

# DAVRANIŞSAL İKTİSAT VE DÜRTME: SAĞLIK POLİTİKALARI ÖZELİNDE BİR İNCELEME

Hacettepe Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler  
Fakültesi Dergisi  
Cilt 38, Sayı 3, 2020  
s. 531-559

## Havva SERİM

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

## Serkan KÜÇÜKŞENEL

Doç.Dr., Orta Doğu Teknik Üniversitesi  
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi  
İktisat Bölümü  
kuserkan@metu.edu.tr

**Ö**z: Bu çalışma, temel davranışsal iktisat dürtme yöntemlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için kullanılabileceğini göstermektedir. Bu amaçla öncelikle insanların sıklıkla sınırlı rasyonalite, sınırlı otokontrol veya sınırlı bencilliğe tabi olduğunu ortaya koyan davranışsal iktisat çalışmaları incelenmiştir. Daha sonra bu tarz rasyonel davranış varsayımından sapmaların sağlık davranışları üzerindeki etkileri belirlenmiştir. Son olarak, eğitsel müdahale ve ikna etme, ortamı yeniden yapılandırma ve taahhüt mekanizmaları oluşturma gibi dürtme yöntemlerinin obezite hastalığının önlenmesinde kullanılabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Davranışsal iktisat, dürtme, sağlık politikaları.

# BEHAVIORAL ECONOMICS AND NUDGE: A STUDY ON HEALTH POLICIES

Hacettepe University  
Journal of Economics and  
Administrative  
Sciences  
Vol. 38, Issue 3, 2020  
pp. 531-559

## Havva SERİM

Res.Assist.Dr., Ankara Hacı Bayram Veli  
University  
Faculty of Economics and Administrative  
Sciences  
Department of Economics  
havva.serim@hbv.edu.tr

## Serkan KÜÇÜKŞENEL

Doç.Dr., Middle East Technical  
University  
Faculty of Economics and Administrative  
Sciences  
Department of Economics  
kuserkan@metu.edu.tr

**A**bstract: This study shows that basic behavioral economics nudging methods can be used to develop healthy lifestyle behaviors. For this purpose, first, behavioral economics studies revealing that people are often subject to bounded rationality, bounded self-control or bounded self-interest are examined. Second, the effects of these biases on health behavior are identified. Finally, we show that nudging methods such as educational intervention and persuasion, restructuring the environment and creating commitment mechanisms can be used in the prevention of obesity disease.

**Keywords:** Behavioral economics, nudges, health policies.



## GİRİŞ

Günümüzde birçok insan fazla kiloya sahip. Bazı insanlar aşırı alkol tüketmekte, bazıları tütün, bazıları da yasa dışı keyif verici madde kullanmakta. Birçok insan ihtiyacı olmadığı halde tıbbi tedavi peşinde koşmakta, diğerleri ise kronik rahatsızlıkları olmasına rağmen gereken ilaçları almamakta. Çok az insan sağlık planları, hastaneler veya doktorlar hakkında bilgi sağlayan mevcut kaynaklardan tam anlamıyla yararlanmakta. Başka bir ifadeyle, çoğu insan zaman zaman kendi yararına olmayacak bir biçimde davranabilmektedir. Oysa ki, neoklasik iktisat teorisi bireylerin ilgili tüm bilgileri dikkate alarak rasyonel bir biçimde davrandığını; kendileri için en iyi olanı seçtiklerini ve dolayısıyla yönlendirmelerden etkilenmediklerini varsaymaktadır. Bu doğrultuda da insanların davranışlarını geliştirmek için sunduğu araçlar sınırlı kalmaktadır. Diğer yandan, sağlıkla ilgili konuların öneminin giderek arttığı günümüzde, sağlık politikalarını yeniden düşünmek gerekmektedir. Gerek sağlık hizmeti talep eden gerekse arz edenlerin davranışlarıysa bu konunun kalbinde yatmaktadır. Sağlık hizmeti talep edenlerin davranışları sağlıklarının 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.

Davranışsal iktisat ise *optimal*den uzak davranışı hedef aldığı politika önerileriyle, son yıllarda dikkat çekmektedir. Davranışsal iktisat, başta psikoloji olmak üzere diğer sosyal bilimlerle işbirliği içinde hareket ederek, insanların neden kendileri için gerekli bilgiyi araştırmadıklarını, bu bilgiyi gereği gibi kullanmadıklarını veya kendi faydalarına aykırı bir biçimde davrandıklarını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, davranışları “olması gerektiği” gibi değil “oldukları” gibi inceleyerek, onları geliştirmeye dönük politikalar tasarlamaktadır. Böylece neoklasik iktisat çerçevesinde sunulan önerilerden farklı olarak, kişilerin otokontrol problemi olduğu, gelecekteki hallerinden çok bugünkü keyiflerini daha çok önemsedikleri veya yeni ve daha makul bir bilgi edinmelerine rağmen *mevcut durumu* korudukları gibi kabuller temelinde tasarladığı politikalarla, iktisadın alet kutusunu zenginleştirmektedir. Nitekim, İngiltere’de “davranışsal aksiyon takımı” (*nudge unit*), Obama yönetimindeki ABD’de “sosyal ve davranış bilimleri ekibi” (*social and behavioral sciences team*) ve Avrupa Komisyonu kapsamında birçok “davranışsal içgörü ekibinin” (*behavioral insights team*) kurulduğu görülmektedir. Türkiye’de ise Ekonomi Bakanlığı bünyesinde 2017 yılında kurulan Davranışsal Kamu Politikaları Birimi mevcut iktisadi ve sosyal sorunlara davranışsal yaklaşımlar geliştirmektedir. Geliştirilen bu politikalarda davranışsal yaklaşımların sağlık alanında nasıl kullanılabileceğini incelemek ise bu çalışmanın temel motivasyonunu oluşturmaktadır.

Davranışsal iktisat bakış açısıyla politika geliştirmenin yolu, davranışsal iktisadın teorik dayanaklarını incelemekten geçmektedir. Bu doğrultuda, ikinci bölümde davranışsal iktisadın neoklasik iktisadın yaklaşımından farklılaşan bulguları ele alınmaktadır. Ayrıca, bu bölümde davranışın yeniden betimlenmesi temelinde oluşturulan *dürtmeler*, yerleşik politika yaklaşımıyla kıyaslanarak tanıtılmaktadır. Üçüncü bölümde, dürtmelerin sağlık alanındaki başlıca uygulamaları, incelenen yazın doğrultusunda ikna edici eğitsel müdahaleler, ortamı yeniden yapılandıran müdahaleler ve taahhüt mekanizmaları sınıflandırması altında verilmektedir. Bu inceleme yapılırken, dürtmelerin hangi davranışsal içgörülere dayandırılarak geliştirildiği de ortaya konulmaktadır. Mevcut tüm politikaların uygulama sürecini ele almak bu çalışmanın kapsamını aşacağından, dördüncü bölümde davranışsal yaklaşımla politika oluşturma süreci obezite örneği üzerinden anlatılmaktadır. Böylece, dürtmelerin konuya özgü bir biçimde nasıl tasarlandığı detaylandırılmaya çalışılmaktadır. Çalışma, konuya ilişkin genel bir değerlendirme ile son bulmaktadır.

