

Özel Hastane Yöneticilerinin Hastalık Yükü ve Sağlık Profili Kavramları Konusundaki Farkındalıkları ve Yatırım Kararına Etkisi*

Awareness of Private Hospital Managers on Disease Burden and Health Profile Concepts and Their Impact on Investment Decisions

Ali Şefik Köprülü¹, Orçun Okur², Ersi Kalsoğlu³, Haydar Sur⁴

¹İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji – Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Kolan International Hastanesi Şişli, İstinye Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü PhD Öğrencisi, İstanbul, Türkiye

³Ankara Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁴Üsküdar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı, İstanbul, Türkiye

*Bu makale, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde, Ali Şefik Köprülü'nün Haydar Sur'un danışmanlığında yürüttüğü "Özel hastanelerin kuruluş yeri, kapasite ve hizmet vereceği dalların saptanmasında yatırım bölgesi özelliklerinin proje kararına etkileri" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

Cite as: Köprülü AŞ, Okur O, Kalsoğlu E, Sur H. Özel hastane yöneticilerinin hastalık yükü ve sağlık profili kavramları konusundaki farkındalıkları ve yatırım kararına etkisi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2025;12(1):53-60.

DOI: 10.54304/SHYD.2025.95914

Öz

Amaç: Sağlık sektöründe özel yatırımların ağırlığı gün geçtikçe artmaktadır. Ekonomik olarak kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılması, işletmelerin başarılı olması yönetimin sorumluluğundadır. Çalışmada, İstanbul'daki özel hastanelerde yönetici olarak çalışan sağlık profesyonellerinde hastalık yükü ve sağlık profili kavramlarının bilinirliği ve bu verilerin yatırım kararına etkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmada yüz yüze ve çevrim içi uygulanan anket yöntemi seçilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul'daki 165 özel hastanede görevli olan Sağlık Bakanlığı verilerince 1155 yönetici oluşturmakta olup %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü 116 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma, toplam 122 sağlık yöneticisinin verisiyle tamamlanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikî yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada toplam 210 sağlık yöneticisine ulaşılmış olup geri dönmeyenler, yanıt vermeyenler ve yarım bırakanlar çıkarıldığında 122 kişiye ait veriyle çalışma tamamlanmıştır. Üst düzey yöneticilerin tümü hastalık yükü kavramını duyduklarını belirtirken, bunlardan %67'si bilginin kısıtlı olduğunu vurgulamıştır. Ancak aynı katılımcıların görev yaptıkları hastanenin bulunduğu bölgenin sağlık profili konusunda çok daha az bilgi sahibi olduğu saptanmıştır (%45). Yine aynı katılımcıların hastanenin hedef kitesine yönelik sağlık profili çalışmalarına özel önem verdiği (%80) görülmüştür.

Sonuç: Çalışmada, hastalık yükü ve sağlık profili kavramlarının yatırım kararını belirleyen somut göstergeler olarak son karar vericilerce tam olarak benimsenmediği saptanmıştır. Üst düzey yöneticilerin önemli bölümünün yatırım kararının ilk basamaklarından başlayarak yer almamasının ve sağlık kurumlarının geleneksel sermaye yapısının bunda önemli bir etmen olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hastalık yükü, özel sağlık yatırımı, sağlık profili, sağlıkta yatırım.

Abstract

Aim: Private investments in the healthcare sector are increasingly gaining prominence. The responsibility of utilizing scarce resources in the most efficient way, and thus the success or failure of businesses, primarily falls on management. In this study, we aimed to examine the awareness of healthcare professionals working as managers in private hospitals in Istanbul about the concepts of disease burden and health profile, and the impact of these data on investment decisions/planning.

Method: In our research, the survey method conducted either face-to-face or online was chosen. The population of the study consists of the managers of 165 private hospitals in Istanbul. According to the Ministry of Health data, the population of the study is 1,155 people, and the sample size was calculated as 116 people with a 95% confidence interval. The data were evaluated using statistical methods appropriate for the type of data.

