

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DAVRANIŞSAL İKTİSAT YAKLAŞIMI: TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN ÖNERİLER

BEHAVIORAL ECONOMICS APPROACH IN HEALTHCARE: RECOMMENDATIONS FOR HEALTH SYSTEM IN TURKEY

Arş. Gör. Dr. Havva SERİM¹

Arş. Gör. Gamze ARIKAN²

ÖZ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hükümetler, özel işletmeler ve kurumlar gibi sağlık sektörü oyuncularının karşı karşıya oldukları en önemli zorluklardan biri, sağlık ve bakım hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlarken, sağlık harcamalarını da sürdürülebilir kılmaktır. Artan obezite oranları, nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıklardaki artışlar gibi sağlık sorunları ivedi çözümler gerektirmektedir. Her ne kadar söz konusu sağlık sorunlarının nedenleri ve çözümleri çevresel koşullar ve kamu politikaları ekseninde şekillense de kişilerin sağlık durumlarını belirleyenlerin başında kendi tercih ve davranışları gelmektedir. Tütün kullanımı, kötü beslenme, hareketsizlik ve uygun koruyucu önlemlerin alınmaması gibi davranışlar sıklıkla hastalıklara ve ölümlere neden olmaktadır. Bu nedenle, kişilerin sağlıkla ilgili davranışlarının değiştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Ancak sağlıkla ilgili davranışlar birçok unsurdan etkilenmeleri bakımından karmaşık olduğu için, bu durum oldukça zordur. Son yıllarda özellikle psikolojiden yararlandığı içgörülerle dikkat çeken davranışsal iktisat ise insanların neden kendileri için en iyi tercihleri yapamadıklarına ve uzun dönemde sağlıklarını kaybetmek pahasına dürtülerine karşı gelemediklerine ilişkin yeni bir yaklaşım sunmaktadır. Ayrıca, benzer bir yaklaşımla sağlık hizmeti arz edenlerin davranışlarını da ele alarak, sağlık hizmetlerindeki davranışsal engelleri kapsamlı bir biçimde ortaya koymaktadır. Bu çalışmada söz konusu içgörüler dikkate alınarak, davranışsal iktisat araçlarının Türkiye'de daha etkili ancak düşük maliyetli sağlık politika ve programları tasarımı nasıl kullanılabileceği hakkında öneriler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Politikaları, Davranışsal İktisat.


JEL Sınıflandırma Kodları: I1, I12, I15, I19.


ABSTRACT

In Turkey, as well as all over the world, one of the most significant challenges faced by the health sector players such as governments, private enterprises and institutions is to make health expenses sustainable while ensuring the sustainability of healthcare services. Increasing obesity rates, aging of the population and increases in chronic diseases require urgent solutions. Although the causes and solutions of these health problems are shaped in line with environmental conditions and public policies, individuals' preferences and behaviors are among the primary determinants of their health status. Tobacco use, poor diet, physical inactivity and inadequate health protective behaviors often cause illness and death. For this reason, it is of great importance to change the health-related behavior of individuals. This is difficult, however, as health-related behaviors are very complex in that they are influenced by many factors. On the other hand, behavioral economics, which draws attention with the insights it has drawn on especially from psychology in recent years, offers a new approach to why people cannot make the best choice for themselves and cannot oppose their impulses at the expense of losing their health in the long term. In addition, it addresses the behavioral barriers in the healthcare comprehensively, taking into account the behavior of healthcare providers with a similar approach. Concordantly, the study, considering relevant insights, offers suggestions on how to use behavioral economics's tools in designing more effective but low-cost health policies and programs in Turkey.

Keywords: Health, Healthcare, Health Policies, Behavioral Economics.

JEL Classification Codes: I1, I12, I15, I19.

¹  Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü, havva.serim@hbv.edu.tr

²  Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze.arikan@hbv.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health problems such as rising rates of obesity, aging of the population and increases in chronic diseases require urgent solutions. Those solutions are shaped mostly by environmental conditions and public policies but, people's own preferences and behaviors are the main determinants of their health status. Therefore, it is of great importance to realize desired health behaviors. On this subject, behavioral economics offers new insights and approaches. Behavioral economics, unlike traditional economics, argues that people cannot always be rational in their decisions; psychological, cognitive and social factors lead biased preferences and misbehaving. Within this scope, it designs nudges to encourage people to exhibit optimal behavior while preserving freedom of choice. In healthcare, nudges help to improve health outcomes at a low cost. As a matter of fact, nudges are applied in the health programs and policies in many countries, UK in particular. We envision that this approach has a potential for Turkey, as well. In this perspective, we surveyed and classified nudges on the basis of health related behaviors. Thus, we aimed to address behavior related health problems in Turkey for both demanders and suppliers of health care and bring behavioral approach up to discussion.

Design/methodology/approach:

For this study, we made comprehensive literature review. However, in order to convey the subject in a more simple and specific flow, we only included leading applications in the field. Then we evaluated the overall view of the healthcare in Turkey and focused on health related behavior problems. Therefore, legislative, financial and structural discussions and related solutions were left out of the scope. In addition, practices that aimed at changing behavior were discussed at the level of individuals who demand or supply health services, not at the level of organization or country. So, the policy recommendations of behavioral economics were classified and evaluated on the basis of behavior.

Findings:

Starting from the idea that the way of developing policies from the behavioral economics perspective is to examine the theoretical foundations of behavioral economics, firstly, the findings of behavioral economics that differ from the traditional economics approach are discussed. In addition, the nudges developed on the basis of redescription of behavior were introduced in comparison with traditional policies. The main applications of behavioral economics in the health services were discussed under the headings of healthy living behavior, check-ups, adherence to the treatment, private health insurances and organ donation. Then, a behavioral economics perspective for healthcare in Turkey was assessed for improving medicine, examination and treatment processes, workflows, organ donation, private health insurance and patient satisfaction. The assessment was made on the basis of which behavioral insights be used to design a policy in line with the behavioral barriers of those who demand and supply health services. Thus, behaviors were detailed and appropriate solution suggestions were discussed.

Conclusion and Discussion:

Behavioral economics is a field of social sciences that has been increasingly adopted by both private institutions and governments in the last decade. That's because behavioral economics aims to map the factors in people's decision-making processes by understanding people's decision-making mechanisms, thereby helping the decision maker make the most well-being decision for herself and/or society. On the other hand, traditional economic theory often fails to explain people's behavior in all its dimensions, since it assumes that people always behave in an optimal way. The irrational individual thus became the subject of the behavioral economics discipline. Behavioral economics, which is a common field created by economics and psychology as a result of the transformation of psychology and the acceptance of interdisciplinary approaches, tries to explain the behavior of boundedly rational individuals, who try to make shortcuts with their cognitive and psychological tendencies. Thus, it offers new policies by going beyond the traditional policy recommendations such as manipulating prices through taxes and subsidies and increasing the amount of information available. Although these policies are very important and necessary, they are not sufficient given the complexity of behaviors in the health field. Therefore, after examining overall view of the healthcare in Turkey, determination of behavioral barriers observed in health services has great importance. By drawing on behavioral insights for health related behaviors, we assert that behavioral economics policies have potential to help to overcome problems at hand at a low cost.

1. GİRİŞ

Sağlık ve bakım hizmetinin sağlanması amacıyla geliştirilen koruma, geliştirme, bakım ve acil programları için yapılan cari sağlık harcamaları, son on yılda yaklaşık 30 kat artmıştır. 2018 yılı cari sağlık harcaması verilerine göre toplam 154.998 milyon TL olan cari sağlık harcamalarının yaklaşık %77'si kamu tarafından, %23'ü özel sektör tarafından finanse edilmiştir. Kamu tarafından finanse edilen kısmın %70,5'i Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından, özel kesimin finanse ettiği kısmın %77,3'ü hane halklarının cepten yaptığı ödemeler ile karşılanmıştır. Cari sağlık harcamaları içinde hastanelere yapılan harcamalar %52 ile ilk sırada gelirken, bu harcamaların kamu ve özel sektör payı sırasıyla %81 ile %19'dur. İkinci sırada ise perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlara yapılan harcamalar gelmektedir³. Ele alınan veriler i) Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bir kısmının kamu kesimi tarafından finanse edildiğini, ii) sağlık harcamalarının çoğunun hastane ve ilaç harcamalarından oluştuğunu, iii) özel sektör harcamalarının çoğunun hane halklarının cepten yaptığı ödemeler ile karşılandığını, iv) dolayısıyla özel sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sigortacılığının yeterince gelişmediğini göstermektedir. Sağlık harcamalarına ilişkin genel bir değerlendirme yapıldığında ise Türkiye'de sağlık sektöründe sevk zinciri, tedarik, tıbbi malzeme, sermaye ve prosedürler bakımından verimsizlik ve israfın önüne geçen önlemler alınması gerektiği anlaşılmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013; TOBB, 2017). Öte yandan, birim maliyetlerin artışına neden olan verimsizlik ve israfın kaynağı büyük oranda sektörün organizasyon ve finansman yapısı ile ilintili görünmekle birlikte, sağlık hizmetlerinde hizmet talep eden ve arz edenlerin davranış örüntülerinin de mevcut sorunları derinleştirdiği düşünülmektedir. Sağlık hizmeti talep edenlerin davranışları sağlık durumlarının ana belirleyicisi iken, sağlık hizmeti arz edenlerin davranışları en iyi ve en uygun hizmetin sağlanıp sağlanmadığının temel belirleyicisidir. Ancak, iki grubun da davranışlarının çoğunlukla *optimal*den uzak olduğu görülmektedir (Perry, Chhatralia, Damesick, Hobden ve Volpe, 2015). Bu davranışlar çoğunlukla hastalık, ölüm ve aşırı sağlık harcamaları ile sonuçlanmaktadır.

Son zamanlarda davranışsal iktisat kapsamında geliştirilen, seçim özgürlüğünü korurken, insanları belirli yönde davranmaya teşvik eden *dürtmelerin* davranışları değiştirmenin etkili bir yolu olduğu ve sağlık süreçlerini daha düşük maliyetle iyileştirdiği tartışılmaktadır. Nitekim, dürtmeler başta İngiltere olmak üzere birçok ülkenin sağlık program ve politikalarında uygulanmaktadır⁴. Öte yandan, dürtmelerin sağlık hizmetlerinde nasıl bir iyileştirme sağlayabileceği üzerine yapılan kapsamlı çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu doğrultuda çalışma sağlık alanındaki dürtme ve benzeri uygulamaları özetleme ve sınıflandırma, bu alandaki yurtdışında gündemde olan politika önerilerini takip etme, yurtiçinde konuya ilişkin mevcut olan boşluğu doldurma ve tartışmaya açma ile Türkiye'de sağlık hizmetlerine odaklanarak verimsizlik ve israfın azaltılmasına yönelik fırsatları ele alma amacına hizmet etmektedir.

Çalışmada ilgili alanyazın taraması oldukça kapsamlı bir biçimde yapılmıştır. Ancak konuyu daha yalın ve belirli bir akış içinde aktarabilmek adına, alanda öne çıkan başlıca örnek uygulamalara yer verilmiştir. Bu nedenle çalışma, sağlık alanındaki tüm davranışsal iktisat uygulamalarını içerdiği iddiası taşımamaktadır. Çalışmada, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin genel görünümü değerlendirilmesine rağmen, sektörün mevcut tüm sorunlarından ziyade davranışsal iktisat bakış açısıyla çözüm üretilebilecek sorunlarına odaklanılmıştır. Dolayısıyla, mevzuat ve finansmana dönük çözüm önerileri ve ilgili tartışmalar kapsam dışında bırakılmıştır. Ayrıca, organizasyon veya ülke düzeyinde değil, yalnızca sağlık hizmeti talep ya da arz eden kişi veya kişiler düzeyinde davranış değişikliğini değiştirmeye dönük uygulamalar ele alınmış ve bu nedenle davranışsal iktisadın önerileri, politika değil davranış düzeyinde sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, öncelikle Türkiye'de sağlık hizmetlerinin genel görünümü incelenerek, sağlık sektöründeki gelişmeler ve durum ana hatlarıyla ortaya konulmuştur. İkinci olarak, davranışsal iktisat bakış açısıyla politika geliştirmenin yolunun, davranışsal iktisadın teorik dayanaklarını incelemekten geçtiği düşüncesinden hareketle, davranışsal iktisadın geleneksel iktisadın yaklaşımından farklılaşan yaklaşımı ele alınmıştır. Daha sonra, davranışsal iktisadın sağlık hizmetlerindeki başlıca uygulamaları sağlıklı yaşam davranışı, düzenli kontrol ve ilgili tedaviye uyum süreci, özel sağlık sigortaları ve organ bağıışı başlıkları

³ TÜİK, Sağlık Harcama İstatistiklerinden elde edilmiştir, Erişim Tarihi: 22 Ocak 2020.

⁴ Türkiye'de de bu konuda çalışmalar başlamıştır. Ticaret Bakanlığı tarafından 2017 tarihinde "Davranışsal Kamu Politikaları ve Yeni Nesil Teknolojiler Dairesi Başkanlığı" kurulmuştur. Ticaret Bakanlığı öncülüğünde 5 Kasım 2019 tarihinde ilki düzenlenen "Ulusal Davranışsal Kamu Politikaları Konferansı" bakanlık binasında gerçekleştirilmiştir (Ticaret Bakanlığı, 2019). Ticaret Bakanlığı İhracat Genel Müdürlüğü Davranışsal Kamu Politikaları ve Yeni Nesil Teknolojiler Dairesi uzman personeli tarafından Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı personeline 28.01.2020 tarihinde "Davranışsal Kamu Politikaları Tanıtım Sunumu" toplantısı yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

altında ele alınmıştır. Üçüncü olarak ise Türkiye’de sağlık hizmetlerine davranışsal iktisat bakış açısıyla nasıl yaklaşılacağı ilaç, tetkik ve tedavi süreçleri, iş akışları, organ bağı, özel sağlık sigortası ve hasta memnuniyetini artırma kapsamında değerlendirilmiştir. Söz konusu değerlendirme, sağlık hizmeti talep ve arz edenlerin davranışsal engelleri doğrultusunda hangi davranışsal içgörülerden yararlanılarak politika tasarımı yapılabileceği temelinde yapılmıştır. Böylece davranışlar detaylandırılarak, uygun çözüm önerileri ele alınmıştır. Son bölümde konuya ilişkin genel bir değerlendirme yapılmıştır.

2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GENEL GÖRÜNÜMÜ

Türkiye'nin de üyesi olduğu Dünya Sağlık Örgütü (2014:1) sağlığı "yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması hali ile değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olma" biçiminde tanımlamaktadır. Sağlık konusunu daha geniş bir bakış açısıyla ele alan bu tanımlama, her kişinin sağlık hakkını en üst düzeyde elde etmesinin toplumsal bir gereklilik olduğunun altını çizmektedir. Nitekim, T.C. Sağlık Bakanlığı (2018:1) toplumda sağlıklı hayat tarzının benimsenmesinin, herkesin sağlık hakkının korunmasının ve ihtiyaç halinde herkesin zamanında ve kaliteli sağlık hizmetine rahatlıkla erişebilmesinin başlıca hedeflerini oluşturduğunu belirtmektedir. Söz konusu hedefler doğrultusunda, son yıllarda Türkiye’de sağlık hizmetlerinde önemli adımların atıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında birçok reform gerçekleştirilmiştir. Program, *insan merkezlik* (aile sağlığı), *sürdürülebilirlik* (ülke şartları ve kaynaklarının uyumlu olması), *sürekli kalite gelişimi* (geri bildirim mekanizması), *katılımcılık* (ilgili tüm paydaşların görüş ve önerilerinin alınması), *uzlaşmacılık* (standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik), *gönüllülük* (sağlık hizmeti talep ve arz edenlerin sistemde gönüllü bir biçimde yer alması), *güçler ayrılığı* (finansman, planlama, denetim ve hizmet birimlerinin birbirinden ayrılması), *desantralizasyon* (birimlerde idari ve mali bakımdan özerklik), *hizmette rekabet* (sektörde farklı sağlık hizmet sunucularının varlığı) ilkeleri temel alınarak hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012: 69-70). Söz konusu ilkelerle hareket eden SDP'nin bileşenlerini ise 1) Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı, 2) Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası, 3) Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi: Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği; etkili ve kademeli sevk zinciri; idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü, 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları, 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon, 7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: Ulusal ilaç kurumu; tıbbi cihaz kurumu, 8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 26-37). Böylece belirtilen ilke ve bileşenler doğrultusunda çerçevesi çizilen Sağlıkta Dönüşüm Programı gerekli kanunlar çıkarılarak, uygulamaya koyulmuş; sağlık hizmetlerinin organizasyon ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012; Yıldırım, 2013: 23-67; Yıldırım ve Yıldırım 2013; Memişoğlu, 2018: 77- 82).