## 1. DAVRANIŞSAL İKTİSAT YAKLAŞIMI

### 1.1. Davranışsal iktisat Nedir?

*“İnsan davranışını ampirik olarak daha iyi temellendiren alternatifler itibarıyla, neoklasik iktisadın çekirdek özelliklerinden herhangi birini yenisiyle değiştiren/üzerinde değişiklik yapan herhangi bir yanlışlanabilir teori, eğer sıkı ampirik testlerden geçebilirse, davranışsal iktisat teorileri sınıfının potansiyel üyesidir”* (Dhami, 2016:2).

Bu tanımlama davranışsal iktisadın neoklasik iktisat üzerinden okunduğunu, daha açık bir ifadeyle, davranışsal iktisadın analizlerinde neoklasik çerçeveyi referans aldığını ve onu geliştirmeye çalıştığını vurgulamaktadır. Böyle bir tanımlama, her ne kadar davranışsal iktisadın geçmişini göz ardı etmesi bakımından eksik olsa da<sup>1</sup>, günümüz davranışsal iktisat araştırmalarının yaklaşımını göstermesi bakımından doğrudur. Öyleyse davranışsal iktisatı tanımlamanın yolu, neoklasik iktisada hangi açılardan itiraz ettiğini anlamaktan geçmektedir.

Bilindiği üzere neoklasik iktisat, insanı rasyonel, tutarlı, her zaman kendisi için en iyi kararı alan ve optimizasyon yapan *homo economicus* özelinde betimlemektedir. Davranışsal iktisat ise insanın çoğu zaman bilişsel ve sosyal kısıtlara tabi olması nedeniyle *homo economicus* gibi davran(a)madığını öne sürmektedir (Rabin, 2002). Bunun başlıca nedeni olarak zihnin “ikili düşünme biçimini” göstermektedir: *Sistem 1* ile temsil edilen düşünme biçimi hızlı, sezgisel, duygusal ve dolayısıyla otomatik iken, *Sistem 2* ile temsil edilen düşünme biçimi yavaş, tedbirli, analitik ve dolayısıyla bilinçlidir (Stanovich, West, 2000:658-659). *Sistem 1* daha hızlı karar almayı sağladığı için zihin daha çok onu kullanmakta ve dolayısıyla insanın tercih ve davranışı büyük oranda otomatik bir biçimde gerçekleşmektedir. Otomatik tercih ve davranışlarsa

neoklasik iktisadın rasyonel varsayımı ile çelişen “hatalara” neden olmaktadır. Bu bağlamda davranışsal iktisat, söz konusu hataları psikoloji, sosyoloji, nöroloji ve antropoloji gibi disiplinlerden yararlanarak bulguladığı, içgörülerle açıklamaktadır. Bu açıklamaları, Mullainathan ve Thaler’ın (2001) sınırlı rasyonelite (*bounded rationality*), sınırlı otokontrol (*bounded self-control*) ve sınırlı bencillik (*bounded self-interest*) sınıflandırmasını temel alarak, sağlıkla ilgili davranışlardan örneklerle aktarmak mümkündür.

### *Sınırlı Rasyonelite*

Sınırlı rasyonelite Herbert Simon’un, iktisadi birimleri gerçek hayatta neoklasik iktisadın tahmin ettiği gibi davranmalarından alıkoyan kısıtları göstermek üzere geliştirdiği bir kavramdır (Simon, 1955; 1957; 1987). Daha açık bir ifadeyle, insanın ancak sınırsız bilişsel hesaplama yetisine sahip ve çevre ile basit ve önceden belirli (veri) etkileşimlere tabi olması durumunda, neoklasik iktisadın varsaydığı gibi bir rasyonelite ile davranması mümkün olmaktadır. Ancak kişiler, tercihlerin alternatifleri önceden verili olmadığında, bilgiyi araştırmak ve değerlendirmek zorunda kalmakta; bu süreçte belirsiz koşullara ve belirli bilişsel kısıtlara tabi oldukları için de bilişsel kestirme yöntemler kullanmaktadır. Söz konusu yöntemler, bazı durumlarda rasyonel seçim modelinden sapma anlamında sistematik hatalara yol açabilmektedir (Tversky ve Kahneman, 1974). Rasyonel seçim modelinden sapmalar, muhakeme ya da inançlardaki yanlışlıklardan kaynaklanabildiği gibi, karar probleminin sunum çerçevesi nedeniyle de oluşabilmektedir. Sınırlı rasyoneliteden sorumlu başlıca olgular ise aşırı özgüven etkisi, bulunabilirlik kısayolu, çıpalama yanlılığı, ön-hazırlama etkisi, çerçeveleme etkisi, kayıptan kaçınma ve statüko yanlılığıdır.

Kişilerin sübjektif inançlara sahip olmasının nedenlerinden biri, kendi yetilerini sahip olduklarından daha fazla algılamalarını ifade eden aşırı özgüven (*overconfidence*) etkisidir (DellaVigna, 2009: 341-342). Bu etki, kişilerin riskli sağlık davranışları sergilemelerine neden olabilmektedir. Örneğin, kişiler tütün kullanımı ile kanser riski arasındaki ilişkiyi bilseler de tütün kullanmalarına rağmen kansere yakalanma risklerinin diğer tütün kullanıcılarına göre daha az olacağına inanabilmektedirler (Khwaja vd., 2009).

Bulunabilirlik kısayolu (*availability heuristics*), kişilerin bir olayın olasılığını, olayın gerçek sıklığından ziyade akıllarına kolayca gelen örnekler üzerinden tahmin ettikleri hipotezinden kaynaklanmaktadır. Başka bir ifadeyle, kişiler akıllarındaki bilgilere güvenme eğilimindedir (Kahneman, Tversky, 1972). Dolayısıyla, kişilerin (medya aracılığıyla) sıklıkla maruz kaldıkları bilgiler, akıllarına daha kolay geldiği için yanlış tahminlerde bulunmalarına yol açabilmektedir: Akla ölüm nedenlerinin başında ilk olarak terörist saldırıları gelirken, diyabetin daha az gelmesi bu kısa yolla açıklanmaktadır. Benzer bir durum ön-hazırlama etkisinden (*priming effect*)

kaynaklanmaktadır. Ön-hazırlama etkisi görünürde alakasız ve önemsiz detayların, kişiler farkında olmadan, onların düşünce ve davranışlarını etkilediği durumu ifade etmektedir. Örneğin, en son SAĞLIK kelimesini duyan/okuyan bir kişinin S\_B\_N ifadesindeki boş harfleri SABUN olarak doldurması, en son TARIM kelimesini duyan/okuyan bir kişinin ise SABAN olarak doldurması daha olasıdır (Kahneman, 2011; Luoto, Carman, 2014:10-11).<sup>2</sup> Ön-hazırlama etkisi, çıpalama (*anchoring*) yanılığında da görülmektedir. Kişiler, konuya ilişkin fikirlerinin olmadığı bazı karar durumlarında, onlara rastgele sunulan başlangıç değerlerini referans noktası alıp, o noktaya göre bir karara varabilmekte ya da tahminde bulunabilmekte, bu da yanlış tahminlere yol açabilmektedir (Tversky, Kahneman, 1974). Bu nedenle önceden verili bir değer/referans noktasının kişilerin karar veya eylemlerini etkileyebildiği görülmektedir. Beslenmeye ilişkin araştırmalarda gözlemlendiği gibi, tabağın boyutu büyüdükçe, kişiler dışsal bir nesneyi (tabağı) referans aldıkları için, daha çok yemek tüketmektedirler (Wansink *vd.*, 2005).