Results: In our study, data from 122 individuals were evaluated after excluding non-respondents, those who did not answer, and those who left the survey incomplete, out of a total of 210 health managers reached. All senior managers reported that they had heard of the concept of disease burden, with 67% of them stating that their knowledge was limited. However, it was found that these

Corresponding author / Sorumlu yazar: Ali Şefik Köprülü • askoprulu@yahoo.com

Recieved / Geliş: 01.10.2024 • **Accepted / Kabul:** 16.03.2025 • **Published Online / Online Yayın:** 30.04.2025

same participants had much less knowledge about the health profile of the region where their hospital is located (45%). Moreover, these participants attached great importance to health profile studies aimed at the hospital's target audience (80%).

Conclusion: Our study concluded that the concepts of disease burden and health profile are not fully adopted as concrete parameters influencing investment decisions by the ultimate decision-makers. We believe that a significant factor in this is the fact that a large proportion of senior managers are not involved in the initial stages of the investment decision process and the traditional capital structure of healthcare institutions.

Keywords: Disease burden, private healthcare investment, health profile, healthcare investment.

Giriş

"Hastalık Yükü" belirli bir toplumda, hastalık, sakatlık (sağlık hizmetlerinin kullanımı) veya erken ölümlerin toplam sayısını belirtmektedir. Bu kavram; ölüm, hastalık ve yaralanmalara yönelik kapsamlı, sürekli ve karşılaştırılabilir küresel bilgi gereksinimine bir yanıt olarak ortaya çıkmış olup 1996 yılında yayınlanan bir çalışmayla günümüzdeki zeminine oturmuştur (Lopez ve ark., 2006; Murray ve Lopez, 1996). Bu kavramın ölçütü olarak kullanılan DALY (Disability Adjusted Life Years / Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı) toplum sağlığını özetleyen ölüm verileri ve ölüme yol açmayan sağlık sonuçlarının tek bir rakamla ortaya konmasını hedeflemektedir. Hesaplanan standart değerler toplumlar, ülkeler hatta bölgeler arasında karşılaştırmalar yapılmasına ve gelecekte yapılacak sağlık yatırımlarının daha gerçekçi planlanmasına olanak tanımaktadır. Böylece sağlık yatırımlarının ve harcamalarının bölgesel dağılımı politik karar süreçlerinden ve bütçe düzenlemelerinden bağımsız daha gerçekçi planlanabilmektedir (Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Maliyet Etkililik Final Rapor, 2004).

Sağlık sektöründe özel yatırımların ağırlığı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye genelinde 1993'te 129 olan özel hastane sayısı 2022'de 571'e yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022). Ekonomik olarak kıt kaynakların en verimli şekilde kullanılması, başka bir söylemle işletmelerin başarılı olup olmaması öncelikli olarak yönetimin sorumluluğundadır. Bir işletmenin verimli olarak varlığını sürdürebilmesi üretilen hizmetin hedef kitlenin istek ve beklentilerine uygun olmasına bağlı olmaktadır. Planlanan yatırım bölgesinde yaşayanların beklentisinin önemli bir bölümü, kendi istemleri dışında bölgesel hastalık yüküyle kısmen öngörülebilmektedir (Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, 2006).

Yöntem

Araştırmanın Amacı ve Türü: Bu çalışma, İstanbul'da hizmet sunan özel hastanelerde yönetici olarak çalışan sağlık profesyonellerinde hastalık yükü ve sağlık profili kavramlarının bilinirliği ve bu verilerin yatırım kararına etkisini irdelemek amacıyla tanımlayıcı tasarımda yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı verileri doğrultusunda İstanbul ilinde bulunan 165 özel hastanenin yönetici kademesinden (yönetim kurulu başkanı, yönetim kurulu başkan yardımcısı, genel müdür, genel müdür yardımcısı, başhekim, başhemşire, işletme/pazarlama müdürü) oluşmaktadır. Söz konusu Sağlık Bakanlığı verilerine dayanarak, çalışmanın evreni 1155 kişi olup %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü ise 116 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma 122 kişinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Veri Toplama Aracı: Araştırmada, nicel araştırmalarda kullanılan veri toplama araçlarından biri olan anket yöntemi kullanılmıştır. Bu yolla araştırma çerçevesinde kişilerin bilgi, düşünce/görüş ve eğilimleri tespit edilmiştir.

