	1	147	4	267
Bilecik	8	320	8	320	0	0	0	0
Bingöl	8	636	7	605	0	0	1	31
Bitlis	8	899	7	853	0	0	1	46
Bolu	11	1529	9	1323	0	0	2	206
Burdur	8	723	7	674	0	0	1	49
Bursa	39	7019	20	4905	1	844	18	1270
Çanakkale	14	1408	11	1039	1	255	2	114
Çankırı	9	425	8	330	0	0	1	95
Çorum	16	1532	14	1258	0	0	2	274
Denizli	21	3107	12	1630	1	800	8	677
Diyarbakır	22	4472	14	2594	1	1218	7	660
Edirne	11	1926	7	834	1	942	3	150
Elazığ	10	2718	6	1448	1	935	3	335
Erzincan	10	533	9	453	0	0	1	80
Erzurum	23	3347	21	2084	1	1188	1	75
Eskişehir	15	3363	9	1867	1	1081	5	415
Gaziantep	29	5653	9	2513	1	792	19	2348
Giresun	19	1552	16	1255	1	36	2	261
Gümüşhane	6	311	6	311	0	0	0	0
Hakkari	4	393	4	393	0	0	0	0

Hatay	24	3795	11	2293	1	452	12	1050
Isparta	16	1879	10	1124	1	463	5	292
Mersin	27	3822	12	2280	1	547	14	995
İstanbul	238	36124	56	17268	16	4722	166	14134
İzmir	56	11421	28	6349	3	2834	25	2238
Kars	8	726	7	493	1	233	0	0
Kastamonu	17	1104	15	949	0	0	2	155
Kayseri	27	4132	12	1704	1	1216	14	1212
Kırklareli	9	902	5	658	0	0	4	244
Kırşehir	5	447	4	413	0	0	1	34
Kocaeli	27	4360	10	2318	1	704	16	1338
Konya	42	7042	26	3803	3	2208	13	1031
Kütahya	12	1905	10	1695	0	0	2	210
Malatya	19	2657	9	1358	1	827	9	472
Manisa	28	4160	18	2974	1	416	9	770
Kahramanmaraş	19	2729	10	1673	1	516	8	540
Mardin	11	1252	9	1055	0	0	2	197
Muğla	22	1991	11	1304	0	0	11	687
Muş	7	715	6	670	0	0	1	45
Nevşehir	8	651	6	510	0	0	2	141
Niğde	8	812	7	739	0	0	1	73
Ordu	17	2053	12	1548	0	0	5	505
Rize	10	1100	9	1052	0	0	1	48
Sakarya	18	1962	12	1675	0	0	6	287
Samsun	28	4416	18	2617	1	976	9	823
Siirt	9	818	6	622	0	0	3	196
Sinop	7	505	7	505	0	0	0	0
Sivas	19	2631	17	1355	1	1061	1	215
Tekirdağ	20	2568	9	1411	1	299	10	858
Tokat	15	1810	13	1472	1	289	1	49
Trabzon	22	3193	17	2053	1	780	4	360
Tunceli	6	150	6	150	0	0	0	0
Şanlıurfa	20	3797	13	2627	1	580	6	590
Uşak	8	1215	6	935	0	0	2	280
Van	13	2921	9	1970	1	606	3	345
Yozgat	16	976	14	845	1	100	1	31
Zonguldak	12	2171	8	1395	1	564	3	212
Aksaray	9	722	7	588	0	0	2	134
Bayburt	1	200	1	200	0	0	0	0
Karaman	6	593	4	500	0	0	2	93
Kırıkkale	7	1095	5	740	1	326	1	29
Batman	12	1335	6	668	0	0	6	667
Şırnak	7	631	7	631	0	0	0	0
Bartın	3	432	3	432	0	0	0	0
Ardahan	3	175	3	175	0	0	0	0

İğdır	4	311	3	275	0	0	1	36
Yalova	6	499	3	335	0	0	3	164
Karabük	6	676	5	547	0	0	1	129
Kilis	2	321	2	321	0	0	0	0
Osmaniye	10	1290	4	700	0	0	6	590
Düzce	8	699	6	329	1	316	1	54

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Source: Ministry of Health



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı : Sade GÜLTEKİN

Doğum Tarihi :13.10.1985

E-mail : sadegultekin@gmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Mimarlık	Mersin Üniversitesi	2004-2009
Yüksek Lisans	Şehir ve Bölge Planlama	Mersin Üniversitesi	2014-2018

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Mimar	Sağlık Bakanlığı-Aksaray İl Sağlık Müdürlüğü	2012-2013
Mimar	Sağlık Bakanlığı-Mersin İl Sağlık Müdürlüğü	2013-Halen