Sağlıkta Dönüşüm Programından anlaşıldığı üzere, mevcut durumda Türkiye’deki sağlık sisteminde temel planlayıcı, hizmet sunucu ve finansman sağlayıcı kamudur. Hastaneler, klinikler, aile sağlık merkezleri ve toplum sağlık merkezleri gibi tesisleri işleten Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. Üniversite hastaneleri yalnızca yatırılarak tanı ve tedavi gerektiren üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra, -teorik kapsamının dışına çıkarak- diğer tüm sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Öte yandan, sağlık sektöründe başlıca aktör kamu olmakla birlikte, hizmet sunumunda kamu-özel karışımı bir yapılanmanın olduğu görülmektedir. Özel sektör hastaneler, klinikler, poliklinikler, tıp merkezleri, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, tıbbi cihazlar ve ilaç şirketleri aracılığıyla sağlık hizmeti sunmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013). Türkiye’de nüfusun yaşlanması ve dolayısıyla kronik hastalıkların artmasına paralel olarak istikrarlı bir biçimde büyüyen sağlık hizmetlerinde, özel sektörün pazar payının da gittikçe arttığı gözlemlenmektedir. SDP'nin hizmette rekabet ilkesi doğrultusunda, özellikle büyük hastane zincirleri veya satın alma yoluyla sektöre yatırım yapan özel sektörün, toplam hizmet sunucu (özel hizmet sunucuları, üniversite hastaneleri ve kamuya ait hizmet sunucuları) harcamalarında %25-%27'lik bir pazar payı elde ederek istikrarlı bir biçimde büyüdüğü görülmektedir. Her yıl yaklaşık 1,6 milyon ameliyat ve en kompleks cerrahi operasyonların yaklaşık %53'ü özel sağlık hizmet sunucuları tarafından gerçekleştirilmektedir (TOBB, 2017: 4). Diğer yandan, sektörde ilaç ve tıbbi cihazlar, hizmet sunumu, finansman ve mevzuatlarla ilgili birçok problem bulunmakta; mevzuatların yenilenmesine ve standartlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (TÜSİAD, 2012). Söz konusu değişikliklerin yapılması gerek kamu sağlık politikalarının gerekse özel sektörün etkin bir biçimde işleyebilmesi için elzem görünmekte ve bu kapsamda çalışmalar devam etmektedir.

Bu noktada, sağlık hizmetlerine dair değişiklik ve uygulamaların, sektördeki tüm aktörlerin tercih ve davranışlarını nasıl etkileyeceğinin, daha açık bir ifadeyle, sağlık sektöründe hizmet arz edenler ile hizmet talep eden karar alıcıların, karar alma mekanizmalarının detaylı bir biçimde ortaya konulması önem arz etmektedir. Nitekim, kişilerin karar alırken birtakım bilişsel yanlılıklara tabi olduğu ve bu yanlılıkların optimal olmayan sonuçlar doğurduğuna ilişkin iktisadi çalışmalar gittikçe artmaktadır (Kahneman 2003; 2011; Thaler ve Sunstein 2008; Thaler, 2016). Son yıllarda, iktisat politikalarında merkezine insan davranışlarını alan davranışsal iktisat, ilgili çalışmaların başını çekmektedir. Bu doğrultuda, davranışsal iktisadın, yaklaşımı ve önerilerinin Türkiye'deki sağlık hizmetlerine de ışık tutacağı düşüncesi, bu çalışmanın motivasyonunu oluşturmaktadır.

3. DAVRANIŞSAL İKTİSADIN YAKLAŞIMI

2017 Nobel İktisat Ödülü'nü kazanan ve davranışsal iktisadın yaygınlaşmasına öncülük edenlerden biri olan Richard H. Thaler'ın (2016: 1578) ifade ettiği gibi, iktisadın davranışsal olarak nitelenmesi, geleneksel iktisadın davranışlarla ilgilenmediği gibi bir karşıtlığı içermemektedir. Hem geleneksel iktisat hem de davranışsal iktisat, iktisadi birimlerin nasıl davrandığını araştırmaktadır. Buradaki karşıtlık temelde, söz konusu iki yaklaşımın insan davranışına dair yaptıkları varsayımların farklılıklarından ileri gelmektedir. Geleneksel iktisat insanı *homo economicus* olarak modellerken, davranışsal iktisat *homo sapiens* anlamaya ve anlatmaya çalışmaktadır.

Geleneksel iktisadın *homo economicus* betimlemesi şu temel varsayımlara dayanmaktadır (Galizzi, 2014: 28-29; Luoto ve Carman, 2014:6-7):

- Bireyler faydalarını en çoklaştıracak biçimde tercih yaparlar.
- Bireyler faydalarını etkileyen bütün olası unsurları değerlendirir, ilgili bilgileri doğru bir biçimde analiz eder, farklı tercih ve davranışların fayda/maliyetlerini hesaplar ve bu tercihleri net, bilinçli ve tutarlı bir biçimde ortaya koyar. Başka bir ifadeyle, karar probleminin nasıl sunulduğu, kararın ne zaman verildiği veya duygular gibi bireylerin kişisel çıkarları dışındaki olgular tercihlerini etkilemez.
- Bireyler kendileri için neyin en iyisi olduğunu bilirler. Servet, sağlık durumu ve beşerî sermaye gibi mevcut kaynakları ve zaman kısıtları altında, mevcut seçenekleri arasından akıllıca tercih yaparak kendileri için optimum çıktıyı elde ederler.

Bu noktada soru insanın neden *homo economicus* gibi davranmadığıdır. Davranışsal iktisada göre bu durumun nedenlerinden biri, insanın zihinsel yapısından kaynaklanmaktadır. Şöyle ki, kişiler bilgiyi işleme ve karar almada Sistem 1 ve Sistem 2 biçiminde temsil edilen ikili bir zihinsel yapıya sahiptir. *Otomatik* olan Sistem 1 çabuk, sezgisel, bilinçsiz ve duygusal bir biçimde karar alarak çok az bilişsel çaba gerektirmekte ve dolayısıyla hızlı karar alınmasını sağlayarak zaman tasarrufu yapmaktadır. *Analitik* olan Sistem 2 yavaş, bilinçli, rasyonel ve itinalı bir biçimde muhakeme yapmakta ancak çok daha fazla bilişsel çaba gerektirmekte ve kişiye zaman maliyeti yüklemektedir. Buna göre, insanların Sistem 2'ye göre daha az bilişsel çaba gerektiren ve daha hızlı karar almalarını sağlayan Sistem 1'i kullanmaları, onların öngörülebilir ve sistematik hatalarının nedenlerinden biridir (Stanovich ve West, 2000; Kahneman, 2003; 2011:25-29). İnsanın *homo economicus* temsilindeki bireyden farklı davranmasının başlıca diğer nedenleri de sıklıkla otokontrol problemi yaşaması, bulunduğu sosyal ortam ve koşullardan etkilenmesi ve/veya şimdiki zaman yanlılığı göstermesidir.

Davranışsal iktisadın yaklaşımı doğrultusunda, politikaları da geleneksel iktisattan farklılaşmaktadır. Geleneksel iktisat politikaları, daha önce sözü edilen Sistem 2 ile temsil edilen düşünme biçimine göre tasarlanmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, *Analitik Sistemin* en iyi şekilde çalışmasını sekteye uğratan; bireyin muhakeme yapmasını engelleyen bilgi eksikliği veya teşvik/caydırıcıların yetersizliği gibi durumları çözmeye yönelik olarak eğitimler düzenlenmekte, kitle iletişim araçlarından yararlanılmakta ve/veya teşvik ya da ceza uygulanmaktadır. Diğer yandan, davranışsal iktisat bu uygulamalara rağmen olumsuz davranışların devam ettiği gözlemlenirken hareketle, davranış örüntülerini saptayabilmek için "neden" sorusunu sormaktadır: Neden kişiler tam anlamıyla bilgilendirilmelerine rağmen kendileri için en iyi tercihi yapmakta zorlanmaktadırlar? Neden kişiler finansal caydırıcılara veya yasaklara rağmen sağlıklarına özen göstermemektedirler? Şüphesiz, bu sorulara her zaman ve her bağlamda geçerli olacak mutlak yanıtlar üretmek olanaklı değildir. Ancak davranışsal iktisadın mevcut bulguları oldukça önemli içgörüler sunmaktadır. Çoğu zaman tek bir davranışın ardında birçok içgörünün etkisi görülmekte, bu nedenle de davranışsal olarak bilgilendirilmiş (behaviorally-informed policies) politika tasarımları tüm bu etkiler dikkate alınarak yapılmaktadır. Bu doğrultudaki davranışsal iktisat önerileri yazında *dürtme (nudge)* olarak isimlendirilmektedir. Dürtme, hiçbir seçeneği yasaklamadan veya iktisadi teşvikleri belirgin oranda

değiştirmeden kişilerin davranışlarını tahmin edilebilir bir biçimde değiştirmeyi amaçlayan seçim mimarisinin (choice architecture) herhangi bir yönlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Thaler ve Sunstein 2008: 6). Başka bir deyişle, dürtmeler kişilerin hayatını daha basit, daha güvenli ve daha kolay yapma hedefini taşımakta ve kişileri belirli bir yönde hareket etmeye teşvik etmelerine rağmen, seçim özgürlüğünü koruyacak biçimde tasarlanmaktadır (Sunstein, 2014).

4. DAVRANIŞSAL İKTİSADIN SAĞLIK HİZMETLERİNDEKİ UYGULAMALARI

Davranışsal iktisadın sağlık hizmetlerindeki uygulamalarının, sağlıklı yaşam davranışının geliştirilmesi, düzenli kontrol ve ilgili tedaviye uyumun teşvik edilmesi, özel sağlık sigortalarının yönetimi ve organ bağışına ilişkin davranışlar odağında yapıldığı görülmektedir.

• *Sağlıklı Yaşam Davranışının Geliştirilmesi*

Sağlık problemlerinin çoğu, sağlıklı davranış biçimlerinden kaynaklanmaktadır. ABD'de tütün kullanımı kötü beslenme, hareketsiz yaşama gibi olumsuz alışkanlıkların erken ölümlerin %40'ından sorumlu olduğu bilinmektedir (Loewenstein vd., 2017:54). Oysaki, erken ölümlere neden olan kronik hastalıkları, sağlıklı yaşam davranışları ile büyük oranda engellemek mümkündür. Örneğin, yaklaşık 8 yıl boyunca ve 35-65 yaş arası 23 binden fazla Alman katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, hiç sigara içmeme, 30 kg/m²'nin altında vücut kitle endeksinde sahip olma, haftada en az 3,5 saat fiziksel aktivite yapma ve sebze-meyve ağırlıklı beslenme olmak üzere dört sağlıklı yaşam faktörü ile kronik hastalık riski arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bulgulara göre, dört faktörün tümünü sağlayan kişilerin, aksi yönde yaşayan kişilere göre kronik hastalıklara yakalanma riski %78 daha düşüktür (Ford vd., 2009). Öyleyse, tütün kullanımına son vermek isteyen kişilere geleneksel politikaların yanı sıra hangi politikalar aracılığıyla yardım edilebilir. Bu noktada davranışsal iktisadın, tütünü bırakmak isteyenlerin özellikle motivasyonlarını arttırmaya dönük müdahaleleriyle oldukça başarılı olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü tütün bağımlılarında motivasyon, bırakma hevesini ve amaç duygusunu diri tutmaktadır (Roberts, Kerr ve Smith, 2013: 80). Örneğin, ABD'de bir şirketin 878 çalışanıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların bir kısmına yalnızca tütünü bırakmaya ilişkin programlarla ilgili bilgilendirme yapılmış, bir kısma ise hem bilgilendirme hem de parasal teşvik sunulmuştur: Bilgilendirme programına katılmaları halinde 100\$, programdan altı ay sonra tütünü bırakmış olmaları halinde 250\$ ve bundan altı ay sonra hala hiç tütün kullanmamış olmaları halinde 400\$ verilmiştir. Bir yılın sonunda, finansal mikro-teşvik alan grubun, hiç teşvik verilmeyen gruba göre, tütünü bırakmada üç kat daha başarılı olduğu görülmüştür (Volpp vd., 2009). Taahhütlü sözleşmelerin kullanıldığı bir saha araştırması ise Filipinler'de gerçekleştirilmiştir: Giné vd.'nin (2010), Green Bank ile ortak geliştirdikleri CARES isimli program altında, tütün kullanıcılarına altı aylığına para yatırdıkları bir mevduat hesabı açılmıştır. Altı ay sonunda nikotinin ölçüldüğü idrar testinden geçerlerse paralarının iade edileceği taahhüt edilmiş, geçemezlerse ceza olarak paralarının hayır kurumuna aktarılacağı belirtilmiştir. Sonuçta, altı ay sonunda, CARES programına katılmayı kabul eden 83 kişiden 29'u testi geçmiş ve bu 29 kişiden 14'ü 12 ay sonunda dahi hiç tütün kullanmamıştır. Ayrıca, genel olarak katılımcıların tütün kullanmayı bırakma olasılığı, bu programa katılmayı kabul etmeyen kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bu ve benzeri araştırmaların faydalandığı davranışsal içgörü, çeşitli taahhütler ile otokontrol probleminin aşılmasına yardımcı olmaktadır.

Obezite ile sağlık problemleri arasındaki ilişki göz önüne alındığında, sağlıklı olmak için belirli (30kg/m² vücut kitle endeksi ve altı gibi) bir kiloya ulaşmak oldukça önemlidir. Bu konuda davranışsal iktisadın yine tütün bırakmada kullandığı yaklaşımla finansal mikro-teşvikler ve taahhütlü sözleşmelerden yararlandığı görülmektedir (Volpp vd. 2008a; John vd., 2011). Taahhütlü sözleşmeler davranışsal bulgular gözetilerek tasarlanmış stickK.com isimli web sitesinden yararlanılarak da gerçekleştirilebilmektedir. Önde gelen davranışsal iktisatçılardan Dean Karlan'ın kilo verme sürecinden ve akademik çalışmalarından esinlenilerek tasarlanmış site, kullanıcılarına bir tanıdığına taahhütte bulunma veya depozito yatırma gibi seçenekler sunarak, davranış değişikliğinde yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Davranışsal iktisat, oldukça fazla irade gücü gerektiren kilo verme gibi hedeflerde, kişilere hedefe ulaşmaları sürecinde gelişimlerini gösteren geri bildirimler sunmanın önemine dikkat çekmektedir. Geri bildirimler kişilerin sağlık davranışları konusunda farkındalıklarını arttırmakta, göze çarpma etkisi (salience effect) nedeniyle sınırlı dikkatin yenilmesinde rol oynamaktadır. Bir geri bildirim biçimi olarak kendini izleme sayesinde ise kilo verme sürecinde kişiler kendi davranışlarına odaklanabilmekte ve kendi kendilerine denetimlerini sağlayabilmektedirler (Luoto ve Carman, 2014:32). Bu konuda yapılan kapsamlı saha araştırmalarından biri, 210 aşırı kilolu/obezite hastası katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara kısa mesaj yoluyla kilo verme süreçlerindeki gelişimleri düzenli olarak bildirilmiştir. İki yıl sonunda günlük gönderilen

mesajlar sayesinde katılımcıların kendini izleme programına bağlı kalarak daha fazla kilo verdikleri görülmüştür (Burke vd., 2012).