Verilerin Toplanması: Söz konusu anket (Ek 1) özellikle sağlık yöneticilerine yüz yüze veya çevrim içi olmak üzere iki şekilde ulaştırılmış olup sonuçlar değerlendirilmiştir. Anket sorularının kapsam ve dil açısından hedef kitleye uygunlukları 25 kişiden oluşan bir denek grubundan oluşan bir pilot çalışma sonucunda belirlenmiştir. Anket; çoktan seçmeli, evet-hayır-bilmiyorum şeklinde 3'lü Likert tipinde ve kesinlikle katılmıyorum -1 ile kesinlikle katılıyorum - 5 arasında puanlanan, 5'li Likert tipi bir puanlamayı ve kısa yanıt yolunu içeren karma bir formatta tasarlanmıştır (Aydemir ve ark., 2012).

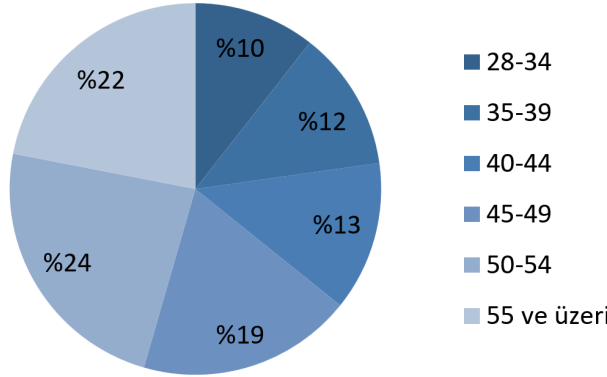
Araştırma Verilerinin Analizi: Çalışmanın verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Veri toplama aracının başında, araştırmaya katılacak kişilerin bilgilendirilmiş onamı alınmış ve yanıt veren kişinin kimliğinin tamamen gizli kalacağı güvencesi verilmiştir. Çalışma için bir vakıf üniversitesinin Etik Kurulundan etik onay (Etik Kurul Onayı/2007-18) alınmıştır.

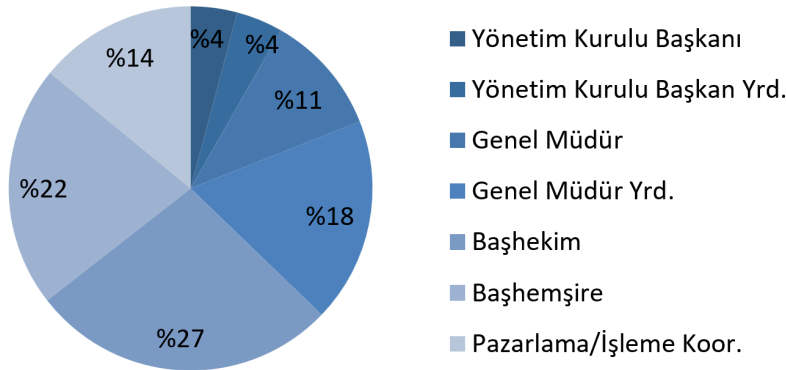
Bulgular

Çalışma sonucunda söz konusu hastanelerden toplam 210 sağlık yöneticisine ulaşılmış olup geri dönmeyenler, yanıt vermeyenler ve çalışmayı yarım bırakanlar çıkarıldığında 122 kişiye ait veriler değerlendirilmeye alınmıştır. Bu sayı hedeflenen örneklem büyüklüğüyle uyum göstermektedir.

Çalışmaya katılanların verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde; yöneticilerin 86'sı erkek (%70), 37'si kadın (%30) olup Şekil 1'de görüldüğü gibi en fazla katılımcının 50-54 ve 55 yıl üzeri grupta yer almaktadır.



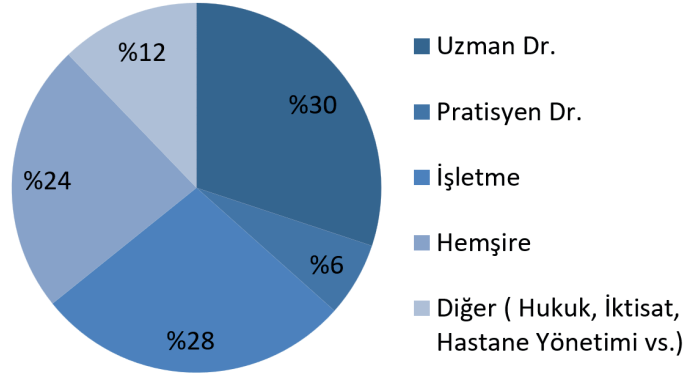
Şekil 1. Katılımcıların yaş dağılımı.