Çerçeveleme etkisi (*framing effect*), aynı karar probleminin sunum biçiminin değiştirilmesinin, kişilerin kararlarını nasıl değiştirdiğini açıklamaktadır (Kahneman, Tversky, 1979). Örneğin, bir sosıs için kullanılan “%90 yağsızdır” veya “%10 yağlıdır” ifadeleri aslında aynı iken, bu iki ifadenin kişilerde uyandırdığı etki aynı olmamaktadır çünkü sosısın %90 yağsızdır biçimindeki ifadesi pozitif bir çerçeve iken, %10 yağlıdır ifadesi negatif bir çerçevedir ve bu çerçeve kişilerde diğerine göre daha fazla hoşnutsuzluk yaratmaktadır (Levin *vd.*, 1998).

Kayıptan kaçınma (*loss aversion*) kişilerin kayıplardan duydukları hoşnutsuzluğun, eşdeğerdeki kazançlardan duydukları hoşnutluktan daha fazla olduğunu belirtmektedir (Kahneman, Tversky, 1979). Başka bir ifadeyle, 100 TL’yi kaybetmemek 100 TL kazanmaktan daha iyi olarak algılanmakta, kişilerin aldıkları kararlarda kaybetme korkusu daha baskın gelmektedir. Örneğin, sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesinin hedeflendiği bir araştırmada, sağlıksız besinlere vergi konulmasının, sağlıklı besinlerde indirim yapılmasından daha etkili olduğu bulgulanmaktadır. Bu örnekte kişiler sağlıklı besinlerdeki indirime (kazanca), sağlıksız besine konulan vergiden (kayıptan) daha az değer verdikleri için kayıptan kaçınma davranışı ile uyumlu bir biçimde hareket etmektedirler (Cawley, 2011).

Statüko yanlılığı (*status quo bias*) bir şey yapma ya da yapmama seçeneklerinin ikisi de mevcutken, kişilerin bir şey yapmamayı seçme eğiliminde olduklarını ifade etmektedir (Samuelson, Zeckhauser, 1988). Statüko yanlılığı önemsememe, atalet, erteleme ya da kayıptan kaçınma davranışından kaynaklanabilmektedir.

### *Sınırlı Otokontrol*

İnsanların çoğu zaman “bugün fayda sağlamak yarın bedel ödemek veya bugün bedel ödemek yarın fayda sağlamak” arasında tercih yapmaları gerekmektedir. Örneğin, yapılması gereken bir işi ertelemek şimdiki faydayı ertelenmiş bedele tercih etme anlamına gelirken, egzersiz yapmak şimdiki zaman/para maliyetine katlanırken yararları sonradan görülecek bir eylemdir. En basit haliyle, gelecek zamanın gelip gelmeyeceğinin belirsizliği kişilerin, bugünkü tercih ve eylemlerinin yararları ya da zararlarını tam öngörememelerine neden olmakta ve sonuç olarak fırından yeni çıkmış bir kurabiye için cazibesine kapılarak diyetlerin bozulması sıklıkla görülen bir durum haline gelmektedir. Bu durum sağlık ekonomisi yazınındaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırmalarında da “sağlık sorumluluğu” gibi ölçeklerden izlenmekte ve kişilerin gelecekteki hallerine gerektiği kadar yatırım yapmamaları özellikle fiziksel aktivite gibi konular üzerinden tartışılmaktadır (Tuğut, Bekar, 2008; Özcan, Bozhüyük, 2016; Kjaer *vd.*, 2019). Davranışsal iktisatta ise söz konusu zaman tutarsız tercihler, şimdiki zaman yanlılığı ve otokontrol eksikliği kapsamında mercek altına alınmaktadır.

Neoklasik iktisatta zamanlararası tercih analizlerinde kişilerin tercihlerinin zamansal olarak tutarlı olduğu varsayılmaktadır. Buna göre, bir kişi bugünkü bir elmayı yarın iki elmaya tercih ediyorsa, bir yıl sonraki bir elmayı bir yıl bir gün sonraki iki elmaya tercih etmelidir (Streich, Levy, 2007: 200-203; Dhami, 2016: 37). Oysa ki, araştırmalarda tercihlerin yalnızca zamanın geçişinden etkilenecek tersine döndüğü bulgulanmaktadır. Yine elma örneği üzerinden açıklanacak olursa, birçok insan bir yıl ve bir gün sonra verilecek iki elmayı, bir yıl sonra verilecek bir elmaya tercih etmekte ancak bugünkü bir elma ile yarın iki elma arasındaki seçimde çoğu bugünkü bir elmayı tercih etmektedir (Thaler, 1981:202). Örnekteki iki durumdaki zaman aralığı da aynı (bir gün) olmasına rağmen kişilerin kararları, birinci durumdaki uzun dönemli ödünleşme (365 gün veya 366 gün sonra) ve kısa dönemli ödünleşme (bugün ya da yarın) için farklılaşmaktadır. Çünkü kişiler kısa dönemli ödünleşmelerde, uzun dönemli ödünleşmelere göre daha sabırsız davranmaktadır. Başka bir deyişle, kişiler *şimdiki zaman yanlılığı* (*present bias*) göstermektedirler: Yakın zamandaki daha küçük ödüllere gelecekteki daha büyük ödüllere göre daha fazla değer atfetme eğilimindedirler (O'Donoghue, Rabin, 2001). Dolayısıyla, kişiler uzak gelecekteki durumları düşündüklerinde daha sabırlı olmakta; egzersiz yapmayı, sigarayı bırakmayı veya doktora gitmeyi planlamaktadır. Ancak “o gelecek zaman” kapıyı çalıp şimdiki zaman olduğunda, kişiler televizyon izlemekte, bir tane daha “son” sigaralarını yakmakta veya doktor randevularını ertelemektedir.

Ertelemenin varlığı, potansiyel bir otokontrol sorununa işaret etmektedir. Otokontrolün sorun olarak ele alınması, anlık hazdan kaçınmanın zor olduğu örtük varsayımını içermektedir. Bu çerçevede davranış yalnızca maruz kalınan cezbedici unsurların yoğunluğuna göre değil, aynı zamanda bu dürtüsellığe karşı koyma yetisince



de belirlenmektedir. Kısa ve uzun dönem hedefleri arasında çatışma olduğunda otokontrol, kişilerin tutarsızca davranmaya karşı koymak için gösterdikleri çabalar bütününe veya uzun dönemli hedeflere ulaşmak uğruna şu anda ödenecek bedeli bilinçli olarak kabul etme tercihlerini göstermektedir (Strotz, 1956; Nyhus, Webley, 2006:306). Dolayısıyla, otokontrol sorunundan kaynaklanan zamansal tutarsız tercihlerin sonuçları, kişilerin bu tercihlere sahip olduklarının farkında olup olmadıklarına göre değişmektedir. Kişilerin otokontrol sorunlarının tamamen farkında olduklarında sofistike (*sophisticated*), hiç farkında olmadıkları durumda tamamen naif (*naive*) ve otokontrol sorunlarının farkında ancak bunun boyutunu hafife aldıkları durumda kısmi naif davranış sergiledikleri varsayılmaktadır (O'Donoghue, Rabin, 2001; Dhami 2016: 647). Tamamen naif davranış sergileyen kişiler gelecekteki tercihlerinin şimdiki tercihleri ile aynı olacağına inanırken, sofistike davranış sergileyen kişiler, gelecekte tercihlerinin nasıl değişeceğini tamamen doğru tahmin etmektedir.