Davranışsal müdahalelerle kötü alışkanlıklardan kurtulmak mümkün olduğu kadar olumlu alışkanlıklar geliştirmek de mümkündür. Sağlık söz konusu olduğunda kazanılması gereken alışkanlıkların başında hareketli yaşam gelmektedir. Nitekim, fiziksel aktiviteyi artırmak için toplum genelinde her yaş grubuna hitap eden kampanyalar düzenlendiği veya eğitimler verildiği görülmektedir. Diğer yandan, uygulanma potansiyeli oldukça yüksek olmasına rağmen, bu kampanya ve eğitimlerde diğer alanlara göre, davranışsal içgörülerden daha az yararlanıldığı izlenmektedir (Luoto ve Carman, 2014: 33). Dolayısıyla, bu konudaki davranışsal iktisat uygulamaları görece daha sınırlıdır. Mevcut çalışmalarda daha çok finansal mikro-teşvikler ile ötanımlı seçeneklere odaklanmaktadır. Fiziksel aktiviteyi teşvik etmede finansal mikro-teşviklerin kullanıldığı nadir çalışmalardan biri Finkelstein vd. (2008) tarafından Kuzey Karolina'da gerçekleştirilmiştir. 50 yaş üstü 51 kişiyle dört haftada gerçekleştirilen çalışmada, katılımcılar rastgele iki gruba bölünmüştür: Kontrol grubuna 75\$ sabit ödeme yapılırken, müdahale grubuna 50\$ sabit ödemenin yanı sıra, on dakika üstünde yaptıkları yürüme veya koşma egzersizleri doğrultusunda her hafta 25\$'a kadar ek ödeme yapılmıştır. Egzersiz süreci adımsayarlar ile takip edilmiştir. Bu grubun haftalık ortalama egzersiz süresinin, kontrol grubunun yaklaşık 2 katı olarak bulgulanması, mikro-teşviklerin fiziksel aktiviteyi arttırmada başarılı bir müdahale olduğunu göstermiştir. Ötanımlı seçenek ve düzenlemeler kişilerin, çok fazla bilişsel çaba sarf etmeden ataletlerini yemelerini sağlayarak, daha iyi kararlar almalarına yardımcı olmaktadır. Özellikle ataletin baskın olduğu ve karar vermekte zorlanılan durumlarda, önceden tanımlanmış ya da ayarlanmış bu seçenekler 'yönlendirme' işlevi görmektedir. Fiziksel aktiviteyi artırmak üzere ise ortamın önceden buna uygun olarak tasarlanmasının önemli olduğunun altı çizilmektedir. Bu doğrultuda, yeni binalarda merdivenlere ulaşımın asansörlere göre daha kolay olacak şekilde tasarlanması gibi stratejiler önerilmektedir (Bleich ve Sturm, 2009).

Sağlıklı beslenme alışkanlığı, sağlıklı yaşam davranışlarının başında gelmektedir. Ancak beslenme davranışı çoğu zaman düşünmeden; otomatik süreçlerin etkisi altında gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda davranışsal iktisat, insanların beslenme konusunda otomatik süreçlerini etkileyecek biçimde müdahaleler tasarlanmaktadır. Oldukça fazla olan bu kapsamdaki çalışmaların daha çok kalori bilgisi sunma, menü tasarımı ve kafeterya/restoranlarda gıdaların yeniden konumlandırılması biçiminde uygulandığı görülmektedir. Sağlıklı beslenmeye ilişkin mesajların sembol, renk ve çeşitli uyarıcılar ile dikkat çekici hale getirilmesi, mesajın etkisini arttırmaktadır. Örneğin, gıda etiketlerinde yeşil (sağlıklı), sarı (az sağlıklı) ve kırmızı (sağlıksız) gibi renklerin kullanılmasının kişileri daha sağlıklı gıda satın almaya teşvik ettiği görülmektedir (Thorndike vd., 2014). Benzer bir biçimde Ratner ve Riis (2014) ABD Tarım Bakanlığı'nın yayınladığı MyPyramid isimli beslenme rehberindeki bilgilendirici grafikler ile daha basit; "yarım-tabak" grafiğini karşılaştırmıştır. Yarısı yeşile boyanmış ve "her öğünde tabağınızın yarısını sebze ve meyvelerle doldurduğunuzdan emin olun" mesajı içeren "yarım-tabak" görselinin ve MyPyramid beslenme rehberinin karşılaştırıldığı çalışmada, yarım-tabak görselinin kişilerin %85'inin aklında kaldığı görülürken, beslenme rehberi için bu oran %19 olarak bulunmuştur. Diğer tasarım örnekleri ise menü ve konumlandırmalarda izlenmektedir. Bu doğrultuda yapılan bir araştırmada, sağlıklı seçeneklerin ön tarafta yer aldığı menünün sunulduğu kişilerin, düşük kalorili sandviç sipariş verme olasılıklarının, sağlıklı ve sağlıksız seçeneklerin karışık bir biçimde yer aldığı menünün sunulduğu kişilere göre, %48 daha fazla olduğu görülmüştür (Downs vd., 2009). Ayrıca, kafeterya ve restoranlarda kasa yanı gibi daha göz önünde olan yerlere yapılan -şekerlemeler yerine, sebze ve meyvelerin- gıda konumlandırmalarının, sağlıklı gıda yönündeki tüketim tercihlerini arttırdığı gözlemlenmektedir (Hanks vd., 2012; 2013).

• *Düzenli kontrol ve ilgili tedaviye uyumun teşvik edilmesi*

Hastalıklardan korunmak için sağlıklı beslenme ve egzersiz yapma gibi sağlığı koruyucu davranışlar ilk sırada gelmektedir. Bu konuda en az bunlar kadar önemli diğer davranışlar ise düzenli bir biçimde genel sağlık kontrollerini yaptırmak ve herhangi bir hastalığın tespiti durumunda ilgili tedavilere uyum sağlamaktır.

Muayeneye gitmek, diş kontrolü veya mamografi, kolonoskopi gibi taramaları yaptırmak, ileride oluşabilecek hastalıkların önlenmesinde kritik önem taşımalarına rağmen, birçok insan söz konusu kontrolleri ya hiç ya da gerektiği kadar düzenli bir biçimde yaptırmamaktadır. Örneğin, İngiltere'de ücretsiz kanser taraması hizmeti sunulanların yalnızca yarısı, bu taramaları yaptırmaktadır (Perry vd., 2015: 48). Oysaki, rasyonalite varsayımına göre, bireylerin düzenli sağlık kontrolü yaptırmanın gelecekteki faydası ile bugünkü maliyetini karşılaştırıp, fayda-maliyet analizi doğrultusunda optimal davranması beklenmektedir (Luoto ve Carman, 2014:34). Dolayısıyla, eğer ortada finansal, kurumsal, mekânsal vb. gibi sorunlar yoksa rasyonel davranış düzenli sağlık kontrolü yaptırmak

yönünde olmalıdır. Öte yandan, insanı rasyonel davranmaktan alıkoyan bilişsel kısıtlar, bu davranışta da gözlemlenmektedir. Bu noktada davranışsal iktisadın, söz konusu bilişsel kısıtlara odaklanarak çerçeveleme etkisi, anımsatıcılar ve öntanımlı seçeneklerden yararlanan müdahalelerinin, konuyla ilgili başarılı uygulamalar arasında yer aldığı görülmektedir.

Çerçeveleme etkisi bilgilendirme amaçlı kullanılan mesajlarda, vurguyu değiştirdiği için dikkate alınması gereken bir etkidir. Örneğin bir hastalığın tedavisine ilişkin bilgilendirmenin, %60 olasılıkla başarılı olacağı biçiminde yapılmasıyla, %40 olasılıkla başarısız olacağı biçiminde yapılması, sonuç aynı olsa da hastada farklı bir etki oluşturabilmektedir. İlk mesaj kazanç çerçeveli iken ikinci mesaj kayıp çerçevelidir. Davranışsal iktisat, riskin vurgulanmasının önemli olduğu erken teşhis için düzenli sağlık taramaları davranışlarını teşvik etmek için kazanç çerçeveli mesajların daha etkili olduğunu bulgulamaktadır. Örneğin meme kanserini önlemek için “eğer kendi kendine meme muayenesi yapma riskini almazsanız, hayatınızı kurtaramayacak kadar geç olana dek meme kanserini tespit edemeyebilirsiniz” gibi kazanç çerçeveli bir mesajın daha etkili olacağı beklenmektedir. (Rothman ve Salovey, 1997; Rothman vd., 1999; Wansink ve Pope, 2014:6). İnsanların düzenli kontrol ve tahlillerini yaptırılmalarını sağlamanın basit ama etkili bir yolu da anımsatıcıları kullanmaktan geçmektedir. Özellikle hastane randevularını kaçıran insan sayısı düşünüldüğünde, SMS gibi iletişim araçlarından yararlanılarak randevu zamanının hatırlatılmasının önemi anlaşılmaktadır. Bu müdahalelerin kaçırılan randevu sayısını %25-%28 oranında azalttığı gözlemlenmektedir (Sims, vd. 2012; Hallsworth vd., 2015). Yaptırılması gereken düzenli tedaviler de ise öntanımlı seçeneklerden yararlanılmaktadır. Örneğin, grip aşısı yaptırması gereken kişiler için randevularının önceden tanımlı olması, randevu almaya dair bilişsel ya da finansal maliyetlerin önüne geçtiği için randevu alınması gereken duruma göre, aşılama oranlarını arttırmaktadır (Chapman vd., 2010).

Yapılan araştırmalara göre ilaca ve tedaviye uyum oranları olması gerekenin çok altındadır. Örneğin, ABD’de yeni reçetelendirilen ilaçların %28’i alınmamaktadır (Fischer vd., 2010). İlaçlar eczaneden sağlandığında bile, sonrasında hastaların uygun aralıklarda ve dozlarda ilaçlarını alması ve sağlık durumları gerektirdikçe yeniden reçete için başvurmaları gerekmektedir. Ancak, ilaçların eksik kullanılması ya da yanlış bir biçimde ve aşırı dozlarda kullanılması yaygın bir biçimde görülmektedir. Genellikle hastaların ilaçlarının %80’ini kullanması en uygun kabul edilirken, bu oranın %50 ile %75 arasında değiştiği ve birçok hastanın devam etmesi gerekirken ilaç almamayı birkaç ay içinde bıraktığı izlenmektedir (Osterberg ve Blaschke, 2005). Hatta, ilaca ve tedaviye uyumun kritik öneme sahip olduğu kronik hastalarda dahi uyum oranlarının %50’nin altında olduğu belirtilmektedir. Oysaki, ilaç tedavisine uymama istenmeyen sağlık sonuçlarına, artan ölümlere, hastalığın bulaşmasına ve sağlık sektöründeki tüm kesimler için gereksiz maliyete neden olmaktadır. İnsanların ilaçlarını neden almadıklarına ilişkin yapılan araştırmalarda, “maliyetin çok fazla tutacağını düşünüyorum” ve “sigortam tarafından karşılanmıyor” yanıtları başı çekmektedir (Kennedy vd., 2008). Bu nedenle, ilaca uyumun artırılmasında öncelikle finansal engellerin aşılması gerekmektedir. Öte yandan, bilişsel engeller, finansal koşullar sağlansa dahi, ilaca uyum oranlarının optimal düzeyde olamayabileceğini işaret etmektedir: İlaç tedavisine uyma, sonuçları zamanla görülen bir davranış olduğu için, hastalar, eğer mevcut hastalıkları o an belirtmiyorsa ya da ilacın faydaları hemen görülmiyorsa, sıklıkla uzun dönemde gerçekleşecek faydanın farkına varamamaktadır. Üstelik, fayda uzun dönemde gerçekleşecekken, ilacı elde etmenin finansal veya (eczaneye gitme gibi) zamansal maliyetlerinin derhal gerçekleşiyor olması, bu kısa dönemli maliyetlerin daha ağır bastığı algısını oluşturmakta ve hastaların sıklıkla ilaca uymama davranışı sergilemelerine neden olmaktadır (Meredith ve Petry, 2017:355-357). Bu doğrultuda, davranışsal iktisadın, finansal mikro-teşvikler, anımsatıcılar ve öntanımlı seçeneklerden yararlanan müdahaleleri, söz konusu davranışın istenmeden gerçekleştiği durumların üstesinden gelmesine yardımcı olmaktadır.

Volpp vd. (2008b) çekiliş-temelli finansal teşviklerin, kalp ve damar sisteminde oluşabilecek pıhtılaşmaya karşı bazı hastalarda düzenli olarak alınması gereken varfarin ilacının tedavisine uyumdaki etkisini araştırmıştır. En az son 3 aydır varfarin kullanan 20 kişi, iki gruba bölünmüştür. Katılımcılar, ilaç kutuları açıldığında elektronik sistemle haber veren bir takip sistemi ile izlenmiş ve bu sistemle katılımcılara gerekli hatırlatmalar yapılmıştır. İlaçların zamanında alınması halinde günlük olarak, birinci gruptakilere 1/5 olasılıkla 10\$ ve 1/100 olasılıkla 100\$; diğer gruba da 1/10 olasılıkla 10\$ ve 1/100 olasılıkla 100\$ kazanma şanslarının olduğu bildirilmiştir. Bulgulara göre, birinci grupta ilacın yanlış kullanım oranı %2,3’e; ikinci grupta da %1,6’ya gerilemiştir. Ayrıca, finansal mikro-teşvikler ilaca uyum davranışının daha zor sağlandığı psikiyatri hastaları veya çocukların davranışlarını pekiştirmede de etkili olmaktadır. Staring vd. (2010)’nin, 10€ ve 20€ arasında değişen finansal teşviklerin kullanıldığı, şizofreni teşhisi konmuş hastalarla gerçekleştirdikleri araştırmalarının sonuçlarına göre, daha önce psikotik enjeksiyonlarının %44’ünü yaptıran hastalar teşvikle birlikte, tamamını yaptırmayı kabul etmiştir. Çocuk hastalarda ise çıkartmalar ve karşılığında kazanılan oyuncaklar davranış pekiştirici olarak kullanılmaktadır.

Örneğin, Cass vd. (2005) 14 yaş ve altı ve günlük olarak izoniyezid alması gereken verem hastası çocuklara 1 aylık takvim ve 30 adet çıkartma vermişlerdir. Çocuklara, ilaçlarını aldıkları her gün için takvime bir çıkartma yapıştırmaları talimat verilmiştir. Bir ayın sonunda, hastaneye 30 çıkartmanın da yapıştırılmış olduğu takvimi getiren çocuklara oyuncak havuzundan istedikleri oyuncak verilerek, çocuklar ödüllendirilmiştir. Bu müdahale ile tedaviye uyum oranları %82'den %92'ye çıkmıştır. İlaça uymama davranışı, unutkanlıktan kaynaklandığında hastaların ilaçlarını ne zaman almaları gerektiğini bildiren anımsatıcıların, ilgili davranış değişikliğinde oldukça başarılı olduğu görülmektedir (Vervloet vd., 2012). Örneğin, Kenya'da 538 HIV pozitif teşhisi konmuş katılımcıyla gerçekleştirilen bir araştırmada, virüsün çoğalmasını engelleyen antiretroviral tedaviye uyumda kısa mesaj biçimindeki anımsatıcıların etkisi araştırılmıştır. Klinikten her hafta gönderilen ve 48 saat içinde yanıtlanması belirtilen kısa mesajların gönderildiği grubun yaklaşık %62'sinin, kontrol grubunun ise %50'sinin tedaviye uyum sağladığı izlenmiştir (Lester vd., 2010). Ayrıca, anımsatıcılar yalnızca yazılı değil görsel veya işitsel biçimde de kullanılarak ilaç tedavisine uyumu kolaylaştırabilmektedir. Son yıllarda ilaç alma zamanı geldiğinde ışıkları yanan veya çeşitli müzik sesleri çıkaran ilaç kutuları, bu amaçla kullanılmaktadır (Luoto ve Carman, 2014: 65). İlaça ve tedaviye uyumun, ayakta veya yatarak tedavi gören hastalar için, sağlık hizmeti sunanlarca sağlanması gereken durumlarda ise ötanımlı seçenek/ayarlardan yararlanılmaktadır. Örneğin, ayakta tedavi gören bazı hastalara doktor aksini belirtmedikçe, belirli ilaçların otomatik olarak reçetelendirilmesi, yatarak tedavi gören hastalara ise enfeksiyona neden olan pnömokok hastalığından korunmak için rutin bir biçimde aşı yapılması gibi ötanımlı ayarlar uzun zamandır kullanılmaktadır (Halpern vd., 2007).