Şekil 2. Çalışmaya katılanların çalıştıkları hastanedeki görev dağılımı (Toplam 122 katılım).

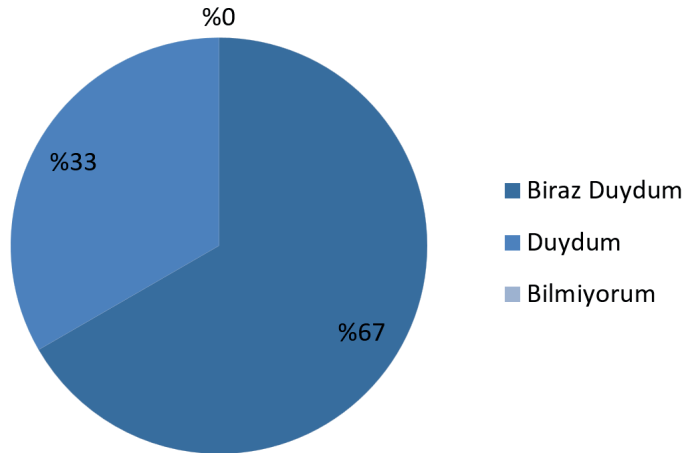
Çalışmaya katılanların görev dağılımı Şekil 2'de incelendiğinde; 5 Yönetim Kurulu Başkanı (%4), 6 Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı (%4), 13 Genel Müdür (%11), 22 Genel Müdür Yardımcısı (%18), 33 Başhekim (%27), 26 Başhemşire (%22) ve 17 Pazarlama/İşletme Koordinatörü (%14) toplam 122 üst düzey yöneticidir.

Katılımcıların aldıkları eğitim durumlarının dağılımı Şekil 3'te gösterilmiştir.



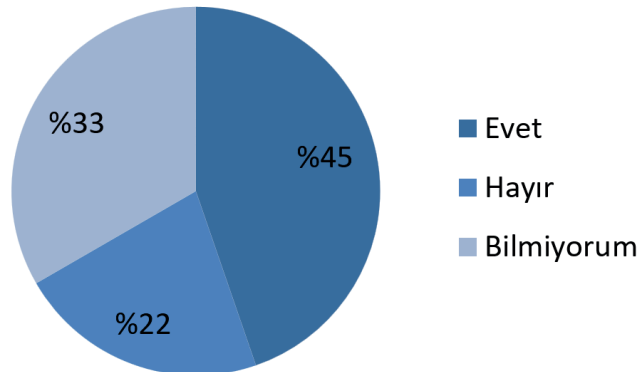
Şekil 3. Katılımcıların eğitim düzeyleri.

Katılımcıların büyük çoğunluğu Uzman Dr. (%30) ve Pratisyen Dr. (%28) eğitimi almıştır (Şekil 3).



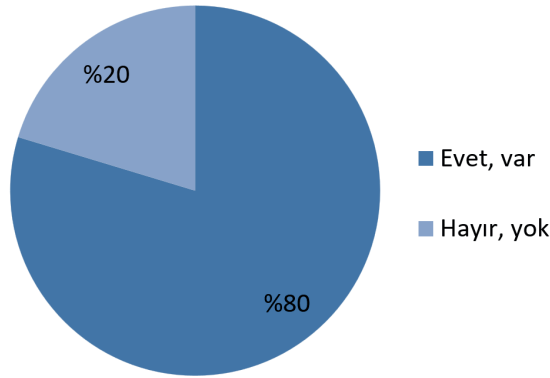
Şekil 4. Üst düzey yöneticilerin "Hastalık Yükü Kavramı" farkındalığı.

Üst düzey yöneticilerin tümü "Hastalık Yükü Kavramı" kavramını duyduklarını belirtirken, bunlardan %67 bilgisinin kısıtlı olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca kavramı duymayan yöneticinin olmadığı görülmüştür (Şekil 4).