Davranışsal iktisat yazınında sınırlı otokontrolün nedenlerine ilişkin birçok farklı açıklama mevcuttur. Örneğin, Loewenstein (1996)'a göre açlık, duygu, tutku ve fiziki acı gibi içgüdüsel faktörlerin (*visceral factors*) dikkate alınması önemli iken, Thaler ve Shefrin (1981), Freud'un id ve ego analizine benzer bir biçimde kişinin kendi içindeki çatışmasını ön plana almaktadır. Otokontrol problemi ya da şimdiki haz ile uzun dönemli fayda arasındaki ödünleşme, beyaz gömlek veya mavi gömlek gibi bir tercihte mevcut olmayacak bir içsel çatışmaya yol açmaktadır. Yazarlar, içsel çatışmanın arka planını, kişilerde aynı anda var olan ve birinin uzun dönemli diğerinin kısa dönemli fayda peşinde koştuğu ikili tercih yapısı varsayımı üzerinden açıklamaktadır. Buna göre, planlayan (*planner*) uzun dönemli faydayı ençoklaştırmaya çalışır iken, yapan (*doer*) kısa dönemli faydayı ençoklaştırmaya çalışmaktadır. Otokontrolün sağlanması, planlayanın yapana kurallar koyabilmesi ve bunun uygulanabilmesi anlamına gelmektedir.

#### *Sınırlı Bencillik*

Neoklasik iktisatta bireyin yalnızca kendi çıkarı peşinde koştuğu varsayımı yapılmakta, diğer motivasyonlar reddedilmese de analiz dışında bırakılmaktadır. Ancak özellikle laboratuvar ortamında diktatör ve ultimatömler oyunlarından elde edilen bulgular, bu varsayımların sorgulanmasına neden olmaktadır. Diktatör oyununda katılımcılardan birine belirli bir miktar para verilmekte ve deneydeki diğer anonim katılımcıya söz konusu paradan ne kadarını vermek istediği sorulmaktadır. Katılımcıların %60'ı ile %80'ninin, anonim kişiye pozitif miktarları vermeyi seçtiği ve paranın yarısından fazlasının hiçbir zaman teklif edilmediği bulgulanmaktadır (Forsythe *vd.*, 1994; Andreoni, Miller, 2002). Ültimatömler oyununda ise diktatör oyunundan farklı olarak anonim katılımcının ona teklif edilen miktarı kabul edip etmeme hakkı bulunmakta ve teklifi kabul etmeme durumunda iki taraf da sıfır kazançla oyundan ayrılmaktadır. Oyunlarda paranın çoğunlukla %40 ile %50'sinin teklif edildiği ve diğer anonim

katılımcının düşük miktardaki teklifleri hiçbir şey kazanmama pahasına genellikle reddettiği görülmektedir (Güth *vd.*, 1982; Roth, 1995; Fehr, Schmidt, 1999). Söz konusu gözlemlerle insanların, kişisel çıkarıcılığın yanı sıra, *diğerkâmlık (altruism)*, *hakkaniyet (fairness)* ve *karşılıklılık (reciprocity)* motivasyonlarıyla da hareket ettiği ortaya konulmaktadır. Bunun nedeni insanın sosyal bir varlık olarak, tercihlerinde içinde bulunduğu sosyal bağlamdan etkilenmesidir. Nitekim, *sosyal ağ ve normların* sağlık davranışlarındaki etkisi de yadsınamayacak kadar büyüktür. Örneğin, Christakis ve Fowler'ın (2007) 12.000 kişi üzerinde otuz yıl boyunca yaptıkları araştırmada, arkadaşının obez olmasının bir kişinin obez olma olasılığını %57 oranında artırdığı bulgulanmaktadır.

## 1.2. Dürtme

Sınırlı rasyonalite, sınırlı otokontrol ve sınırlı bencillik sınıflandırması altında listelenen bulgular, davranışsal iktisadın, psikoloji, bilişsel bilimler ve diğer sosyal bilimlerden yararlanarak bir araya getirdiği başlıca içgörülerdir. Davranışsal iktisadın politikaları, başka bir deyişle, dürtmeleri (*nudges*) bu içgörülere dayanan müdahaleler bütünüdür. Bir davranışın ardında onu açıklayan birçok içgörünün aynı anda var olması, karar ortamının ve bağlamın araştırma özelinde değişmesi ve bunun davranış değişikliği için uygulanacak müdahale tasarımı karmaşıklığı gibi nedenler, dürtmenin tam olarak neyi ifade ettiği konusunda görüş birliğine varılmasını zorlaştırmaktadır. Yine de Thaler ve Sunstein'in (2008: 6) tanımı dürtmeye ilişkin genel bir çerçeve çizmektedir: Dürtme, hiçbir seçeneği yasaklamadan veya iktisadi teşvikleri belirgin oranda değiştirmeden kişilerin davranışlarını tahmin edilebilir bir biçimde değiştirmeyi amaçlayan seçim mimarisinin (*choice architecture*) herhangi bir yönlendirmesidir. Bu bakış açısıyla dürtmelerin, neoklasik iktisadın yalnızca piyasa başarısızlıklarına müdahale eden önerilerinden farklı olarak, doğrudan kişilerin karar alma mekanizmalarını hedef aldığı anlaşılmaktadır. Çünkü çoğu zaman piyasa başarısızlıkları giderilse bile arzu edilmeyen davranışlar kalıcı olabilmektedir (Galizzi, 2014: 27).

Son yıllarda, birçok iktisadi alanda başarıyla uygulanan dürtmelerin etkili olmasının nedeni temelde, daha önce bahsedilen, zihnin zaman ve enerjiden tasarruf etmek amacıyla Sistem 1'i kullanması sonucu, tercih ve davranışların çoğu zaman üzerinde düşünülmeden otomatik olarak gerçekleşmesidir. Bu durumun da sıklıkla optimal olmaktan uzak "hatalara" yol açmasıdır. Başka bir ifadeyle, dürtmeler davranışın iki sistemin etkileşimi sonucu ama daha çok Sistem 1 ile gerçekleştiğini dikkate alarak tasarlandığı için başarılı olmaktadır (Galizzi, 2014: 26-28). Dürtmelerde kullanılan söz konusu yaklaşımı daha da somutlaştırmak için yerleşik politikaları da incelemek gerekmektedir. Yerleşik politikalar, bireyin yalnızca Sistem 2 ile hareket ettiği; her zaman rasyonel ve optimal davranarak kendisi için en iyi kararı aldığı kabulüyle yapılmaktadır. Dolayısıyla, buradaki yaklaşım şöyledir: Bireyler kendileri için en iyi kararı alamıyorlarsa ya o konudaki bilgileri eksiktir ya dışsallıklar söz

konusudur ya da teşvik/caydırıcılar yeterli değildir ve dolayısıyla buna uygun politikalar geliştirilmelidir. Bu doğrultudaki yerleşik politikalar ise bilgilendirme, yasalar, vergiler ve sübvansiyonlar temelinde şekillenmektedir (Luoto, Carman, 2014: 22-24):

*Bilgilendirme amaçlı müdahaleler:* Kişilerin kendileri için en iyi kararı alamamalarının veya davranışı gösterememelerinin nedeni eksik bilgi olabilir. Eksik bilgi ile hareket eden bireyler fayda-maliyet analizlerini eksiksiz bir biçimde gerçekleştiremez. Bu nedenle broşür dağıtma, kamu spotu veya eğitim yoluyla bireylere gerekli bilgilerin aktarılması, onların sağlığa ilişkin daha iyi kararlar almalarını sağlar.