• *Özel sağlık sigortalarının yönetimi*

Özel sağlık sigortalarının yönetimi, kişilerin sağlık hizmetlerinden daha kapsamlı ve yüksek standartlı bir biçimde yararlanabilmeleri bakımından, özellikle ABD ve Hollanda gibi işveren destekli sigortaların yaygın olduğu ülkelerde oldukça önemli bir konudur. İyi bir sigorta yönetimi de kişilerin özel sağlık sigortasına ilişkin kararlarında belirleyici olan etkenlerin anlaşılmasına bağlıdır. Yapılan araştırmalara göre, söz konusu kararlarda ödenecek sigorta primleri belirgin rol oynamaktadır. Daha açık bir ifadeyle, sağlık sigortalarına olan talep, sigortanın fiyatına (primlere) oldukça duyarlıdır (Barnes vd., 2017:607). Bu durum, geleneksel iktisadın “kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaya ancak sigortanın finansal maliyeti sağlık planından elde edilecek faydadan düşükse karar verirler” varsayımıyla benzer doğrultuda, kişilerin maliyet ve faydalara duyarlı bir biçimde hareket ettiklerini göstermektedir. Diğer yandan, kişilerin söz konusu maliyetleri veya faydaları değerlendirirken, doğru karar almalarını engelleyen bilişsel kısıtlar ve yanlışlıklar olduğu görülmektedir. Birçok kişi, çeşitli sigorta teminatlarından ya programların farkında olmadıkları ya hak sahipliği konusunda emin olmadıkları, ya da karışık bürokratik prosedürlerin sorumluluğundan kaçınmak istedikleri için feragat etmektedir (Loewenstein, vd. 2017: 55).

Davranışsal iktisat bakış açısıyla, kişilerin sağlık sigortasına ilişkin doğru kararlar al(a)mamaları büyük oranda düşük sağlık sigortası okuryazarlığı ve statüko yanlılığı⁵ ekseninde açıklanmaktadır. Sağlık sigortası okuryazarlığının, sigortadan etkin bir biçimde yararlanmak için çok önemli olmasına ve ilgili eğitimlerin verilmesine rağmen, oldukça düşük olduğu görülmektedir. Örneğin, ABD'de kişilerin yarısından fazlasının gerekli matematiksel beceriye sahip olmadığı, çoğu kişinin kesinti, prim, tenzilat hakları, müşterek sigorta, risk yönetimi gibi temel sigorta terimlerini ve teminatın neyi ve hangi koşullarda kapsadığını anlamakta zorlandıkları ifade edilmektedir (Blumberg vd., 2013; Paez vd., 2014; Abaluck ve Gruber, 2016). Statüko yanlılığı ise özellikle işveren destekli sağlık planlarına katılım ve planlar arasında geçiş yapma konusunda belirleyici olmaktadır. Yine ABD'de, sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin yarısının sağlık planlarına kayıt olmadığı ve hak sahibi kişilerin üçte birinin de sigorta haklarından yeterince yararlanmadığı izlenmektedir (Kenney vd., 2013; Blavin vd., 2014). Bu kapsamda davranışsal iktisat, bilgiyi yalınlaştırmak üzere aşırı *bilgi ve seçenek yüklemesini* azaltmaya ve temel noktaları göze çarpma etkisiyle ön plana çıkarmaya; statüko yanlılığını azaltmak üzere ise kişilerin ataletini kırmaya dönük uygulamalar geliştirmektedir.

Öncelikle kişilerin sağlık sigortası okuryazarlığına sahip oldukları varsayımı yapılmadan ilgili sağlık planları daha yalın bir dille hazırlanmaktadır. Ayrıca, web siteleri ve basılı materyaller, kullanıcıların tüm bilgileri dikkatlice okumasını gerektirmeden, bilgiyi yalnızca göz atarak anlayacakları bir biçimde tasarlanmaktadır. Karmaşık durumlarda bilişsel kısa yollar kullanılmasından hareketle de sağlık planının nasıl seçilmesi gerektiği adım-adım

⁵ Statüko yanlılığı, bir şey yapma ya da yapmama seçeneklerinin ikisi de mevcutken, kişilerin bir şey yapmamayı seçme eğiliminde oldukları bulgusunu ifade etmektedir (Samuelson ve Zeckhauser, 1988).

özetlenerek ve kategorize edilerek anlatılmaktadır (Barnes vd., 2017: 624). İnsanların zihni görelî yerine mutlak, yüzdeler yerine sayılarla şablon veya temsillerin birlikte kullanıldığı bilgilendirmeleri daha rahat işlediği için, sağlık sigortası konusunda da sigortanın fiyat ve kalitesinin sembolik temsillerle anlatılmasının, karar almayı kolaylaştırdığı görülmektedir (Greene vd., 2016). Örneğin, fiyatların sayısal değerler yerine sembolik bir biçimde betimlenmesinin en düşük maliyetli ilaç sigortası planını tercih etme olasılığını %8 arttırdığı bulgulanmaktadır (Barnes vd., 2012). Buna ek olarak, her bir sağlık sigortası planı için hesaplanan toplam yıllık maliyetler arasındaki farkın açıkça ortaya konulmasının, göze çarpma etkisiyle statüko yanlılığını azalttığı izlenmektedir: Bir çalışmada kişilere ABD'deki sağlık sigortası planları hakkında kişiselleştirilmiş maliyet planlarını içeren bilgilendirici mektuplar gönderilmesinin, kişilerin kendileri için daha iyi planlara geçme olasılığını %11 attırırken, yıllık beklenen maliyetlerini 100\$ azalttığı, ilgili bir başka çalışmada ise benzer stratejinin maliyeti minimize eden planları tercih etme olasılığının %3 ile %11 arasında arttırdığı bulunmaktadır. Söz konusu stratejilerden de en çok daha genç, daha az eğitilmiş ve düşük gelirlî kişilerin yararlandığının görülmesi, konuya belirli ön kabullerle yaklaşmanın öneminin bir kez daha altını çizmektedir (Kling vd., 2012; Barnes vd., 2016). Öte yandan, davranışsal iktisat araştırmaları *aşırı seçenek yüklemesinin*, karar almayı zorlaştırdığını veya alınan karardan daha az memnuniyet duyulmasına neden olduğunu ortaya koymaktadır. Seçeneklerin fazla olması, karar almanın zaten zor olduğu sağlık sigortası kararlarını da etkilemektedir. Örneğin Hanoch vd. (2011), katılımcıların bilgisayar ekranından tepkilerini ölçtükleri laboratuvar ortamında gerçekleştirdikleri bir deneyde, sağlık planı seçenekleri 3'ten 9'a yükseldiğinde, katılımcıların ekrandaki ilgili bilgileri okumaya daha az zaman ayırdıklarını ve çoğu bilgiyi de görmezden gelerek yanlış kararlar aldıklarını gözlemlemektedir. Benzer birçok çalışmada da daha az seçenek varken, kişilerin kendileri için en düşük maliyetli sağlık planlarını çok daha rahat tercih ettikleri görülmektedir (Johnson vd., 2013; Barnes vd., 2015). Bu doğrultuda, en düşük ortalama yıllık maliyetli birkaç plandan oluşan seçenek setleri oluşturulması ve hükümetle işverenlerin mevcut planları fiyat ve kalite açısından kategorize ederek yönetilebilir sayılara düşürmesi önerilmektedir (Rice ve Cummings, 2010; Abaluck ve Gruber, 2016). Son olarak, kişilerin onlara sunulan sağlık sigortası planlarına katılmamaları veya katılsalar dahi kendileri için daha iyi planlara geçiş yapmamaları statüko yanlılığı ile açıklanmaktadır. Davranışsal iktisat, bu yanlılığın kişilerin faydasına olacak bir biçimde kullanılarak, onları bütçelerine uygun, yeterli teminat sağlayan ve yüksek standartlı sağlık sigortası planlarına otomatik olarak dâhil eden öntanımlı seçenekler tasarlanmasını önermektedir. Çünkü bu seçenekler ataletin önüne geçerken, kişilere yol gösterici de olmaktadır. Örneğin, bir laboratuvar deneyinde 100\$ yerine geçen 10.000 Monopoly (oyunu) doları verilerek, katılımcılardan olası bir hastalık durumunda en iyi teminatı sağlayacak sigorta planını seçerek, en çok parayı kazanmaya çalışmaları istenmiştir. Katılımcıların herhangi bir yönlendirme/tavsiye almadıkları durumda ancak yarısından azının kazancı ençoklaştıran tercihlerde buldukları, diğer yandan kazançlarını ençoklaştıracak planlara dair tavsiye aldıklarında, minimum maliyetli ve en çok kazançlı sağlık planını tercih etme olasılıklarının %21 arttığı bulgulanmıştır (Barnes vd., 2016). Dolayısıyla, öntanımlı seçeneklerin tavsiye olarak algılanarak, kişileri daha iyi kararlar almaya teşvik etmesi mümkündür. Bu noktada, sağlık sigortası seçeneklerini tasarlayanların, kişilerin sağlık risklerine ilişkin yeterli bilgiyi toplayarak onlar için en uygun planları öntanımlı hale getirmeleri gerektiği önemle vurgulanmaktadır (Barnes vd., 2017:621-622).

• **Organ bağıışı**

Organ nakli konusunda, günümüzdeki en büyük sorunlardan biri ihtiyacı olan kişilere gerekli organların bulunamamasıdır. Oysaki, kan, plazma, kemik iliğı ve diğer doku ile organ nakilleri binlerce hayatı kurtarmaktadır. Bir araştırmaya göre, organ bağıışında bulunan bir kişi, ortalama 3 organ bağıışıyla, nakil bekleyen hastaların 30,8 yıl daha hayatta kalmalarını sağlamış olmaktadır (Schnitzler vd., 2005). Bir diğer araştırmaya göre ise organ nakli sonucunda hastaların yaşam kaliteleri artmakta, istedikleri sağlıklı hayatı yaşama şansı elde etmektedirler (Dew vd., 1997). Üstelik, organ nakli beklerken görülen tedavilerin maliyetine göre, naklin maliyeti çok düşük kaldığı için, organ nakli tıbbi maliyetleri azaltmaktadır (Axelrod vd., 2018). Dolayısıyla, organ bağıışını arttırmaya dönük politikalarından sağlık alanındaki tüm kesimlerin faydalanacağı açıktır. Diğer yandan, bu konu etik birçok çelişkiyi bünyesinde barındırdığı için, finansal teşvik gibi politikalar gündem dışında kalmaktadır. Davranışsal iktisadın sosyal takdir ve öntanımlı seçeneklerle gerçekleştirdiğı müdahalelerinin ise hem etik kaygıları en aza indirdiğı hem de oldukça başarılı sonuçlar elde ettiğı görülmektedir.

Olumlu sosyal davranışları geliştirmenin yollarından biri de bu davranışların toplum tarafından fark edilmesi sağlanarak, kişiye sosyal takdir gösterilmesinden geçmektedir. Bu içsel motivasyonu arttırmaya dönük stratejinin sıklıkla kan bağıışı davranışında etkili olduğu gözlemlenmektedir. Lacetera ve Macis (2010) İtalya'da uzun yıllar kan bağıışçılarının davranışlarını inceledikleri çalışmalarında, belirli bir kotaya ulaşan kan bağıışçılarına madalya

gibi sembolik bir ödül vermenin etkisini araştırmıştır. Bulgulara göre, bu ödüller yerel gazetede yayınlandığı ve topluluk önünde bir törenle verildiği sürece, kan bağışçılarının kan verme sıklığı artmıştır. Yazarlar, buradan hareketle toplumun gözünde sahip olunan imajın, kan bağışısı davranışını geliştirmede önemli bir motivasyon olduğunu ortaya koymaktadır. Lacetera ve Macis (2013) yine kan bağışısı davranışında bu kez ödül olarak kan bağışçılara, bir günlük ücretli izin hakkı tanınmasını sağlayan yasal düzenlemenin etkisini incelemiştir. Kan bağışıcısı olan ve bir yerde çalışanların, bu ödül sonunda, ortalama yılda bir kez daha fazla bağışta bulunduğu, bunun da %40 artışa denk geldiği izlenmiştir. Bu nedenle yazarlar, işverenlerin benzer düzenlemeleri desteklemeleri gerektiğini belirtmektedir. Organ bağışısı davranışındaki bir diğer önemli konu da niyet-eylem açığıdır. Şöyle ki, birçok kişi organlarını bağışlamak istediğini belirtmesine rağmen, organ bağışına katılım düşüktür. Söz konusu niyet-eylem açığı dikkate alınarak Belçika, Fransa, İsveç ve Polonya gibi ülkeler öntanımlı seçeneği “organ bağışıcısı olmak” biçiminde değiştirmiştir. Böylece kişilerin istedikleri zaman organlarını bağışlamak istememe biçimindeki seçim özgürlükleri korunarak, otomatik olarak gönüllü oldukları varsayılmıştır. Bu ülkelerde, organ bağışıcısı olmak için aktif kayıt yaptırmanın gerektiği (Almanya, Danimarka ve Hollanda gibi) ülkelere göre organ bağışısı gönüllülük oranı çok daha yüksek seyretmiştir (Johnson ve Goldstein, 2003). Bu seçenekleri kullanan ve kullanmayan 48 ülkedeki durumu 13 yıllık veriler doğrultusunda karşılaştıran bir çalışma da organ bağışıcısı olmanın öntanımlı olduğu ülkelere karaciğer ve böbrek nakillerinin daha fazla sayıda gerçekleştiğini bulgulamaktadır (Shepherd vd., 2014).

5. TÜRKİYE’DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNE YÖNELİK DAVRANIŞAL YAKLAŞIMLAR

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde maliyetler hızla artarken, yeterince güncellenmeyen fiyatlandırma politikaları nedeniyle sağlık işletmeleri birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda maliyetlerin yükselmesinin nedenlerinden biri, harcama kalemlerinin başlıca ilaç, tetkik, tıbbi malzeme ve cihazlarından oluşması ve bunların çoğunun da ithal ediliyor olmasıdır. Bunun gibi sektördeki verimsizliklerin giderilmesi için TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu’nun da (2012) ilaç sektörü, hizmet sunumu, tıbbi teknoloji ve sağlığın finansmanı başlıklarıyla detaylandırarak ele aldığı gibi, öncelikli olarak yapısal ve mevzuata dönük çözümlere ihtiyaç duyulmasının yanı sıra, ilgili harcamaların maliyetini daha etkin bir yönetim anlayışı ve aşırı kullanımın önüne geçen müdahalelerle azaltmak mümkündür. Başka bir deyişle, sektörde performansı geliştiren, işlem maliyetlerini ve süresini azaltan ve dolayısıyla hem hasta hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmaya yönelik uygulamalarla israf önlenerek mevcut maliyet yükü hafifletilebilmektedir. Nitekim, israf yönetimi olarak ifade edilen bu yaklaşım doğrultusunda, sektörde birçok araç ve yöntem geliştirildiği görülmektedir (Nihal vd., 2015; Yılmaz vd., 2017). Yurtdışındaki başarılı uygulama örneklerinden hareketle, davranışsal iktisat da yurt içinde ilaç kullanımı, tedavi süreçleri ile hastane yönetim ve koordinasyonu süreçleri başta olmak üzere ilgili alanlardaki, verimsizlik ve israfı azaltmaya dönük yaklaşımlara katkıda bulunma potansiyeline sahiptir.

5.1. İlaç, Tetkik ve Tedavi Süreçlerinin İyileştirilmesi

İlaç, tetkik ve tedavi süreçlerindeki verimsizlikler sağlık hizmeti talep edenlerin ilaca ve tedaviye uymama gibi davranışlarından kaynaklanabildiği gibi, sağlık hizmeti sunanların farklı motivasyonlara sahip olmaları veya zaman kısıtı altında çalışıyor olmaları gibi nedenlerden dolayı da ortaya çıkabilmektedir. Anlaşılacağı üzere, her ne kadar söz konusu davranışlar etkileşim halinde olsa da iki tarafın bu konuda istenmeyen sonuçlara neden olan davranışsal engelleri farklıdır. Bu sürecin etkin yönetimi ise davranışsal engellerin teker teker tespit edilmesinden ve ona uygun çözümler üretilmesinden geçmektedir.