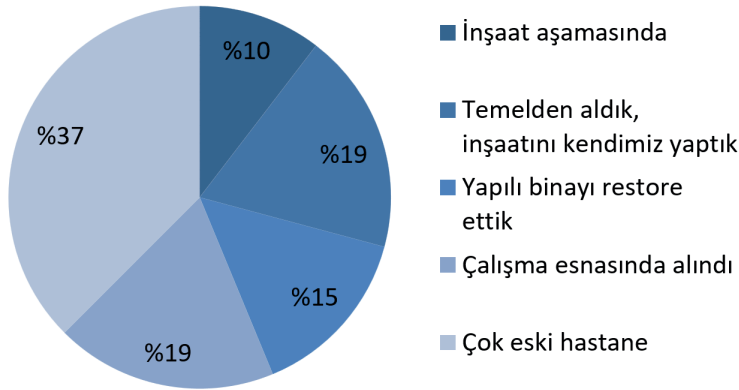
Şekil 5. Katılımcıların görev yaptıkları hastanenin bulunduğu bölgenin sağlık profili konusunda farkındalığı.

Çalışmada katılımcıların görev yaptıkları hastanenin bulunduğu bölgenin sağlık profili konusunda çok daha az bilgi sahibi (%45) olduğunu belirtirken, katılımcıların %55'i bilgileri olmadığını açıklamıştır (Şekil 5).



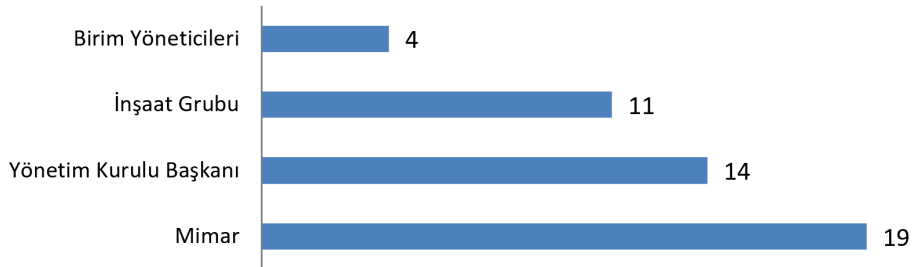
Şekil 6. Katılımcı hastanenin hedef kitlesine yönelik sağlık profili çalışması.

Çalışmaya katılan yöneticiler, hastanenin hedef kitlesine yönelik sağlık profili çalışmalarına özel önem verdikleri (%80) belirtmişlerdir (Şekil 6).



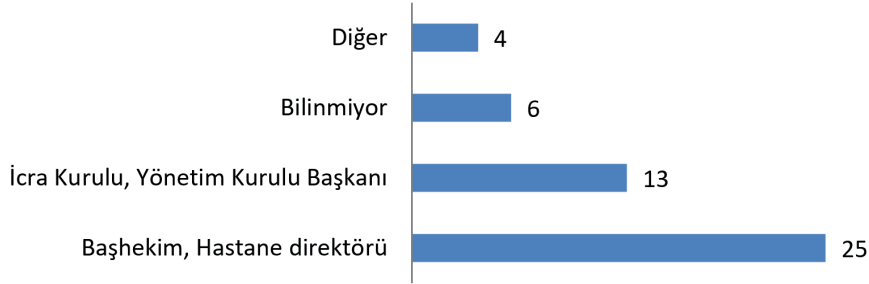
Şekil 7. Üst yönetim kadrosunun hastane kurulumuna katılım aşaması.

Bulgularda dikkat çeken bir başka özellik, üst düzey yönetimin az bir yüzdesinin (%29) inşaat aşamasından başlayarak yatırım planlaması projesinde görev aldığı saptanmıştır. Yöneticilerin %56'sının kurulu bir düzenin içinde hizmet verdiğinin görülmüş olması, yatırım kararında katkılarının sınırlı olduğunu göstermektedir (Şekil 7).