*Vergiler ve sübvansiyonlar:* Vergiler ya da sübvansiyonlar ile görece fiyatlar değiştirilerek, bireylerde arzu edilen davranış değişikliği özendirilir.

*Yasalar:* Tüketilmesinin sağlığa sakıncalı olduğu düşünülen belirli ürünlere sınırlı erişim konulması veya yasaklanması bireylerin o ürünlerden uzak kalmasını sağlar.

Bu politikalar davranışa dolaylı olarak müdahale etmektedir ve herkesi kapsamaktadır. Dürtmeler ise doğrudan davranış değişikliğini hedef almakta ve kişilere seçim özgürlüğü tanımaktadır. Şüphesiz, söz konusu politikaların özellikle sağlık gibi hassas bir konuda gerekli olmadığı anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla, dürtmeler tamamlayıcı politikalar olarak düşünülmelidir. Örneğin, davranışsal iktisat müdahaleleri de çoğunlukla bilgilendirme temelinde tasarlanmakta ancak bunu bilgiyi yalnızca sunarak değil, daha ikna edici hale getirerek yapmaktadır.

## **2. DAVRANIŞSAL İKTİSAT BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIK POLİTİKALARI**

Davranışa dair ampirik temelli bir yaklaşım izleyen davranışsal iktisat, sağlık alanındaki kişilerin davranışlarına ilişkin belirli ön varsayımlarda bulunmadan, onu “bulduğu haliyle” çalışmaktadır. Böylece öngörülebilir ve sistematik ancak optimal olmayan davranışları ortaya koyarak, kişilerin sağlık hizmeti alır veya sunarken daha iyi kararlar almasına yardımcı olan politikalar tasarlanmaktadır. Davranışsal iktisadın bu alandaki politikalarını Dolan *vd.* (2010), Michie *vd.* (2011) ve Perry *vd.*'nin (2015) çalışmalarında çizilen çerçeveden hareketle *eğitsel müdahaleler ve ikna, ortamı yeniden yapılandırma ve taahhüt mekanizmaları* altında sınıflandırmak mümkündür.

### *Eğitsel Müdahaleler ve İkna Etme*

Eğitsel müdahaleler, sigara paketlerinin üzerindeki “sigara içmek öldürür” ve yiyeceklerin etiketlerindeki “besin/kalori değerleri” vb. gibi bilgilendirmelerle, kişilerin

bilgilerini ve kavrayışlarını artırarak, onların daha iyi kararlar almalarını sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Gerek sağlık hizmeti sunanlara gerekse sağlık hizmeti talep edenlere dönük basılı, görsel veya dijital medya yoluyla, bireysel ya da kitlesel bir biçimde sunulan tavsiye niteliğindeki söz konusu eğitsel müdahaleler, kişilerin teşhis, tedavi, ilaç seçimi ve kullanımı, sağlıklı yaşam gibi konularda daha çok bilgi sahibi olmalarını sağlamaktadır. Öyleyse, kişilerin daha çok bilgiye sahip olması onların kararlarında etkili olmakta mıdır? Davranışsal iktisat araştırmaları, kişilere yalnızca bilgi sunmanın genellikle farkındalık yaratmakta etkili olduğunu ancak bu farkındalığın belirgin ve kalıcı bir davranış değişikliğine yol açmadığını; hatta bazı durumlarda aksi yönde bir sonuca neden olduğunu öne sürmektedir (Galizzi, 2014:13). Örneğin, Wansinck, Chandon (2006) “az yağlı” olduğu bilgilendirilmesinin yapıldığı atıştırmalıkların, bilgilendirme yapılmayan duruma göre %50 daha fazla tüketildiğini; bunun nedeninin de kişilerin daha az suçlu hissetmeleri olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, kalıcı bir davranış değişikliği için davranışsal iktisadın içgörülerinden yararlanılarak tasarlanan *ikna edici eğitsel müdahaleler* önerilmektedir. Bu müdahaleler başlıca çerçeveleme etkisi, sosyal norm ve karşılaştırmalar ile bilgi tasarımı gözetilerek yapılmaktadır.

Sağlık alanında bilgilendirme amaçlı kullanılacak mesajların vurgusu çerçeveleme etkisi nedeniyle çok farklı olabilmektedir: Bir doktorun kanser teşhisi koyduğu hastası ile iletişimde kazanç-çerçevelevi “X tedavisini uygularsanız %60 olasılıkla kanserden kurtulacaksınız” ifadesi yerine kayıp-çerçevelevi “X tedavisini uygulamazsanız %40 olasılıkla kanserden öleceksiniz” ifadesini kullanması, sonuç aynı olsa da hastanın tedaviye bakış açısını etkileyebilir. Bu nedenle, mesajların hangi durumda nasıl çerçevelemeceğinin anlaşılması gerekmektedir. Rothman ve Salovey (1997) ve Rothman *vd.* (1999) kayıp ve kazanç çerçevelevi mesajların etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, kayıp-çerçevelevi mesajların, yapılmadığı takdirde oluşacak riskin vurgulanmasının önemli olması sebebiyle, erken teşhis için gerekli taramaların yapılması davranışlarında; kazanç-çerçevelevi mesajların ise sağlıklı beslenme veya egzersiz gibi sağlıklı-olumlayıcı koruyucu önlemleri alma davranışlarında daha etkili olduğunu belirtmektedir. Diğer yandan, Adonis *vd.* (2017) Güney Afrika’da 748 kadınıla gerçekleştirdikleri araştırmalarında, kadınların rahim ağzı kanserinin erken teşhisinde önemli olan Pap smear testini yaptırmalarını teşvik etmek için kullandıkları e-posta mesajlarında kayıp ya da kazanç çerçevelevi mesajlar arasında bir fark olmadığını; testi yaptıranların oranlarının müdahaleden sonra da düşük kaldığını bulgulamaktadır. Farklı durumlar için benzer bulgulara sahip bu araştırmalar (Consedine *vd.*, 2007; O’Keefe, Jensen, 2009) çerçeveleme etkisinin hedeflenen kitleye özgü durumlara göre detaylıca tasarlanmasının önemli olduğunu altını çizmektedir. Nitekim, Wansink ve Pope (2014: 6) sağlık alanındaki mesajlarda çerçevelemenin Tablo 1’deki kişisel özellikler gözetilerek kullanılmasını önermektedir. Yazarlar, davranış değişikliğinin hedeflendiği kitlenin konuya müdahil olma düzeyi, davranışın sonucunda elde edilecek çıktının

kesinliğine ilişkin inançları, risk tercihleri ve bilgiyi nasıl işledikleri saptandığı takdirde çerçeveleme etkisinden yararlanan mesajların daha etkin bir biçimde tasarlanabileceğini ortaya koymaktadır.