5.1.1. Sağlık Hizmeti Talep Edenlerin Davranışları

Tahminlere göre uzun dönemli tedavi gerektiren kronik hastalıklara sahip kişilerin %30 ile %50’si gerekli ilaç ve tedaviye uymamaktadır. Daha açık bir ifadeyle, hastalar çoğunlukla öngörülen tedaviler için verilen talimatları uygulamamakta ve ilaçlarını reçete edildiği gibi kullanmamaktadır. Oysaki, ilaca ve tedaviye uymama belirgin oranda ilaç ve tıbbi malzeme israfına, tekrar tekrar hastaneye başvurulmasına, daha düşük yaşam kalitesine, hastalık ve ölüm oranlarının artmasına ve dolayısıyla verimlilik kaybına neden olmaktadır (Easthall vd., 2013). Dünya Sağlık Örgütü de ilaç ve tedaviye uyulmamasını dünya genelinde bir problem olarak tanımlamakta ve uyumun geliştirilmesinin dünya çapında 269milyar\$ tasarruf sağlayabileceğini belirtmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2003; IMS Tıbbi Bilişim Enstitüsü, 2012). Türkiye’de ise konuya ilişkin 14 ilde, 14 farklı kronik hastalık çerçevesinde, toplam 540 hasta ve 350 doktorla gerçekleştirilen kapsamlı bir çalışmanın başlıca bulgularına göre, Parkinson hastalarının %47’si, ülseratif kolit hastalarının %43’ü, astım/KOAH hastalarının %37’si, hipertansiyon hastalarının %36’sı, diyabet hastalarının %28’i, kanser hastalarının %23’ü ilaçlarını düzenli bir biçimde almayı

unutmaktadır. Genel olarak hastaların %30'unun ilaçlarını unutkanlık nedeniyle, %5'ininse bilinçli olarak ilaçlarını düzenli olarak almadıkları görülmektedir. Bunun başlıca nedeninin, hastaların kendilerini iyi ve dolayısıyla ilaca o an ihtiyaç duymadıklarını hissetmeleri, olduğu ifade edilmektedir (İlaç Bilincini Geliştirme ve Akılcı İlaç Derneği, 2018). Araştırmanın bulguları davranışsal iktisat bakış açısıyla değerlendirildiğinde, ilaca düşük uyumda unutkanlığın diğer ifadeyle, sınırlı dikkatin başlıca etkenlerden biri olması şaşırtıcı değildir. Bunun yanı sıra, ilaç kullanımının o anlık "iyi hissetme" nedeniyle bırakılmasını, ilacın faydasının uzun dönemde gerçekleşeceğinin göz ardı edilmesi bağlamında şimdiki zaman yanlılığı ile açıklamak mümkündür. Söz konusu davranışsal engeller ise farklı çözümleri gerektirmektedir (Luoto ve Carman, 2014:64-65).

Problem: Sınırlı dikkat

Davranışsal iktisadın önerisi: Kısa mesaj ve akıllı ilaç kutuları yoluyla anımsatma

Düşük tedavi uyumu unutkanlıktan kaynaklandığında, basit kısa mesaj yoluyla anımsatıcılar oldukça etkili olabilir. Bu mesajların, özellikle kişiler ilacın yan etkisine uzun dönemli faydasından daha fazla değer atfediyorlarsa kayıp çerçeveli bir biçimde tasarlanması, etkilerini arttırabilir. Çünkü kişilere ilaca uymaları gerektiği hatırlatılırken, uymadıkları durumda yaşayacakları olumsuzlukların da hatırlatılması, kayıptan kaçınma eğilimlerini belirginleştirebilir. Alternatif olarak, daha önce incelenen davranışsal müdahalelerde bahsedildiği gibi, hastalara ilaç zamanını hatırlatmak için ışık ve ses yayan alarmlı ilaç kutularının kullanımı yaygınlaştırılabilir.

Problem: Şimdiki zaman yanlılığı

Davranışsal iktisadın önerisi: E-posta yoluyla reçetelendirme

Kişiler ilaçlarını yeniden reçetelendirmeyi erteliyorlarsa, özellikle kronik hastalar için reçetelendirilmenin e-posta yoluyla yapılmasını sağlayacak sistemlerin geliştirilmesi, söz konusu davranışsal engeli ortadan kaldırabilir. Ayrıca, daha önce incelenen Volpp vd. (2008b)'nin varfarin ilacına uyumu arttırmak için gerçekleştirdikleri çalışmada olduğu gibi, mikro-teşvik sistemleri geliştirilerek, kişilerin ilaca derhal uyumdan kaynaklı algıladıkları bedelleri, anında ödülleri dengelemeleri sağlanarak, şimdiki zaman yanlılığını aşmalarına yardım edilebilir.

Problem: Sınırlı dikkat, erteleme eğilimi

Davranışsal iktisadın önerisi: Kısa mesaj ve diğer anımsatıcıları kullanma

İlaç ve tedaviye uyumun yanı sıra, sağlık hizmeti talep edenlerin hastane randevularına düzenli olarak gitmeleri ve gerekli tetkikleri yaptırmaları da sektörde sağlık hizmet akışının verimli işleyebilmesi için bir o kadar önemlidir. Ancak çoğu zaman kişiler hastane randevularına gitmemekte ve gerçekleşmeyen hastane randevuları verim kaybına neden olmaktadır. Örneğin, İngiltere'de her yıl 12 milyon hastane randevusunun gerçekleşmediği ve bunun yılda 162 milyon £ zarara yol açtığı tahmin edilmektedir (İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri, National Health Service-NHS, 2014). Türkiye'de de hastane randevularına devamsızlık oranı %25'tir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018: 169). Bu da artan bekleme süreleri, sağlık hizmetlerinin verimsiz kullanımı, sağlık personelinin zamanının boşa harcanması ve sonuçta daha kötü hizmet sunumu ile sonuçlanmaktadır. İngiltere'de bu kapsamda yapılan müdahalelerde en çok "Her 10 kişiden 9'u randevusuna gelmektedir" biçimindeki sosyal normları kullanan mesajlarla, "Randevuya gelmemenizin Ulusal Sağlık Sistemi'ne maliyeti yaklaşık 160 £'tur" gibi kaybin vurgulandığı mesajların daha etkili olduğu gözlemlenmektedir. Türkiye'de ise MHRS'de randevu tarihinden 1 gün önce kısa mesaj veya sesli arama ile hatırlatma yapılmaktadır. İngiltere'deki gibi davranışsal içgörülerin etkisinin karşılaştırıldığı benzer bir araştırmanın, ülkemizdeki sağlık iletişimi de dikkate alınarak yapılmasının, sağlık sistemi üzerinde randevuları kaçırmaktan kaynaklı maliyetlerde önemli ölçüde düşüş sağlayacağı beklenmektedir (Özdemir, 2019).

Problem: Kötü haber alma endişesi⁶

Davranışsal iktisadın önerisi: Zihinsel hazırlanma egzersizleri

Eğer kişilerin hastane randevularına gitmemelerinin nedeni, yapılacak tetkik ve taramalar sonucunda kötü haber alma endişesinden kaynaklanıyor ise insanların söz konusu tetkik yaptırmalarının neden gerekli olduğu konusunda çalışma yapmak etkili olabilir. Böylece kişilerin Sistem 1 ile tepki veren duygusal yönlerini göz ardı

⁶ Bu durum yazında Deve Kuşu Etkisi (Ostrich Effect) olarak ifade edilmektedir. Deve kuşu etkisi, insanların kötü haber alma endişesiyle bazı bilgileri öğrenmekten kaçınmalarına neden olan bir bilişsel yanlılıktır (Panidi, 2015).

ederek, Sistem 2 ile daha sakin ve mantıklı karar almaları sağlanabilir. Örneğin, Howell ve Shepperd (2013) katılımcılara kalp damar hastalığına yakalanma risklerini öğrenip öğrenmemeleri gerektiğine dair 3 nedeni düşünmelerini ve bu nedenleri önemlerine göre sıralamalarını talimat verdikleri çalışmaları sonucunda, daha fazla kişinin test sonuçlarını alıp, değerlendirilmesi için başvurduğunu bulgulamıştır.

Problem: Erteleme alışkanlığı

Davranışsal iktisadın önerisi: Finansal mikro-teşvikler

Bazı durumlarda kişiler yalnızca üşendikleri için hastane randevularına gitmemektedir. Davranışsal engel üşengeçlik ve ertelemeden kaynaklıysa, sağlık hizmeti arz eden kurumlar veya sigorta şirketleri bu politika mali olarak sürdürülebilir olduğu sürece, kişilere finansal mikro-teşvikler sunabilir. Finansal mikro-teşvikler hizmet bedeli indirimi, ücretsiz kahve kuponu, randevuya zamanında gelinmesi halinde çekilişe otomatik katılma hakkı biçiminde düzenlenebilir.

5.1.2. Sağlık Hizmeti Arz Edenlerin Davranışları

Bir hekimin, sağlık personelinin ya da sağlık işletmecisinin aldığı çoğu kararlar, daha verimli sağlık hizmeti sağlanmasını teşvik edici potansiyele sahiptir. Bu kararların bazıları dikkatlice düşünülerek alınırken, bazıları zaman ve kaynak kısıtları vb. gibi nedenlerle daha çabuk ve tedbirsizce alınmaktadır. İkinci tipteki kararlar aşırı ilaç yazılmasına, gereksiz tetkik ve testler yapılmasına; özetle gereksiz sağlık hizmeti sunumuna sebep olmaktadır. Diğer yandan, performans dayalı ek ödeme sistemi gibi sistemler, sağlık çalışanlarının performanslarını ve hizmet kalitesini arttırmak amacıyla tasarlanmış olsa da çoğunlukla nitel değil nicel ağırlıklı performansın değerlendirilmesi, gereksiz tetkik ve tedavilerin artması ile sonuçlanmaktadır. Örneğin, ABD’de tıbbi tedavi için harcanan 3\$’dan 1’inin gereksiz test ve tedavilere gittiği tahmin edilmektedir. Bu da bir yılda yaklaşık 1 trilyon \$’lık sağlık hizmetinin aşırı kullanımdan dolayı israf edildiği anlamına gelmektedir. Üstelik, on binlerce hasta gereksiz yere endişeye, damar yolu açılması, sonda takılması gibi invaziv işlemlere ve tıbbi komplikasyon riskine maruz bırakılmış olmaktadır (Loewenstein vd., 2017). Türkiye’de de son yıllarda tanı testlerinde gereksiz kullanımın, yanlış pozitif sonuçlara, daha fazla tanısal tetkik ve invaziv işlemlere başvurulmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına ve dolayısıyla maliyet artışına neden olduğu izlenmektedir (Kocaturk vd., 2015). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Akılcı Tıbbi Laboratuvar Kullanımı Projeleri gibi politika girişimlerinin yanı sıra, kanıta dayalı tıp gibi yaklaşımların gündemde olduğu görülmektedir (Turhan vd., 2010). Kanıta dayalı tıp, hastaların bakımıyla ilgili klinik problemleri çözme ve klinik kararları alırken mevcut kanıtların bilinçli, belirgin ve mantıklı kullanımını (Guyatt vd., 2000; Chan vd., 2004). Kanıta dayalı tıp da kanıta dayalı yönetimin uygulanmasına referans olmaktadır. Kanıta dayalı yönetimin, sağlık kurumları ve sağlık hizmetlerinin biçimlendirilmesinde ve yapılandırılmasında önemini daha da fazla olacağı düşünülmektedir. Artan hasta beklentileri, yeni teknolojiler, yaşlanan nüfus ve sürekli artan bilgi; sağlık hizmetlerinde kanıta dayalı karar vermeye ilişkin ihtiyaç ve talepleri artırmaktadır (Bayın Donar, 2019: 274). Dolayısıyla, söz konusu yaklaşımlarda, hekimlerin davranışlarının ve laboratuvar teknisyenleri, hemşireler ve sağlık görevlileri ile aralarındaki iletişimin önemi vurgulanmaktadır. Bu bağlamda davranışsal iktisadın hekimlerin gereksiz ilaç yazma ve test istemi davranışlarına, hizmet sağlayıcıları arasındaki çıkar çatışmalarını azaltmaya ve hasta doktor arasındaki güveni tahsis etmeye ve iletişimi arttırmaya dönük uygulamaları bu konuda önemli içgörüler sunmaktadır. İlgili uygulama örneklerini incelemeye önce hekimlerin kararlarının niteliğini etkileyen davranışsal engellerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Meeker ve Doctor, 2017: 544-553):

- Çoğu zaman zaman baskısı altında karar almak zorunda kalmaları, sezgisel kısa yollara başvurmalarına neden olmaktadır. Bu da belirli alışkanlıklar ve tepkiler geliştirmelerine yol açabilmektedir. Aynı zamanda, bu otomatikleşmiş kararlarının etkilerini, hastalardan anlık geribildirim alamama veya tedavinin sonucunu hemen gözlemleyememeleri nedeniyle, başka bir deyişle, aldıkları tedavi kararının etkileri karar anından çok sonra gerçekleştiği için, söz konusu otomatik kararlarının sonuçlarından çıkarım yapma ve dolayısıyla gerekiyorsa değiştirme şansı elde edememektedirler.
- Muayene sırasında yoğunluk, hastaların kurallara uymaması vb. gibi nedenlerle iş akışlarının kesintiye uğratılması daha itinalı ve tedbirli düşünmelerini engelleyebilmektedir.
- İlaç şirketlerinin pazarlama yöntemlerinden etkilenmediklerini belirtmelerine rağmen, bilinçsizce de olsa etkilenebilmektedirler. Bu da sıklıkla, daha ucuz olan muadil ilaçlar yerine, daha pahalı ilaçların gereksiz kullanımını ile sonuçlanabilmektedir.

- Performansa dayalı ek ödeme sistemi gibi sistemler içsel motivasyonlarının azalmasına neden olabilmektedir. Çünkü kapsamlı bir inceleme gerçekleştirmek yerine ulaşması gereken daha dar bir teşvik hedefini karşılamamanın yeterli olduğunu hissetmeye başlayabilmektedirler.

Problem: Zaman baskısı ve iş akışlarının sekteye uğraması nedeniyle Sistem 1 ile tepki verme

Davranışsal iktisadın önerileri: Kamuya açık taahhütte bulunma, sosyal norm ve karşılaştırmalar, hesap verilebilir gerekçeler belirtme ve öntanımlı seçenekler

Bir eylemle ilgili kamuya açık bir biçimde taahhütte bulunma, kişinin, özsaygısını söz konusu eylemle özdeşleştirilmesi ve toplumun gözünde korumak istemesi yoluyla, verdiği taahhüde uymasını kolaylaştırabilmektedir. Örneğin, Meeker vd. (2014), hekimlerin yalnızca gerekli ve makul olduğu durumlarda antibiyotik yazacaklarını kamuya açık bir biçimde taahhüt etmelerinin etkilerini araştırmıştır. Çalışmadaki taahhüt mekanizması, hekimlerin bu konuda güvence verdiklerini belirttikleri metnin, fotoğraflarının ve imzalarının bulunduğu posterlerin muayene odasının duvarına asılmasıdır. Bu uygulama sonucunda, kontrol grubuna göre, solunum yolu enfeksiyonları için antibiyotik reçetelendirilme oranının %20 düştüğü gözlenmiştir. Ayrıca, bu müdahalenin hastalardan gelen gereksiz antibiyotik taleplerini de azalttığı görülmüştür. Dolayısıyla, kamuya açık taahhütte bulunma müdahalesinden hem hastalarda güvenin artırılması hem de hekim davranışlarını değiştirme bakımından, etkili bir biçimde yararlanılabilir.

Kişilerin davranışlarını diğerlerinin sosyal normlara uyan davranışları ile karşılaştırma imkânı bulması, arzu edilen yönde hareket etmelerini sağlayabilmektedir. Bu strateji hekimlerin daha iyi kararlar almalarını teşvik edebilir. Örneğin, Meeker vd. (2016) elektronik sağlık kayıtlarından yararlanarak, hekimlerin uygun olmayan reçetelendirmelerini aylık olarak kayıt altına almış ve her bir hekimi söz konusu reçetelendirme davranışına göre düşükten yükseğe göre sıralamışlardır. Ayrıca, yüksek performans gösteren hekimlere kaçınıcı sırada olduklarını belirtmeden “Siz performansınız yüksek bir hekimsiniz” biçiminde buyruksal normlar sunmuşlardır. Müdahalenin bulgularına göre, uygun olmayan reçete yazımında %81 azalma sağlanmıştır. Buradan hareketle araştırmacılar, iş akışında veya elektronik sağlık kayıt sisteminde hiçbir değişikliğe sebep olmadan performansın bu şekilde elektronik olarak kayıt altına alınıp ölçülebildiği durumlarda, meslektaş karşılaştırmalarının iyi bir strateji olduğunu belirtmektedir.