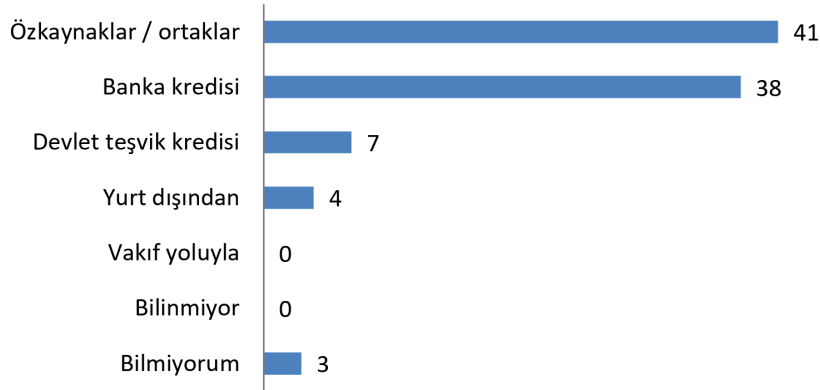
Şekil 8. Hastanenin tasarımında rol oynayan yöneticilerin dağılımı (Toplam 48 hastane).

Üst düzey yöneticilerin Yönetim Kurulu Başkan ve Başkan Yardımcısı dışında neredeyse hiçbir yöneticinin mimari tasarım aşamasında rol almadığı da saptanmıştır (Şekil 8).



Şekil 9. Hizmet verilecek dalların ve kapasitesinin kimin tarafından saptandığı.

Mimari tasarım ve inşaat aşamasındaki karar oranları tıbbi hizmet verilecek dalların saptanmasında ve kapasitenin belirlenmesinde biraz daha teknik bir konu olup yöneticilerin kararına bağlı olmakla beraber (%55) sermaye sahiplerinin ağırlıklı etkisi olduğu görülmektedir (Şekil 9).



Şekil 10. Hastanenin sermayesinin kaynağı.

Hastanenin sermaye yapısının halen geleneksel yapıda devam etmekte olduğu da çalışmanın diğer önemli bir bulgusudur (Şekil 10).

Tartışma

Türkiye’de 2006 yılında yeniden düzenlenen sağlık politikaları ile Sosyal Güvenlik Kurumlu hasta kabulüne başlayan özel hastanelere artan talep son yıllarda ikiye katlanmış ve yeni hastane yatırımlarını beraberinde getirmiştir. 2000’den bu yana her yıl %10 büyüyen sektör sadece 2008’in ilk çeyreğinde %11 büyümüştür. 2003’te 142 olan özel hastane sayısı, 2006’da 250’ye, 2007’de 308’e, 2008’de 375’e yükselmiştir. Türkiye’de 2020 yılından başlayarak 550’nin üzerinde özel hastane bulunmaktadır (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni). Bu dönemde bazı hastaneler zincirleşirken, sektör dışından yatırımcıların da sektörün büyümesine kapılarak yüksek tutarlı yatırımlar yapmaya başladığı görülmektedir. Olumlu bir gelişme olarak 2006’da büyük yüzdesi İstanbul’da bulunan özel hastaneler, tüm Türkiye geneline de yayılma eğilimine girmiş bulunmaktadır. Hem Türkiye’yi hem de tüm dünyayı etkileyen farklı nedenlerden kaynaklanan üst üste gelen krizlerin olumsuz etkileri olmasa, özel sektör bu şekilde hızlı gelişmesi sürpriz olmayacaktır.

Yaklaşık lokalizasyonuna, kapasitesine ve hizmet vereceği dallara göre ortalama 10 ila 100 milyon dolar arasında değişen hastane yatırımları için kısmen öz kaynak büyük oranda da kredi kullanılmaktadır. Halen hastanelerin toplam borcu 3 milyar doları aşmış durumdadır. Global krizin de tetiklediği günümüz koşullarında özel hastanelerin önemli bir yüzdesi zor durumda olup borçlarını ödeyemeyecek duruma gelmişlerdir. Sayısı yaklaşık 560’ı bulan özel hastanelerin 1/3’ünün gün geçtikçe kötüleşen sağlık politikalarının da katkısıyla çok kısa süre içinde kapanmak zorunda kalacağı söylenmektedir. Birkaç büyük grup dışında diğer tüm hastaneler şu anda yatırımlarını durdurmuş olup zorunlu olarak küçülmeye başlamış bulunmaktadır.