**Tablo 1. Çerçevenmiş Mesajların Etkisini Belirleyen Nitelikler  
(Wansink, Pope, 2014)**

Kişisel Özellikler	Kazanç-çerçevesel mesajların daha etkili olduğu durumlar	Kayıp-çerçevesel mesajların daha etkili olduğu durumlar
Konuya müdahil olma düzeyi <i>Konu hakkında daha çok bilgisi olan kişilerde korku tetiklenmesi nedeniyle kayıptan kaçınma etkili olurken, konu hakkında özel bilgisi olmayan kişilerde olumlu yönlendirmeler etkili olmaktadır.</i>	Düşük müdahillik: örn. Kamuya sağlıklı beslenme konusunda yapılan bilgilendirmeler “Brokoli yemezseniz erken yaşlanırsınız” yerine “Brokoli yemek cildinizin daha genç görünmesine yardımcı olur”	Yüksek müdahillik: örn. Yüksek risk grubundaki kişilere meme kanseri taraması
Sonucun kesinliğine ilişkin algı <i>Belirli davranışların olası sağlık kazanımları ile ilişkisinin nasıl algılandığı etkili olmaktadır.</i>	Sonuç kesinse: örn. HIV aşısı yaptırmanın HIV kapmayı önleyeceği inancı varsa kişiler aşı yaptırmaktadır.	Sonuç belirsizse: örn. kendi kendine meme muayenesi Kadınların kendi kendilerine meme muayenesi yapmaları, erken teşhisi garantilemediği için şu mesaj kullanılmaktadır: “Araştırmalar kendi kendine meme muayenesi yapmayan kadınların tümörü, tedavi olasılığı daha yüksek olan erken aşamada tespit etme şansını azalttığını göstermektedir”.
Risk Tercihleri <i>Beklenti teorisine göre kişiler kazançlar belirli ve kesinse riskten kaçınan, kayıplar söz konusu olduğundaysa risk-peşinde davranışlar sergilemektedir.</i>	Riskten kaçınma davranışı: örn. Güneş kremi kullanma “Güneş kremi kullanarak cildinizi deri kanserinden koruyun”	Risk-peşinde davranış: kendi kendine meme muayenesi “Eğer kendi kendine meme muayenesi yapma riskini almazsanız, hayatınızı kurtaramayacak kadar geç olana dek meme kanserini tespit edemeyebilirsiniz”
Biliş ihtiyacı (bilgiyi işleme biçimi) <i>Detaylı düşünmekten kaçınarak bilgiyi daha sezgisel olarak işleyen kişiler, mesajın genel özellikleri ile ilgilenirken, biliş ihtiyacı daha yüksek kişilerde mesajın detayları daha etkili olmaktadır.</i>	Bilgiyi sezgisel işleme: örn. Halkı egzersiz yapmaya teşvik etme	Bilgiyi analitik işleme: örn. Diyetisyenlerin sağlıklı beslenmeyi teşvik etmesi

Sağlıkla ilgili davranış değişikliğinin arzu edildiği hedef kitlenin kişisel özellikleri önemli olduğu kadar, içinde bulunduğu topluluğun özellikleri, başka bir deyişle sosyal normlar da önemlidir. Sosyal normlar genel olarak i) davranış örüntüleri, ii) ortak tutumlar ve iii) kişilerin diğerlerinin davranış ve tutumlarına dair inançları biçiminde tanımlanmaktadır (Young, 2015; Cislighi, Heise, 2019). Sağlık alanındaki güncel araştırmalarda daha çok kişilerin i) diğerlerinin ne yaptığını, ii) diğerlerinin neyi onayladığına ya da onaylamadığına dair inançlarına odaklanılmaktadır. İlki, çoğunluğun ne yaptığını belirten (örn. çevremdekilerin çoğu sigara içmez) betimleyici sosyal normları (*descriptive social norms*) oluşturur iken, ikincisi çoğunluğun neyi onayladığını belirten (örn. çevremdekilerin çoğu sigara içmenin kötü olduğunu düşünür) buyruksal normları (*injunctive norms*) oluşturmaktadır (Cialdini vd., 2006). Betimleyici ve buyruksal sosyal normlar içinde bulunulan topluluğa riayet, topluluğa dahil edilme veya topluluğun dışında bırakılma anlamında önemli olduğu ve bu nedenle ödül ve ceza mekanizması üzerinden işlediği için sağlıkla ilgili davranışları değiştirmede etkili olmaktadır (Elster, 2007; Cislighi, Heise, 2019). Özellikle aşırı alkol tüketimi gibi olumsuz alışkanlıkları değiştirmede “diğerlerinin ne yaptığını” önemli olduğu bulgulanmaktadır. Örneğin, Neighbors vd. (2006) alkol tüketimi fazla olan 217 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında, bu öğrencilere diğer öğrencilerin alkol tüketim sıklığı ve miktarına ilişkin geri bildirimde bulunmuş, böylece kendi alkol tüketimleri ile diğerlerinin betimleyici alkol tüketme normlarını karşılaştırma şansı bulan öğrencilerin, iki ay sonunda alkol tüketimlerini azalttığını ortaya koymuşlardır. Çünkü özellikle üniversite öğrencileri, kendi alkol tüketimlerinin ortalamadan daha az olduğunu veya aşırı alkol tüketiminin “normal” olduğunu düşünmektedirler. Benzer bir biçimde akranlarının ne kadar alkol tüketimini onayladığının, diğer bir ifadeyle, bu konudaki buyruksal normların bilgilendirilmesinin yapıldığı üniversite öğrencilerinin de alkol tüketiminin azaldığı görülmüştür (Prince, Carey, 2010). Sosyal norm ve karşılaştırmalardan yararlanan müdahalelerin etkili olması için ise kişilerin sunulan normlar ile kendilerini özdeşleştirebilmelerine (bilgi kimin hakkında), normların grup fikir ve davranışlarını temsil etmedeki inandırıcılığına (bilgi ne kadar güvenilir), bireylerin kişisel görüşlerinin normlara benzerliğine (kişisel görüşler normlarla ne kadar uyumlu), normların geniş çapta bilinirliğine (bu bilgiyi başka kimler biliyor), normların bağlamla uyumuna (bilgi problemin doğal karşılanmasını sağlıyor mu) dikkat edilmesi önerilmektedir (Tankard, Paluck, 2016).