Hekimlerin aldıkları bazı kararları gerekçelendirmeleri ve dolayısıyla bu konuda hesap verebilir olmaları, aldıkları kararların doğruluğunu arttırabilir. Nitekim, hekimlerin yazdıkları ilaçlar standart ilkelerin dışında olduğunda elektronik sağlık kayıt sistemlerinde gerekçe belirtmelerinin istenmesi gibi uygulamalar uzun yıllardır kullanılmaktadır (Litzelman vd., 1993). Bu uygulamaları davranışsal iktisadın yine sosyal karşılaştırma ve kamuya açık taahhütte bulunma içgörülerini doğrultusunda geliştirmek mümkündür. Meeker vd. (2016) böyle bir yaklaşım gözeterek gerçekleştirdikleri araştırmalarında, hekimlerin standart ilkelerin dışında antibiyotik yazdıkları durumu incelemiştir. Söz konusu durumda hekimler, her bir hastanın elektronik sağlık kayıt sisteminde açılan pencerede gerekçelerini belirtmiş ve kayıt ve gerekçelerin diğer hekimler tarafından da görülmesi sağlanmıştır. Böylece profesyonel hesap verilebilirliğin hatırlatılmış olduğu çalışma sonucunda, uygun olmayan antibiyotik reçetelendirilmesinin %23,2’den %5,2’ye düştüğü görülmüştür. Dolayısıyla, özellikle elektronik sağlık kayıt sistemlerinde kendi algoritmalarını geliştirmeleri mümkün olan sağlık kurumları benzer stratejileri kullanabilir.

Hekimlerin karar almalarını kolaylaştıracak davranışsal önerilerden bir diğeri de elektronik hasta kayıt sistemlerinde, talep edilecek testlere veya yazılacak reçetelere ilişkin öntanımlı seçeneklerin kullanılmasıdır. Hatta, hastaların belirli özelliklerine göre gruplandırılarak oluşturulmuş “akıllı öntanımlı seçeneklerin” kullanımı, hem hekimlerin hata yapma olasılığını azaltabilir hem de hastalara özgü nitelikte ve dozda ilaç yazılmasını kolaylaştırabilir (Fischer vd., 2008; Nuckols vd., 2014; Olson vd., 2015).

Türkiye’de de “akılcı antibiyotik kullanımı” gibi gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilmesini hedefleyen programlar gündemdedir (Öcek vd., 2008; Yalçın vd., 2008; Aydın vd., 2017). Bu konuda hekimlerin bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek için eğitimler düzenlenmesi, antibiyotiği doğru içerik bilgileriyle reçete etmeleri ve hastayı yeterince bilgilendirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. Söz konusu bilgilendirme ve eğitimlerde ele alınan davranışsal içgörülerden ve müdahalelerden yararlanmak mümkündür.

Problem: Motivasyon çatışması ve pazarlama stratejilerine maruz kalma

Davranışsal iktisadın önerileri: Hediyelerin yasaklanması, öntanımlı seçenekler ve dijital hasta destek programlarını geliştirme

Performansa dayalı ödeme sistemleri gibi, nitel ve nicel çıktı dengesi ayarlanmadan sunulan teşviklerin nasıl daha iyi bir hale getirilebileceği gerek yurtdışında gerekse yurt içinde tartışılan konuların başında gelmektedir. Yine de hekimlerdeki motivasyon çatışmalarını azaltacak çözümler geliştirmek olasıdır. Bu çatışmalardan bazıları ilaç şirketleri ile yaşanmaktadır. Davranışsal iktisat araştırmaları, hekimlerin farkında olmasalar bile, ilaç şirketleri tarafından sunulan küçük hediyelerden dahi etkilenebildiklerini ve dolayısıyla çok da etkili olmayan ilaçları reçetelendirebildiklerini göstermektedir (Dana ve Loewenstein, 2003). Bu bağlamda, ilaç mümessillerinin hekimlere ziyarette bulunmasına sınır getiren düzenlemelerin yanı sıra, şirketlerin hekimlere hediye vermesinin tamamen yasaklanmasının, hekimlerin yanlış kararlar almalarını önleyeceği düşünülmektedir (Larkin ve Loewenstein, 2017). Ayrıca, söz konusu yanlış kararların önüne geçebilmek için elektronik hasta sistemlerinde öntanımlı seçeneklerin kullanılması önerilmektedir. Şöyle ki, sistemlerde muadil ilaçların öntanımlı olması, daha pahalı ilaçların reçetelendirilmesini azaltarak çok ciddi tasarruf sağlamaktadır (Haas vd., 2005). Hekimlerin gelişki yaşadığı alanlardan biri de hem hastalarla hem de diğer hekimlerle tedavi süreci konusunda oluşan görüş ayrılıklarıdır. Geliştirilecek dijital hasta destek programları kapsamında *ikinci görüş programları (second opinion programmes)* bu konudaki anlaşmazlıkları azaltabilir. Örneğin, Hollanda’da mamografilerin iki bağımsız uzman hekim tarafından değerlendirilmesini zorunlu kılan düzenlemenin, yanlış teşhis konma oranlarını büyük oranda düşürdüğü görülmektedir (Loewenstein vd., 2017). Böylece ikinci görüş programları gereksiz tetkik ve test uygulamalarının önüne geçerken, hastaların gereksiz endişe ve invaziv işlemlere maruz kalmalarını engelleyebilir⁷.

5.2. Sağlık Kurumlarında İş Akışlarının İyileştirilmesi

Sağlık hizmet sunumunun etkin bir biçimde gerçekleşmesi, sağlık kurumlarında iş akışlarının aksamadan ilerlemesine bağlıdır. Bu kapsamdaki hastaların devredilmesi, taburcu işlemleri, hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi, tıbbi cihazların tedarik ve satın alınması gibi konulara, davranışsal iktisat bakış açısıyla yaklaşmak, daha etkili politika önerilerini gündeme getirebilir.

• Hastaların devredilmesi prosedürleri ve taburcu işlemleri

Hastaların hekimler veya sağlık personelleri arasındaki devir işlemleri, tıbbi hataların önüne geçme, gerekli bakımın devamı ve hasta güvenliğinin sağlanması bakımından sağlık hizmet sunumunda kritik bir öneme sahiptir. Ancak araştırmalar önemli hataların %15’inin hasta devir sürecinin kötü işlemlerinden ortaya çıktığını göstermekte ve hekimlerin %31’i hasta devir değişiminden kaynaklı klinik problemlerle karşılaştıklarını ifade etmektedir (Borowitz vd.,2008; Farhan vd., 2012). Mevcut hasta devir çizelgelerini yeniden tasarlamak ve belirgin yönlendiriciler eklemek, söz konusu problemleri belirli bir noktaya kadar iyileştirebilir. Örneğin, Messing (2015), İngiltere’de bir hastanedeki hastaların yoğun bakım ünitesinden yatılı tedaviye geçirilme süreçlerinde kullanılan ve yalnızca hasta notlarından ve hastaların taburcu geçmişlerinden oluşan çizelgeleri yeniden tasarlamıştır. Süreci iyileştirmek için çizelgeye devrin kime saat kaçta yapıldığı belgelemek ve günlük çizelgeye devri yapılmamış ancak muallakta olan hastaların işlemlerinin tamamlandığını kaydetmek üzere ek sütunlar eklemiştir. İki ay sonunda yapılan değerlendirmeye göre, hastaların tamamının devir prosedürleri eksiksiz bir biçimde kayıt altına alınabilmiştir. Hastaların taburcu işlemleri de benzer süreçlere tabidir. Bu konuda yine taburcu çizelgelerinin, kayıt sistemlerinin ve şemaların hasta, hasta yakını, hekim ve sağlık personelinin takip edebileceği bir biçimde basitleştirilerek yeniden tasarlanması, süreci iyileştirme potansiyeli taşımaktadır (Hesslink vd., 2014).

• Hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesi

⁷ Bu bölümde bahsedilen hekim-hasta arasındaki güven problemi aslında sağlık sektöründe sıklıkla görülen bilgi asimetrisi ile de açıklanmaktadır. Bilgi asimetrisinin sağlık sektöründeki etkileri arasında olumsuz seçim, ahlaki tehlike, azalan bakım kalitesi ve gereksiz tetkik/ilaç kullanımı yer almaktadır (Wang vd. 2011). Hasta- hekim ilişkisine bakıldığında, arz-talep ilişkisinin sağlık sektöründe hasta aleyhine bozulduğu ve bunun nedeninin, hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisi olduğu görülmektedir (Şahin, 2004). Bu durumun sağlık sektörüne arz ve talep olarak yansımaları ise sağlık hizmetinden faydalananların aldıkları sağlık hizmetlerini ve kendilerine sağlayacağı yararları değerlendirememeleri ve hekimlerine güvenmemeleri şeklindedir. Bu durum sağlık hizmetinden faydalananları, sağlık hizmeti arz edenlere tabi kılmaktadır. Diğer yandan geleneksel iktisadi analizlerde, talepte bulunanların neyi istediklerini ve istediklerinin kendilerine sağlayacağı yararı bildikleri varsayılmaktadır (Çelik, 2011: 58-59). Ancak bilgi asimetrisinde hasta, tedavinin biçimine ilişkin karar vermek için hekimin tavsiyesine güvenmek zorundadır (Blomqvist ve Leger, 2005). Dolayısıyla, bu durumu hem bilgi asimetrisi hem de hekimlerin davranışsal engelleri bağlamında açıklamak mümkündür.

Hastane enfeksiyonları hastada hastaneye başvurmada önce mevcut olmayan, yatıştan 48 saat sonra görülmeye başlanan ya da hastanede gelişen ama etkileri taburcu olduktan sonra görülen enfeksiyonlardır. Özellikle, yoğun bakım hastalarında sıklıkla rastlanılan komplikasyonların başında gelmektedir. Örneğin, Türkiye’de hastaların yalnızca %5 ile %10’u yoğun bakım ünitesinde yatmasına rağmen, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık üçte biri bu hastalarda ortaya çıkmaktadır (Balın ve Denk, 2016). Hastane enfeksiyonları, hastanın tedavi sürecini karmaşıklarıştırmakta ve uzatmakta, dolayısıyla yatış süresini uzatmakta ve ciddi maliyetlere neden olmaktadır. Diğer yandan, sağlık hizmeti sunanların el hijyenlerine dikkat etmesi gibi basit bir önlem hastane enfeksiyonlarını %15-30 oranında azaltma potansiyeline sahiptir ancak el hijyenine uyum oranlarının %50 olduğu tahmin edilmektedir (Huis vd., 2012). Türkiye’de gerçekleştirilen bir araştırmada ise el hijyenine uyum oranı hemşirelerde %69, hekimlerde %45 ve yardımcı sağlık personelinde %36 olarak bulunmuştur (Koşucu vd., 2015). El hijyenini sağlamada, hastanelerdeki uyarı levhalarındaki mesajları yeniden tasarlayan davranışsal iktisat araştırmaları bu konuda yol gösterici olabilir. Grant ve Hofmann (2011), “el hijyeni sizi hastalıklara yakalanmaktan korur” ve “el hijyeni hastaları, hastalıklara yakalanmaktan korur” biçiminde eylemin olası sonuçlarını çerçeveleyerek tasarladıkları mesajların etkisini karşılaştırmıştır. Bulgulara göre, kendi güvenliklerini değil hasta güvenliğini önceleyen mesajlara maruz kalan sağlık çalışanlarının el hijyenine uyum oranları belirgin oranda artmıştır. Helder vd. (2012) ise hekimlere ekran koruyucuları aracılığıyla sunulan, el hijyenine uymalarının faydalarını belirten kazanç çerçevesi mesajların, uymamaları durumunda oluşacak riski vurgulayan kayıp çerçevesi mesajlardan daha etkili olduğunu ve bu mesajların anımsatıcı görevi gördüğünü bulgulamaktadır.

- **Tıbbi cihaz satın alma davranışı**

Nitelikli sağlık hizmet sunumunun önemli bir ayağını da tıbbi cihaz ve ekipmanların tedariki ve uygun kullanımı oluşturmaktadır. Bu nedenle, tıbbi cihaz ve ekipmanlarını satın alma kararlarının ayrıca bir incelemesi, gözden kaçırılan konuların fark edilmesini sağlayabilir. Örneğin, İngiltere’de yapılan bir çalışmada, solunum yolu hastalıklarının tedavisinde, mevcut ve daha uygun fiyatlı kuru toz solunum cihazlarının kullanılmasının önemli bir maliyet tasarrufu sağlayacağı belirtilmektedir (Carter, 2015). Türkiye’de de yapılacak kapsamlı araştırmalarla muadil cihaz ve ekipmanların dökümü yapılarak, bunların satın alma kararlarında öntanımlı seçenek olarak tasarlanması düşünülebilir.

5.3. Diğer Öneriler

Davranışsal iktisat yaklaşımının aynı zamanda organ bağıışı, tamamlayıcı sağlık sigortası, koruyucu sağlık hizmetleri ve mobil sağlık teknolojileri gibi hizmet sunumunun niteliğini ve dolayısıyla hasta memnuniyetini arttırmaya dönük alanlara uyarlanması da mümkündür.

Türkiye’de son yıllarda organ bağıışında artış gözlemlense de hala yaklaşık 30 bin hasta organ ve doku nakli beklemektedir (Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2019). Dolayısıyla, bu konuda geliştirilecek politikalar önemini korumaktadır. Bu kapsamda davranışsal iktisat bakış açısıyla geliştirilen politikalardan biri olan organ bağıışının öntanımlı olması, daha önceki bölümde incelendiği gibi birçok ülkede uygulanmaktadır ve “varsayılmış rıza sistemi” adı altında Türkiye’de de gündeme gelmiştir. Organ nakli konusunda davranışsal iktisat araçlarına başvurmanın yurt içinde tartışılmaya başlanması ümit vericidir. Yine de organ bağıışı davranışında varsayılan rıza veya bilgilendirilmiş rıza sistemini karşılaştıran güncel çalışmaları değerlendirmek önemli görünmektedir. Örneğin, Arshad vd. (2019) 17’si varsayılan rıza, 18’i bilgilendirilmiş rıza sistemini kullanan toplam 35 ülkenin organ nakli verilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, toplam organ bağıışı oranları bakımından iki sistem arasında belirgin bir fark olmadığını ortaya koymaktadır. Buradan hareketle de varsayılan rıza sistemi kullanılsa dahi, organ naklini kısıtlayan diğer faktörlerin incelenmesi gerektiğini ve toplumun organ naklinin faydaları konusunda bilgilendirilmesinin daha etkili olabileceğini ifade etmektedirler. Organ nakli bekleyen hastaların yaşadığı sorunlara çare olmanın yanı sıra, organ bağıışı sayısının artmasının sağlık hizmetlerindeki maliyetleri de azaltacağı açıktır. Bu doğrultuda yapılacak bilgilendirmelerde, davranışsal iktisadın çerçeveleme etkisi, sosyal normlar, karşılıklılık ve kayıptan kaçınma gibi içgörülerinden yararlanılabilir. Örneğin, bilgilendirilmiş rıza sisteminin kullanıldığı İngiltere’de, Davranışsal İçgörü Takımı (Behavioural Insights Team) (2013) tarafından ülke genelinde yapılan kapsamlı bir çalışmada, daha fazla kişiyi organ bağıışını yapmak amacıyla hangi tür mesajların daha etkili olduğu araştırılmıştır. İngiltere’de kişiler sürücü ehliyeti için online kayıt yaptırdıklarında organ bağıışını istemeyip istemediklerinin sorulduğu ayrı bir sekmeyle karşılaşmaktadırlar. Bu sekmede kişilere “kayıt yaptırma” formuna yönlendirmek üzere davranışsal içgörülerden yararlanan mesajlar sunulmuştur. En etkili mesajın karşılıklılık ve adil olma duygularını harekete geçiren “İhtiyacınız olsaydı, size organ nakli yapılmasını ister miydiniz? Öyleyse, lütfen diğerlerine yardım edin” olduğu görülmüştür. Ayrıca, “3

insan her gün yeterli organ bağışçısı olmadığı için ölüyor” biçimindeki kayıp çerçeveli mesajların, “Organ bağışçısı olarak 9 hayatı kurtarabilir ya da dönüştürebilirsiniz” biçimindeki kazanç çerçeveli mesajlardan daha etkili olduğu izlenmiştir.