Küresel krizin de etkisini göstermeye başladığı bu dönemde, devletin hem kuralları koyucu hem en büyük müşteri hem de en büyük hizmet satan konumunda olduğu sağlık sektöründe, yönetmelik karmaşası ve belirsizlikler de eskisine oranla azalmış olmakla birlikte devam etmektedir. Son 20 yılda çok sayıda yeni yönetmelik yayınlanmış, merkezi planlama gibi yatırım tercihlerini etkileyebilecek köklü değişiklikler yaşanmıştır. Tüm bu değişken koşullar yatırım kararı vermeyi zorlaştırmakta ve yatırım öncesi çok ciddi bir değerlendirme yapılmasını gerektirmektedir. Oysa tüm bu gelişmelere karşın sektörde son yıllarda hızla yapılan çok büyük tutardaki yatırımlarda “Yatırım kararının hangi objektif parametrelere göre alındığı?” sorusunun net yanıt verilememektedir (Karan, 2017; O'Donovan ve ark., 2018).

Bu çalışmada katılımcılar, yaş açısından değerlendirildiğinde halen üst düzey yöneticilerin 50-54 ve 55 yaş üzeri sekmesinde yoğunlaştığı görülmektedir. Erkek çalışanların sayısı belirgin oranda (%70) yüksek görülürken, sisteme yeni katılanların ise 45-49 yaş aralığı grubunda olduğu gözlenmektedir. Yönetici pozisyonunda görülen kadın yöneticiler daha genç olmakla birlikte, ağırlıklı olarak orta düzey yönetici konumunda bulunmaktadır. Kadınlar başhemşire, pazarlama, hasta hizmetleri, housekeeping gibi orta düzey yöneticiliklerde sayıca fazla istihdam edilmektedirler.

Sağlık Yönetimi Ön lisans/Lisans Programları, son yıllarda kontenjanlarını oldukça arttırmış olmalarına karşın çalışmanın yapıldığı üst grup hastanelerde halen yönetimde ağırlıklı olarak hekimler bulunmaktadır. Oransal olarak daha düşük olmakla beraber, geçmiş yıllara oranla işletme kökenli yöneticilerin sayısının artmakta olduğu görülmektedir. Bu arada yönetsel görev yapan hekimlerin ek olarak sağlık yönetimi ve işletme eğitimi aldıkları ya da almayı planladıkları ankete ekledikleri notlardan saptanmıştır.

Bir özel hastane kuruluşuyla ilgili yatırım kararı alınırken; kuruluşun yeri, kapasitesi ve hizmet vereceği dalların saptanmasında bölgenin hastalık yükünün ve sağlık profilinin göz önünde bulundurulması yatırım kararını belirleyen önemli etmenlerden olmaktadır (Iburg ve ark., 2023). Hastalık yüküyle ilgili kavramlar tam olarak bilinmese de daha doğru bir söylemle yatırım kararı için belirleyici bir rol oynamasa da 5-10 yıl öncesine oranla üst düzey yöneticilerin çok daha iyi bildikleri bir kavram konumundadır. Burada, sağlık yöneticilerinin profilindeki değişikliğin ve sağlık yönetimi konusunda son 10 yıldır her düzeyde emek veren sağlık yönetimi eğitimcilerinin önemli rolü olduğu düşünülmektedir.

Ancak bölgesel sağlık profili kavramı hakkında farkındalık, aynı üst düzey yönetici grubunda halen yeterince yerleşmemiştir. Bir bölgenin sağlık profili bölgede yaşayanların sağlığının ve bunları etkileyen etmenlerin niteliksel ve niceliksel bir açıklamasını içermektedir. Genel olarak bölgesel sorunları tanımlamakta, bölgesel sağlık gelişimi için önerilerde bulunmakta ve bu konuda rehberlik hizmeti vermektedir. Aslında bunlar daha çok koruyucu hekimlik kavramının bileşenleri olup tanı ve tedavinin kalesi olan hastanelerde ilk planda düşünülmeyen başlıklardandır (Porst ve ark., 2022). Hastanelerde her ne kadar daha genç ve sağlık yönetimi eğitimi alan yöneticilerin sayıları arttırmaktaysa da var olan üst yönetimdeki karar vericilerin topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde bilgi ve deneyimi yetersiz bulunmaktadır. Ayrıca devletin neden sağlıkta yönlendirici bir rolü olması gerektiğinin de açık bir göstergesidir. Bir tedavi kurumu olan hastane yatırımcısı, kişilerin sağlığını korumak için kaynak ayırmayı öncelikli görevi olarak görmemektedir. Ek olarak aynı yönetici grubu, kendinden hizmet alanların sağlık profillerini araştırarak daha farklı pazarlama yöntemleri planlamak için kaynak ayırmaktadır (Roser ve ark., 2016).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda, hastalık yükü ve bölgesel sağlık profili kavramlarının yatırım kararını belirleyen somut göstergeler olarak son karar vericilerce tam olarak benimsendiği söylenememektedir. Ayrıca üst düzey yöneticilerin önemli bölümünün yatırım kararının ilk basamaklarında yer almamasının ve sağlık kurumlarının geleneksel sermaye yapısının da bunda önemli bir etmen olduğu düşünülmektedir. Bu konuda daha büyük örneklem grubu üzerinde ileri analizlerin yapılarak, konunun daha ayrıntılı incelenmesi önerilmektedir.