Sağlıkla ilgili eğitsel müdahalelerin daha ikna edici olması için ayrıca sunulan bilginin doğrudan, yalın ve anlaşılır olması gerekmektedir. Çünkü sağlıkla ilgili konuların karmaşıklığı, dikkat edilmesi gereken noktaların fazla olması ve konunun hassasiyeti gibi nedenler bilgilendirmelerin tasarımı konusunu ön plana çıkarmaktadır. Özellikle hastanelerin, sağlık merkezlerinin veya polikliniklerin kılavuzlarındaki bilgilerin anlaşılır olması, sağlık hizmeti talep edenlerin önerileri takip etmelerini kolaylaştırmaktadır. Örneğin, Michie ve Lester (2005) National Institute for Clinical

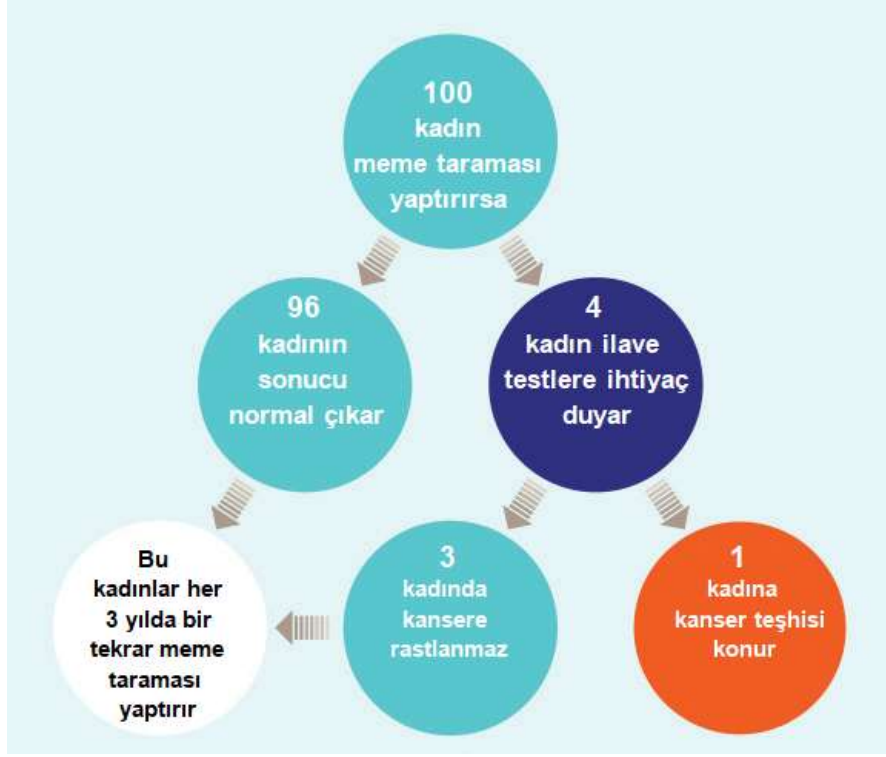
Excellence (NICE) için psikolojik ve farmakolojik destek kılavuzunu Tablo 2’de görüldüğü gibi daha basit bir dille yeniden tasarlamışlardır:

**Tablo 2. Klinik Kılavuzların Daha Basit Bir Dille Tasarlanmasına İlişkin Örnek (Michie, Lester, 2005)**

Orijinal Metin	Yalın Dille Yeniden Tasarlanmış Metin
“Ayrıca psikolojik destek isterseniz, aynı zamanda antipsikotik ilaçlara ihtiyaç duyacaksınız. Unutmayın ki, hangi ilacı kullanmanın sizin için en iyisi olacağına ilişkin kararı, siz ve doktorunuz birlikte vereceksiniz”.	“Ayrıca psikolojik destek isterseniz, bu ilaçları almaya ihtiyacınız olacak. Hangi ilacın sizin için en iyisi olduğuna, doktorunuzla birlikte karar vermelisiniz”.

Örnekteki gibi davranışın odağa alındığı basit dille yazılmış bilgilendirmelerin, önerileri uygulama konusunda daha teşvik edici olduğu ve kişilerin önerilere karşı daha pozitif bir tutum geliştirdiği görülmüştür. Daha basit bir dil kullanmanın, önemli olduğu bir diğer konu, hastalık ve tedavinin riskleri konusunda yapılan bilgilendirmelerdir. Bu kapsamda İngiltere’deki Hasta Bilgilendirme Forumu risklerin görece yerine mutlak, yüzdeler yerine sayılarla, hem pozitif hem de negatif çerçeveli ve rakamlarla resimlerin birlikte kullanıldığı görsellerle anlatılmasını önermektedir (Perry *vd.*, 2015:24). İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri’nin (NHS) meme kanseri taraması için hazırladığı broşür, bu konuda örnek teşkil etmektedir. Şekil 1’den izleneceği üzere, broşürde meme kanseri taraması yaptıran her 100 kadının karşılaşılabileceği risk ve durumlar basit bir dil ve görsellerle anlatılmıştır (NHS, 2018:7):

**Şekil 1. Meme Kanseri Taraması Yaptıran Her 100 Kadının Karşılaşabileceği Olasılıkların Görsel Özeti (NHS, 2018)**



Verilmek istenen mesajın, basit görsellerle anlatılmasının yanı sıra, sembol, renk veya uyarıcılar kullanılarak ön plana çıkarılması da etkisini artırmaktadır. Bu noktada önemli olan, hedef kitledeki herkes tarafından aynı biçimde algılanacak; belirli standartlarda bir tasarımın yapılmasıdır. Örneğin, trafik ışıklarından esinlenerek gıdaların yeşil (sağlıklı), sarı (az sağlıklı) ve kırmızı (sağlıksız) olarak etiketlenmesi beslenme alanındaki başarılı müdahalelerin başında gelmektedir. Böylece kişilerin daha sağlıklı gıdalara yöneldiği gözlemlenmektedir (Thorndike vd., 2014). Özetle, davranışsal iktisat araştırmaları sağlıkla ilgili mesajlarda temel noktaların ön plana çıkarılmasının, dilin basit tutulmasının, tavsiye edilen eylemlerin kesin ve açık olmasının, yalnızca arzu edilen davranışla doğrudan ilgisi olan bilgilerin sunulmasının ve karmaşık hedeflerin basit ve kolay eylemlere bölünmesinin daha etkili olacağını ortaya koymaktadır (Service vd., 2014).

#### *Ortamı Yeniden Yapılandırma*

Kişilerin davranışları çoğunlukla otomatik olduğu için bilinçsizce gerçekleşmekte ve kişiler içinde buldukları ortamın, zamanın ya da sürecin farkında



olmadan hareket edebilmektedirler. Bu nedenle fiziki ya da sosyal ortamda yapılan değişikliklerle gerçekleştirilen ortamı yeniden yapılandıran (*enviromental restructuring*) müdahaleler, kişilerin farkındalığını artırmaya ya da onları daha iyi seçimler yapmaya teşvik edecek bir biçimde düzenlenmektedir. Söz konusu müdahalelerde sağlık alanında çoğunlukla davranışsal iktisadın içgörülerini gözetilerek tasarlanan anımsatıcılar, menü ve kafeterya tasarımları ve öntanımlı seçenekler (*default options*) kullanılmaktadır (Michie *vd.*, 2011; Perry *vd.*, 2015).