Türkiye’de son dönemde gündeme gelen önemli konulardan biri de tamamlayıcı sağlık sigortasının yaygınlaştırılmasıdır. Yurt içinde özel sağlık sigortalarının yaygınlaşması için ise bilinirliği artırıcı faaliyetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu faaliyetlerde, maliyetlerin ön plana çıkarılarak hizmet kalitesinin göz ardı edilmesinin önlenmesi, bireysel ve kurumsal farkındalığın artırılması ve hizmetlerin kişilerin ihtiyaçlarına göre tasarlandığının dikkate alınması gibi başlıklar ön plana çıkmaktadır (Türkiye Sigortalar Birliği, 2015). Dolayısıyla, bu konuda da yapılacak uygulamalara davranışsal iktisadın içgörülerinin dahil edilmesinin; sigorta planlarının daha yalın ve anlaşılır bir dille tasarlanması veya tanıtılmasının etkili olabileceği anlaşılmaktadır. Böylece karmaşık algılanması muhtemel olan bu konuda, sınırlı rasyonalitenin etkisi azaltılabilecektir.

Ek olarak, sağlık kuruluşları ve hastanelerin, kafeteryalarında sağlıklı beslenmeyi teşvik edecek bir biçimde gıda konumlandırması yapmaları, düzenli kanser taramalarını teşvik eden yalın kılavuzlar hazırlamaları ve/veya fiziksel aktiviteyi teşvik eden programları desteklemeleri koruyucu sağlık hizmetlerine katkı yaparken, hasta memnuniyetini arttıracak olması bağlamında da hizmet sunumlarının verimini arttırabilir. Son olarak, Türkiye’de de mobil sağlık teknolojileri kullanımının yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir (Tezcan, 2016). Söz konusu sistemler aracılığıyla hastalara karar desteği sunulması, hastaların “doktor önerisini sorgulamaya çekinme ve önerilen tedaviden emin olamama” gibi, hekimlerin ise “risk iletişimi, ortak karar verme, duygu odaklı konuşmalar” gibi davranışsal engellerini aşmalarına yardımcı olabilir (Loewenstein vd., 2017). Bu doğrultuda, söz konusu sistemlerin ve uygulamaların tasarımında kullanıcıların davranışsal engellerinin dikkate alınması ve detaylandırılmasının, sürecin daha etkin işlemesine katkıda bulunacağı açıktır.

İncelenen çalışmalar doğrultusunda, son zamanlarda Türkiye’de de sağlık hizmetleri alanında davranışsal iktisat araştırmalarının arttığı görülmektedir: Mete ve Tarım (2020) sağlık hizmeti talep edenlerin çerçeveleme etkisi, batık maliyet yanığı ve zihinsel muhasebe gibi davranışsal içgörülerden nasıl etkilendiklerini demografik özellikleri düzeyinde detaylandırmış; Yayar ve Eker Karaca (2019) sağlık kontrolü/test yaptırma tercihlerinde otokontrol problemi ve erteleme eğilimini çalışmışlardır. Karagöl (2020) de çerçeveleme etkisi, sosyal normlar, finansal mikro-teşvikler ve anımsatıcılar gibi davranışsal müdahalelerin, COVID-19 ile mücadelede nasıl kullanılabileceğini değerlendirmişlerdir. Söz konusu çalışmaların da vurguladığı üzere, davranışsal iktisadın içgörülerini Türkiye’de sağlık hizmetlerindeki davranışsal engellerin aşılmasına yardımcı olmaya adaydır.

6. SONUÇ

Nüfusun yaşlanması, obezitenin ve kronik hastalıkların artması gibi nedenlerden dolayı dünya genelinde sağlık hizmetleri talebinde ve dolayısıyla harcamalarında bir artış söz konusu olduğu gibi, Türkiye’de de benzer bir trend görülmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmeti sunumunda belirli standartlar yakalanmaya çalışılırken, sağlık hizmeti harcamalarının kontrol altında tutulması da Türkiye’de sağlık hizmetlerinin başlıca hedefleri arasında yerini almaktadır. Diğer yandan, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin kamu ağırlıklı ancak özel sektörü destekler yapısı kendine özgü pratikleri beraberinde getirmektedir. Sağlık sektörünün daha verimli işlemesi öncelikli olarak mevzuat ve finansmanla ilgili düzenlemeleri gerektirse de sağlık hizmeti talep ve arz edenlerin davranışları temelinde gerçekleştirilecek analizlerin, özellikle zaman ve işlem maliyetlerini azaltarak ve hasta memnuniyetini arttırarak, sektördeki performansın artmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda, son yıllarda başta sağlık alanında olmak üzere iktisat politikası tasarımlarıyla ön plana çıkan davranışsal iktisat, merkezine optimalden sapan davranışları alarak, farklı bir bakış açısı sunmaktadır.

Geleneksel iktisat teorisi, insanların kendi çıkarını gözetecek bir biçimde davrandığını varsaydığı için, çoğu zaman insanların davranışlarını tüm boyutlarıyla açıklamada yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla, geleneksel politika önerileri sadece (vergiler ve sübvansiyonlar yoluyla fiyatları manipüle etmenin) ve mevcut bilgi miktarını artırmanın ötesine geçmemektedir. Bu politikalar oldukça önemli ve gerekli olsa da sağlık alanındaki davranışların karmaşıklığı düşünüldüğünde, yeterli olmamaktadır. Diğer yandan, davranışsal iktisada göre sağlık hizmeti talep edenler gerek arz edenler sınırlı rasyonalite, sınırlı dikkat ve sınırlı otokontrol gibi kısıtlar altında hareket etmelerinden dolayı, çoğu zaman -üzerinde etraflıca düşün(e)meden- otomatik davranışlar sergilemektedir. Bu doğrultuda, davranışsal iktisat kişilerin neden kendileri için en iyi olanı gerçekleştiremediklerini araştırarak, ilgili konudaki davranışsal engelleri saptayıp, duruma uygun müdahaleler (dürtmeler) tasarlamaktadır. İncelenen çalışmaların gösterdiği üzere, sağlık alanındaki müdahaleler daha çok sağlıklı yaşam, düzenli kontrol, ilaca ve

tedaviye uyum, sağlık sigortalarından yararlanma ve organ bağış davranışlarına odaklanmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan; hekimlerin ve hastane iş akışlarının yoğunluğundan kaynaklanan davranışsal engellerin aşılmasıyla ilgili de taahhütte bulunma, geri bildirim alma ve öntanımlı seçenekler gibi dürtmelerin başarıyla kullanıldığı izlenmektedir.

Sağlık alanında kullanılan dürtmelerin başarısının, mevcut davranış örüntülerinin doğru bir biçimde saptanmasına ve ilgili duruma özgü müdahalelerin tasarlanmasına bağlı olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, çalışmada Türkiye'deki sağlık hizmetlerinde görülen davranışsal engeller tespit edilmeye çalışılmış ve incelenen alanyazın doğrultusunda, söz konusu problemlerin aşılmasına yardım etme potansiyeli taşıyan davranışsal iktisat yaklaşımları değerlendirilmiştir. Burada önemli olan hususlardan biri, davranışsal iktisadın sağlık alanındaki uygulamaları görece yeni olduğu için, davranış değişikliği arzu edildiği biçimde gerçekleşse bile, değişimin uzun dönemde kalıcı olup olmayacağı sorularının büyük oranda yanıtlanmamış olmasıdır. İkinci husus ise sağlıkla ilgili davranışların birçok faktörden etkilenmeleri nedeniyle, dürtmelerin tüm problemleri çözecek güçte olmadığı farkında olunmasıdır. Yine de söz konusu müdahalelerin düşük maliyetli ve şimdiki kadar etkili olması bu alanda yapılacak çalışmaların desteklenmesini teşvik eder niteliktedir. Bu anlamda Türkiye'de sağlık sektöründeki politikalara tamamlayıcı olmaması için hiçbir neden görülmemektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, ikinci yazar ise yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %60 oranında, ikinci yazar %40 oranında katkı sağlamıştır.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Çalışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abaluck, J. ve Gruber, J. (2016). Evolving choice inconsistencies in choice of prescription drug insurance. *American Economic Review*, 106(8), 2145-84.
- Arshad, A., Anderson, B. ve Sharif, A. (2019). Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems. *Kidney International*, 95(6), 1453-1460.
- Axelrod, D.A., Schnitzler, M.A., Xiao, H., Irish, W., Tuttle-Newhall, E., Chang, S.H., ... ve Lentine, K.L. (2018). An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. *American Journal of Transplantation*, 18(5), 1168-1176.
- Aydın, M., Koyuncuoğlu, C.Z., Kılboz, M.M., ve Akıcı, A. (2017). Diş hekimliğinde akılcı antibiyotik kullanımı. *Türkiye Klinikleri Dishekimliği Bilimleri Dergisi*, 23(1), 33-47.
- Balin, Ş.Ö. ve Denk, A. (2016). Harput devlet hastanesi yoğun bakım ünitesinde 2013-2014 yılı invaziv alet ilişkili hastane enfeksiyonlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 21(1), 24-28.
- Barnes A.J., Rice, T. ve Hanoch, Y. (2017). Using behavioral economics to improve people's decisions about purchasing health insurance. Y. Hanoch, A. J. Barnes ve T. Rice (Ed.), *Behavioral economics and healthy behaviors: key concepts and current research* içinde (600-655), Routledge: New York.
- Barnes, A.J., Hanoch, Y. ve Rice, T (2016). Can plan recommendations improve the coverage decisions of vulnerable populations in health insurance marketplaces?. *PLoS ONE*, 11(3), e0151095.
- Barnes, A.J., Hanoch, Y. ve Rice, T. (2015). Determinants of coverage decisions in health insurance marketplaces: consumers' decision-making abilities and the amount of information in their choice environment, *Health Services Research*, 50(1), 58-80.
- Barnes, A.J., Hanoch, Y., Wood, S., Liu, P.J. ve Rice, T. (2012). One fish, two fish, red fish, blue fish: effects of price frames, brand names, and choice set size on medicare part d insurance plan decisions. *Medical Care Research and Review*, 69(4), 460-473.

- Bayın Donar, G. (2019). Sağlık yönetiminde kanıta dayalı yaklaşım. G. Erigüç (Ed.), *Sağlık kurumlarında örgüt yapısı ve güncel yönetsel yaklaşımlar içinde* (274-275), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Behavioural Insights Team. (2013). Applying behavioural insights to organ donation: preliminary results from a randomised controlled trial. *Department of Health*, London: Cabinet Office.
- Blavin, F., Dorn, S., Dev, J., Act, A.C. ve Landey, A. (2014). *Using behavioral economics to inform the integration of human services and health programs under the affordable care act*. Washington, DC: Urban Institute.
- Bleich, S.N. ve Sturm, R. (2009). Developing policy solutions for a more active nation: integrating economic and public health perspectives. *Preventive medicine*, 49(4), 306-308.
- Blomqvist, Å. ve Léger, P.T. (2005). Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize. *Journal of Health Economics*, 24(4), 775-793.
- Blumberg, L.J., Long, S.K., Kenney, G.M. ve Goin, D. (2013, 2 Ocak). Public understanding of basic health insurance concepts on the eve of health reform. *Urban Institute*. Erişim adresi: http://hrms.urban.org/briefs/hrms_literacy.html, (02.01.2020).
- Borowitz, S.M., Waggoner-Fountain, L.A., Bass, E.J. ve Sledd, R.M. (2008). Adequacy of information transferred at resident sign-out (inhospital handover of care): A prospective survey. *Bmj Quality & Safety*, 17(1), 6-10.
- Burke, L.E., Styn, M.A., Sereika, S.M., Conroy, M.B., Ye, L., Glanz, K., ... ve Ewing, L.J. (2012). Using mhealth technology to enhance self-monitoring for weight loss: a randomized trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 43(1), 20-26.
- Carter, P. (2015, 15 Ocak). *Review of operational productivity in nhs providers*. Interim report, june. Erişim adresi: https://Assets.Publishing.Service.Gov.Uk/Government/Uploads/System/Uploads/Attachment_Data/File/434202/Carter-İnterim-Report.Pdf, (15.01.2020).
- Cass, A.D., Talavera, G.A., Gresham, L.S., Moser, K.S. ve Joy, W. (2005). Structured behavioral intervention to increase children's adherence to treatment for latent tuberculosis infection. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 9(4), 415-420.
- Chan, K.S., Morton, S.C. ve Shekelle, P.G. (2004). Systematic reviews for evidence-based management: how to find them and what to do with them. *Am J Manag Care*, 10(11 Pt 1), 806-12.
- Chapman, G.B., Li, M., Colby, H. ve Yoon, H. (2010). Opting in vs opting out of influenza vaccination. *Jama*, 304(1), 43-44.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, 58-140.
- Dana, J. ve Loewenstein, G. (2003). A social science perspective on gifts to physicians from industry. *The Journal of the American Medical Association*, 290(2), 252-255.
- Dew, M.A., Switzer, G.E., Goycoolea, J.M., Allen, A.S., DiMartini, A., Kormos, R.L. ve Griffith, B.P. (1997). Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation*, 64(9), 1261-1273.
- Doku, Organ Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. (2019). *İstatistikler*, Erişim adresi: https://Organkds.Saglik.Gov.Tr/Dss/Public/Wl_Lung.aspx, (16.01.2020).
- Downs, J.S., Loewenstein, G. ve Wisdom, J. (2009). Strategies for promoting healthier food choices. *American Economic Review*, 99(2), 159-164.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: World Health Organization Publishing.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2014). *Basic document*. Forty-eighth edition: World Health Organization. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>, (03.09.2020).

- Easthall, C., Song, F. ve Bhattacharya, D. (2013). A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. *Bmj Open*, 3(8), E002749.
- Farhan, M., Brown, R., Woloshynowych, M. ve Vincent, C. (2012). The abc of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 29(12), 941-946.
- Finkelstein, E.A., Brown, D.S., Brown, D.R. ve Buchner, D.M. (2008). A randomized study of financial incentives to increase physical activity among sedentary older adults. *Preventive Medicine*, 47(2), 182-187.
- Fischer, M.A., Stedman, M.R., Lii, J., Vogeli, C., Shrank, W.H., Brookhart, M.A. ve Weissman, J.S. (2010). Primary medication non-adherence: analysis of 195,930 electronic prescriptions. *Journal of General Internal Medicine*, 25(4), 284-290.
- Fischer, M.A., Vogeli, C., Stedman, M., Ferris, T., Brookhart, M.A. ve Weissman, J.S. (2008). Effect of electronic prescribing with formulary decision support on medication use and cost. *Archives of Internal Medicine*, 168(22), 2433-2439.
- Ford, E.S., Bergmann, M.M., Kröger, J., Schienkiewitz, A., Weikert, C. ve Boeing, H. (2009). Healthy living is the best revenge: findings from the european prospective investigation into cancer and nutrition-potsdam study. *Archives of internal medicine*, 169(15), 1355-1362.
- Galizzi, M.M. (2014). What is really behavioral in behavioral health policy? and does it work? *Applied Economic Perspectives and Policy*, 36(1), 25-60.
- Giné, X., Karlan, D. ve Zinman, J. (2010). Put your money where your butt is: a commitment contract for smoking cessation. *American Economic Journal: Applied Economics*, 2(4), 213-35.
- Grant, A.M. ve Hofmann, D.A. (2011). It's not all about me: motivating hand hygiene among health care professionals by focusing on patients. *Psychological Science*, 22(12), 1494-1499.
- Greene, J., Hibbard, J.H. ve Sacks, R.M. (2016). Summarized costs, placement of quality stars, and other online displays can help consumers select high-value plans. *Health Affairs*, 35(4), 671-679.
- Guyatt, G.H., Haynes, R B., Jaeschke, R.Z., Cook, D.J., Green, L., Naylor, C.D., ... ve Evidence-Based Medicine Working Group. (2000). Users' guides to the medical literature: xxv. evidence-based medicine: principles for applying the users' guides to patient care. *Jama*, 284(10), 1290-1296.
- Haas, J.S., Phillips, K.A., Gerstenberger, E.P. ve Seger, A.C. (2005). Potential savings from substituting generic drugs for brand-name drugs: Medical expenditure panel survey, 1997-2000. *Annals of Internal Medicine*, 142(11), 891-897.
- Hallsworth, M., Berry, D., Sanders, M., Sallis, A., King, D., Vlaev, I. ve Darzi, A. (2015). Stating appointment costs in sms reminders reduces missed hospital appointments: findings from two randomised controlled trials. *PloS One*, 10(9), 1-14.
- Halpern, S.D., Ubel, P.A., ve Asch, D.A. (2007). Harnessing the power of default options to improve health care. *The New England Journal of Medicine*, 357, 1340-1344.
- Hanks, A.S., Just, D.R., Smith, L.E., ve Wansink, B. (2012). Healthy convenience: nudging students toward healthier choices in the lunchroom. *Journal of Public Health*, 1-7.
- Hanks, A.S., Just, D.R. ve Wansink, B. (2013). Smarter lunchrooms can address new school lunchroom guidelines and childhood obesity. *The Journal of Pediatrics*, 162(4), 867-869.
- Hanoch, Y., Wood, S., Barnes, A., Liu, P.J. ve Rice, T. (2011). Choosing the right medicare prescription drug plan: the effect of age, strategy selection, and choice set size. *Health Psychology*, 30(6), 719.
- Helder, O.K., Weggelaar, A.M., Waarsenburg, D.C., Looman, C.W., Van Goudoever, J.B., Brug, J. ve Kornelisse, R.F. (2012). Computer screen saver hand hygiene information curbs a negative trend in hand hygiene behavior. *American Journal Of Infection Control*, 40(10), 951-954.

- Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., ... ve Suñol, R. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using intervention mapping. *Bmc Health Services Research*, 14(1), 389.
- Howell, J.L., ve Shepperd, J.A. (2013). Reducing health-information avoidance through contemplation. *Psychological Science*, 24(9), 1696-1703.
- Huis, A., Van Achterberg, T., De Bruin, M., Grol, R., Schoonhoven, L. ve Hulscher, M. (2012). A systematic review of hand hygiene improvement strategies: A behavioural approach. *Implementation Science*, 7(1), 92.
- IMS Tıbbi Bilişim Enstitüsü. (2012). *Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change*. IMS Institute For Healthcare Informatics, Erişim adresi: <https://Ssrn.Com/Abstract=2222541>, (03.01.2020).
- İlaç Bilincini Geliştirme ve Akılcı İlaç Derneği. (2018). *Türkiye’de kronik hastalıklarda tedavi uyumu*. Erişim adresi: <https://www.Akilciilacdernegi.Com/Ckfinder/Userfiles/Files/Kronikhastalardatedavi.Pdf>, (14.01.2020).
- İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri. (2014). *Using technology to beat cost of missed appointments*. NHS: England, Erişim adresi: <https://www.England.Nhs.Uk/2014/03/Missed-Appts/>, (28.12.2020).
- John L., Loewenstein G., Troxel A., Norton L., Fassbender J. ve Volpp K. (2011). Financial incentives for extended weight loss: a randomized, controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, 621-626.
- Johnson, E.J. ve Goldstein, D.G. (2003). Do defaults save lives?. *Science*, 302, 1338-1339.
- Johnson, E.J., Hassin, R., Baker, T., Bajger, A.T. ve Treuer, G. (2013). Can consumers make affordable care affordable? the value of choice architecture. *PloS one*, 8(12), e81521.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: psychology for behavioral economics. *American Economic Review*, 93(5), 1449-1475.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. Farrar, Strauss, Giroux: New York.
- Karagöl, V. (2020). COVID-19 salgını ile mücadelede davranışsal iktisadın rolü. *Düzce İktisat Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Kennedy, J., Tuleu, I. ve Mackay, K. (2008). Unfilled prescriptions of medicare beneficiaries: Prevalence, reasons, and types of medicines prescribed. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(6), 553-560.
- Kenney, G.M., Lynch, V., Haley, J.M. ve Huntress, M. (2013). Variation in medicaid eligibility and participation among adults: implications for the affordable care act. *Inquiry*, 49, 231-253.
- Kling, J.R., Mullainathan, S., Shafir, E., Vermeulen, L.C. ve Wrobel, M.V. (2012). Comparison friction: experimental evidence from medicare drug plans. *The Quarterly Journal of Economics*, 127, 199-235.
- Kocatürk, E., Canik, A. ve Alataş, Ö. (2015). Gereksiz test istemlerinin spsa ve serum lipidleri testleri üzerinden incelenmesi. *Türk Klin Biyokim*, 13, 101-106.
- Koşucu, S.N., Gökteş, S.B. ve Yıldız, T. (2015). Sağlık personelinin el hijyeni uyum oranı. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(2), 105-108.
- Lacetera, N. ve Macis, M. (2010). Social image concerns and prosocial behavior: Field evidence from a nonlinear incentive scheme. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 76(2), 225-237.
- Lacetera, N. ve Macis, M. (2013). Time for blood: the effect of paid leave legislation on altruistic behavior. *The Journal of Law, Economics, & Organization*, 29(6), 1384-1420.
- Larkin, I. ve Loewenstein, G. (2017). Business model–related conflicts of interests in medicine: problems and potential solutions. *Jama*, 317, 1745–1746.
- Lester, R.T., Ritvo, P., Mills, E.J., Kariri, A., Karanja, S., Chung, M. H., ... ve Marra, C. A. (2010). Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (welTel Kenya1): A randomised trial. *The Lancet*, 376(9755), 1838-1845.

- Litzelman, D., Dittus, R. S., Miller, M.E. ve Tierney, W.M. (1993). Requiring physicians to respond to computerized reminders improves their compliance with preventive care protocols, *Journal of General Internal Medicine*, 8(6), 311–317.
- Loewenstein, G., Hagmann, D., Schwartz, J., Ericson, K., Kessler, J.B., Bhargava, S., ... ve Nussbaum, D. (2017). A behavioral blueprint for improving health care policy. *Behavioral Science & Policy*, 3(1), 52-66.
- Luoto, J. ve Carman, K.G. (2014). *Behavioral economics guidelines with applications for health interventions*. Inter-American Development Bank. Technical Note: No. IDB-TN-665.
- Meeker, D. ve Doctor, J.N. (2017). Applications of behavioral economics to clinical quality improvement. Y. Hanoch, A. J. Barnes ve T. Rice (Ed.), *Behavioral economics and healthy behaviors: key concepts and current research* içinde (543-599), Routledge: New York.
- Meeker, D., Knight, T.K., Friedberg, M.W., Linder, J.A., Goldstein, N.J., Fox, C. R., ... ve Doctor, J.N. (2014). Nudging guideline-concordant antibiotic prescribing: A randomized clinical trial. *Jama Internal Medicine*, 174(3), 425-431.
- Meeker, D., Linder, J.A., Fox, C.R., Friedberg, M.W., Persell, S.D., Goldstein, N.J., ... ve Doctor, J.N. (2016). Effect of behavioral interventions on inappropriate antibiotic prescribing among primary care practices: A randomized clinical trial. *Jama*, 315(6), 562-570.
- Memişoğlu, D. (2018). Bir kamu politikası analizi örneği: Sağlıkta dönüşüm programı. *Yasama Dergisi*, 34, 62-93.
- Meredith, S.E. ve Petry, N.M. (2017). Improving medication adherence with behavioral economics. Y. Hanoch, A.J. Barnes ve T. Rice (Ed.), *Behavioral economics and healthy behaviors: Key concepts and current research* içinde (343-397), Routledge: New York.
- Messing, J. (2015). Improving handover from intensive care to ward medical teams with simple changes to paperwork. *Bmj Open Quality*, 4(1), U206467-W2913.
- Mete, C. ve Tarım, M. (2020). Davranışsal ekonomi kapsamında demografik özelliklerin sağlık hizmetlerinde tüketici kararlarına etkisi: İstanbul ilinde bir uygulama. *Turan: Stratejik Arastirmalar Merkezi*, 12(45), 289-297.
- Nihal, T.Ö., Elif, A., Serpil, K., Zafer, K. ve Özgür, Y. (2015). Sağlık kuruluşlarında yalın yönetim anlayışının değerlendirilmesinde bir eğitim araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(1), 34-39.
- Nuckols, T.K., Smith-Spangler, C., Morton, S.C., Asch, S.M., Patel, V.M., Anderson, L.J., ... ve Shekelle, P.G. (2014). The effectiveness of computerized order entry at reducing preventable adverse drug events and medication errors in hospital settings: a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 3(1), 56.
- Olson, J., Hollenbeak, C., Donaldson, K., Abendroth, T. ve Castellani, W. (2015). Default settings of computerized physician order entry system order sets drive ordering habits. *Journal of Pathology Informatics*, 6.
- Osterberg, L. ve Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 353(5), 487-497.
- Öcek, Z., Sahin, H., Baksi, G. ve Apaydin, S. (2008). Development of a rational antibiotic usage course for dentists. *European Journal of Dental Education*, 12(1), 41-47.
- Özdemir, S. (2019). Sağlık iletişimde davranışsal müdahale tasarımı: İngiltere online hastane randevu sistemi örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 348-365.
- Paez, K.A. ve Mallery, C.J. (2014). A little knowledge is a risky thing: wide gap in what people think they know about health insurance and what they actually know. *American Institutes for Research Issue Brief*, 1-6.
- Panidi, K. (2015). Ostrich effect in health care decisions: Theory and empirical evidence. *Available at SSRN 2932181*.

- Perry, C., Chhatralia, K., Damesick, D., Hobden, S. ve Volpe, L. (2015). *Behavioural insights in health care: Nudging to reduce inefficiency and waste*. London: The Health Foundation.
- Ratner, R.K. ve Riis, J. (2014). Communicating science-based recommendations with memorable and actionable guidelines. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(Supplement 4), 13634-13641.
- Rice, T. ve Cummings, J. (2010). Reducing the number of drug plans for seniors: a proposal and analysis of three case studies. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(6), 961-997.
- Roberts, N.J., Kerr, S.M. ve Smith, S.M. (2013). Behavioral interventions associated with smoking cessation in the treatment of tobacco use. *Health Services Insights*, 6, 79-85.
- Rothman, A.J., Martino, S.C., Bedell, B.T., Detweiler, J.B. ve Salovey, P. (1999). The systematic influence of gain-and loss-framed messages on interest in and use of different types of health behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(11), 1355-1369.
- Rothman, A.J. ve Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121(1), 3.
- Samuelson, W. ve Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of risk and uncertainty*, 1(1), 7-59.
- Schnitzler, M.A., Whiting, J.F., Brennan, D.C., Lentine, K.L., Desai, N.M., Chapman, W., ... ve Kalo, Z. (2005). The life-years saved by a deceased organ donor. *American Journal of Transplantation*, 5(9), 2289-2296.
- Shepherd, L., O'Carroll, R.E., ve Ferguson, E. (2014). An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study. *BMC medicine*, 12(1), 131.
- Sims, H., Sanghara, H., Hayes, D., Wandiembe, S., Finch, M., Jakobsen, H., Tsakanikos, E., Chike Okocha, C.I. ve Kravariti, E. (2012). Text message reminders of appointments: a pilot intervention at four community mental health clinics in London. *Psychiatric Services*, 63(2), 161-168.
- Stanovich, K.E. ve West, R.F. (2000). Individual differences in reasoning: implications for the rationality debate? *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), 645-665.
- Staring, A.B., Mulder, C.L., ve Priebe, S. (2010). Financial incentives to improve adherence to medication in five patients with schizophrenia in the Netherlands. *Psychopharmacology Bulletin*, 43(1), 5-10.
- Sunstein, C.R. (2014). Nudging: A very short guide. *Journal of Consumer Policy*, 37(4), 583-588.
- Şahin, B. (2004). Sağlık kaynaklarının kullanımında değişkenlik sorunu: neden yönetemiyoruz? Nasıl yönetebiliriz?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 202-232.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Faaliyet raporu, 2018*. Ankara: Yayın No: 1121.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık istatistikleri yıllığı, 2018*. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü: Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı davranışsal kamu politikaları tanıtım toplantısı*. Erişim adresi: <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,63576/davranissal-kamu-politikalari-tanitim-toplantisi-28012020.html>, (25.12.2020).
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2019). *1. Ulusal Davranışsal Kamu Politikaları Konferansı*. Erişim adresi: <https://ticaret.gov.tr/haberler/1-ulusal-davranissal-kamu-politikalari-konferansi>, (25.12.2020).
- Tezcan, C. (2016). *Sağlığa yenilikçi bir bakış açısı: Mobil sağlık*. TÜSİAD Yayınları, Yayın No: TÜSİAD, 2016-03.
- Thaler, R.H. ve Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press: USA.

- Thaler, R.H. (2016). Behavioral economics: past, present, and future. *American Economic Review*, 106(7), 1577-1600.
- Thorndike, A.N., Riis, J., Sonnenberg, L.M. ve Levy, D.E. (2014). Traffic-light labels and choice architecture: promoting healthy food choices. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(2), 143-149.
- TOBB. (2017). *Türkiye sağlık sektörüne genel bir bakış, Araştırma*. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği: Ankara
- Turhan, B., Çalık, B.T. ve Demirin, H. (2010). Kanıta dayalı tıp laboratuvar testleri ve preanalitik değişkenler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2(3), 29-33.
- TÜİK. (2019). *Ölüm nedeni istatistikleri*, 2018. Haber Bülteni, Sayı: 30626.
- Türkiye Sigortalar Birliği. (2015). *Tamamlayıcı Özel sağlık sigortası: Dünya uygulamalarından örneklerin incelenmesi ve Türkiye için öneriler raporu*. Erişim adresi: [https://www.Tsb.Org.Tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlayıcı_Sağlık_Sigortası-Final%20\(1\).Pdf](https://www.Tsb.Org.Tr/Document/Yonetmelikler/20151023-Tamamlayıcı_Sağlık_Sigortası-Final%20(1).Pdf), (18.01.2020).
- TÜSİAD. (2012). *Sağlık sektörünün öncelikli sorunlarına ilişkin görüş ve öneriler*. Tüsiad Sağlık Çalışma Grubu, Kasım 2012: İstanbul.
- Vervloet, M., Linn, A.J., van Weert, J.C., De Bakker, D.H., Bouvy, M. L. ve Van Dijk, L. (2012). The effectiveness of interventions using electronic reminders to improve adherence to chronic medication: a systematic review of the literature. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(5), 696-704.
- Volpp K, Troxel, A.B., Pauly, M.V., Glick, H.A., Ash, D.A., Galvin, R., Zhu, J., Wan, F., DeGuzman, J., Corbett, E., Weiner, J. ve Audrain-McGovern, J. (2009): A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. *New England Journal of Medicine*, 360, 699-709.
- Volpp, K.G., John, L.K., Troxel, A.B., Norton, L., Fassbender, J. ve Loewenstein, G. (2008a). Financial incentive-based approaches for weight loss: a randomized trial. *Jama*, 300(22), 2631-2637.
- Volpp, K.G., Loewenstein, G., Troxel, A.B., Doshi, J., Price, M., Laskin, M. ve Kimmel, S.E. (2008b). A test of financial incentives to improve warfarin adherence. *BMC health services research*, 8(1), 272.
- Wang, J.Y., Probst, J.C., Stoskopf, C.H., Sanders, J.M. ve McTigue, J.F. (2011). Information asymmetry and performance tilting in hospitals: a national empirical study. *Health economics*, 20(12), 1487-1506.
- Wansink, B. ve Pope, L. (2014). When do gain-framed health messages work better than fear appeals?. *Nutrition Reviews*, 73(1), 4-11.
- Yalçın, A., Tosun, E. ve Topaloğlu, O. (2008). Solunum yolu enfeksiyonları: Antibiyotik kullanım oranı ve tedavi maliyeti. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12(1), 25-30.
- Yayar, R. ve Eker Karaca, Ö. (2019). Davranışsal iktisat bağlamında kamu çalışanlarının tüketim davranış eğilimleri. *Akdeniz University Faculty of Economics & Administrative Sciences Faculty Journal/Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 1-29.
- Yıldırım, H.H. (2013). Türkiye sağlık sistemi: sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu. SASAM, Sağlık-Sen Yayınları: Ankara.
- Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2013). Türkiye sağlık reformları ve politikaları: politika analizi çerçevesinde bir değerlendirme. M. Yıldız ve M.Z. Sobacı (Ed.). *Kamu politikası: Kuram ve uygulama içinde* (364-397), Adres Yayınları: Ankara.
- Yılmaz, M., Alıcı, H. ve Karaman, M. (2017). Sağlık kurumlarında israf giderme yöntemleriyle yalın düşünce. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 5(2), 54-70.