Yazarlık Katkısı: Yazarlar makaleye katkılarını şu şekilde beyan etmektedir; çalışma fikri ve tasarımı: AŞK, HS; Veri toplama: AŞK, AOO; Sonuçların analizi ve yorumlanması: AŞK, EK; Aday makalenin hazırlaması: AŞK. Tüm yazarlar sonuçları gözden geçirdi ve makalenin son halini onayladı.

Etik Kurul Onayı: İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 04.04.2023 - Karar No: 2023/04-1054).

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Finansal Destek: Yazarlar çalışmanın finansman desteği olmadığını beyan ederler.

Katılımcı Onamı: Katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

Author Contribution: The authors declare their contributions to the article as follows; study concept and design: AŞK, HS; Data collection: AŞK, AOO; Analysis and interpretation of results: AŞK, EK; Preparation of the candidate article: AŞK. All authors reviewed the results and approved the final version of the article.

Ethics Committee Approval: İstanbul Yeni Yüzyıl University Ethics Committee approval was obtained (Date: 04.04.2023 - Number: 2023/04-1054).

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest.

Funding: The authors declare that the study has no financial support.

Informed Consent: Informed consent of the participants were obtained.

Kaynaklar

Aydemir, O., Suculluoglu Dikici, D. & Akdeniz, F. & Kalayci, F. (2012). Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe sürümünün güvenilirlik ve geçerliliği. *Archives of Neuropsychiatry*, 49(4), 276-280. <https://doi.org/10.4274/npa.y6179>

Iburg, K. M., Charalampous, P., Allebeck, P., Stenberg, E. J., O'Caomh, R., Monasta, L., ... & Devleesschauwer, B. (2023). Burden of disease among older adults in Europe: Trends in mortality and disability, 1990-2019. *European Journal of Public Health*, 33(1), 121-126. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac160>

Karan, M. A. (2017). Demografik değişimle ilgili hastalık yükü. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 44, 18-21. https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2023-01/SD_Dergi_Sayi44.pdf

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T. & Murray, C. J. L. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data. *The Lancet*, 367(9524), 1747-1757. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68770-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9)

Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (Eds.). (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

O'Donovan, M. R., Gapp, C. & Stein, C. (2018). Burden of disease studies in the WHO European region-a mapping exercise. *European Journal of Public Health*, 28(4), 773-778. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky060>

Porst, M., Lippe, E. V., Leddin, J., Anton, A., Wengler, A., Breitzkreuz, J., ...& Rommel, A. (2022). The burden of disease in Germany at the national and regional level. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(46), 785-792. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0314>

Roser, M., Ritchie, H. & Spooner, F. (2016). *Burden of disease*. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease> (Erişim: 08.08.2024).

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021 Haber Bülteni. (2021). <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf> (Erişim: 10.08.2024).

Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2022). <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html> (Erişim: 10.08.2024).

Türkiye Hastalık Yükü Çalışması-2004. (2006). Ankara, Türkiye: RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/166> (Erişim: 10.08.2024).

Ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik projesi, maliyet etkililik final rapor. (2004). <https://www.halksagligiokulu.org/Kitap/DownloadEBook/b1ee52f5-e96e-41ad-b3ac-0d0e7c97ef78> (Erişim: 08.08.2024).