Belirli bir davranışı telkin etmek amacıyla sözlü, yazılı veya elektronik ortamda sunulan anımsatıcılar gerek sağlık hizmeti arzında gerekse talebinde kullanılan basit ve düşük maliyetli müdahalelerin başında gelmektedir. Örneğin, sağlık çalışanlarının el hijyeninin hastalıkların yayılmasını önlemedeki etkisi düşünülerek tasarlanmış bir araştırmada, sağlık çalışanlarına “Ellerinizi yıkamanız hastaları hastalıklara yakalanmaktan korur” biçiminde yapılan anımsatıcıların, çalışanların el hijyenini belirgin oranda artırdığı bulgulanmaktadır (Grant, Hofmann, 2011). Doktorların hastalardan tahlil isteme davranışının değiştirilmesinin hedeflendiği bir başka araştırmada, doktorlara testlerin maliyetlerine ilişkin sunulan anımsatıcıların, söz konusu taleplerini büyük oranda azalttığı görülmektedir (Fogarty *vd.*, 2013). Sağlık hizmeti talep edenlere ise hastane randevularından önce gönderilen SMS’lerin kaçırılan randevu sayısını %25-%28 oranında azalttığı bulgulanmakta (Sims *vd.*, 2012), hatta “Sizi (X) kliniğinde (X) saatinde bekliyoruz. Randevuya gelmemeniz sağlık sistemine yaklaşık (X) kadar maliyete neden olmaktadır” biçimindeki maliyeti vurgulayan SMS’lerin, yalnızca randevuyu anımsatan mesajlara göre randevuyu kaçırma oranlarını yaklaşık %3 daha fazla azalttığı ortaya konulmaktadır (Hallsworth *vd.*, 2015).

Ortamı yeniden yapılandırmanın bir diğer yolu, kişilerin fiziki çevrelerini değiştirmekten geçmektedir. Bu bağlamda, kafeterya, menü veya tabakların yeniden tasarlanması, sağlıklı beslenme davranışını pekiştirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Göze çarpma etkisinden (*saliency effect*) yararlanan bu müdahalelerin başlıca örneği, okul kafeteryalarında sebze ve meyvelerin yerinin daha görünür olacak biçimde değiştirilmesidir. Kasa yanı gibi daha göz önündeki yerlere konumlandırılan sebze ve meyvelerin, böylece %25 daha fazla tüketildiği gözlemlenmektedir (Hanks *vd.*, 2012; 2013). Paket veya tabak boyutunun küçültülmesi, menülerde yemeklerin kalori değerlerine göre sıralanması (Wansink, 2004; Downs *vd.*, 2009) gibi küçük müdahalelerle ortamın yeniden tasarlanması da sağlıklı beslenme tercihlerinde etkili olmaktadır.

Davranışsal iktisadın alet kutusundaki başlıca araçlardan olan öntanımlı seçenekler ise aslında günlük hayatta bilgisayar yazılımlarından dergi aboneliğine kadar her ortamda görülen, çoğunlukla kişilerin hayatını kolaylaştırmak için sunulan seçeneklerdir. Seçim mimarları tarafından önceden tasarlanmış bu seçenekler, karar

vericilerin, atalet (*inertia*), statüko yanlılığı, erteleme ya da prosedürlerin karmaşık olması gibi nedenlerle, belirli bir tercih yap(a)madığı durumlarda, “halihazırda orada bulunarak” yol gösterici olmaktadır (Thaler, Sunstein, 2008: 81-87). Tercih yapmaktan kaçınan kişiler için ortamı önceden yapılandırılan öntanımlı seçeneklerin, sağlıkla ilgili tercihlerde en dikkat çekici örneği ise organ bağışı davranışında görülmektedir. Organ bağışına katılım, çoğu kişinin organlarını bağışlamak istediğini belirtmesine rağmen, düşük oranlarda seyretmektedir. Bu niyet ve eylem arasındaki açığın fark edilmesi sonucunda Avusturya, Fransa, Belçika, Polonya, İsveç, Portekiz ve Macaristan, öntanımlı seçeneği organ bağışçısı olmak biçiminde değiştirmişlerdir: Kişiler organlarını bağışlamak istemedikleri yönünde kayıt yaptırmadıkları sürece organ bağışçısı olarak kabul edilmiş ve söz konusu ülkelerdeki kişilerin büyük çoğunluğu organ bağışçısı olarak kayıtlı kalmıştır. Diğer yandan Hollanda, Birleşik Krallık, Almanya, Danimarka gibi organ bağışı programına aktif olarak kayıt yaptırmamanın gerektiği ülkelerde gönüllülük oranları sırasıyla yaklaşık olarak yüzde 28, 17, 12 ve 4 oranlarında düşük seyretmiştir (Johnson, Goldstein, 2003). Anlaşıldığı üzere, birbirine komşu ülkelerin organ bağışı davranışları arasındaki büyük fark (örn: gönüllü olma oranları Avusturya’da neredeyse %100 iken, Almanya’da %12), bağış tercihlerinin öntanımlı seçenekler aracılığı ile yeniden yapılandırılmasından kaynaklanmaktadır. Bu müdahale yoluyla kişilerin rutin kontrol veya aşı yaptırma davranışları da değiştirilebilmektedir. Örneğin, grip aşısı için önceden belirlenmiş randevu sisteminde olanların, grip aşısı olmak için ayrıca randevu almaları gerekenlere göre daha fazla aşı yaptırdığı görülmektedir (Chapman *vd.*, 2010). Hastanelerdeki öntanımlı durumlar ise hasta veya doktorlar aksini talep etmedikleri sürece son zamanlarda HIV testi yaptırmamış hastalara rutin HIV testi yapılması, ayakta tedavi gören hastalara bazı ilaçların otomatik olarak reçetelendirilmesi, tüm sağlık çalışanlarına grip aşısı yaptırılması, yatarak tedavi gören hastalarda idrar sondasının 72 saat sonunda çıkarılması ve tüm yatak başlarının 30-45 derece aralığında kalkık olacak biçimde ayarlanması gibi örneklerde görülmektedir (Halpern *vd.*, 2007). Böylece kişilerin daha fazla bilişsel ya da fiziksel çaba harcamalarına gerek kalmadan daha iyi kararlar almaları sağlanabilmektedir. Öte yandan, öntanımlı ayar ve seçeneklerin sağlıkla ilgili davranışlarda etkisinin bu kadar fazla olması, onların dikkatlice tasarlanmasını gerektirmektedir. Bu noktada öntanımlı seçeneklerden etkilenecek hedef kitlenin tercihlerinin çok fazla heterojen olmaması ve seçeneklerin söz konusu kitlenin niyetlerini yansıtırması gibi hususlar önem arz etmektedir (Sunstein, 2017).

#### *Taahhüt Mekanizmaları Oluşturma*

Kişiler çoğunlukla zaman-tutarsız tercihlere sahiptir ve bu nedenle zaman ufku değiştikçe kişilerin tercihleri tersine dönebilmektedir. Kişilerin içinde buldukları zamana daha fazla önem atfederek şimdiki zaman yanlılığı göstermeleri, erteleme davranışı sergilemeleri ve dolayısıyla otokontrol problemine sahip olmaları, daha önce aldıkları kararları uygulamalarını zorlaştırmaktadır. Bu bakımdan kişilerin gelecekteki

davranışlarına veya tercihlerine kısıt koyan taahhüt mekanizmaları, söz konusu tutarsızlıkların üstesinden gelinmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle, zaman-tutarsız tercihlere ya da otokontrol problemlerine sahip olduğunun farkında olan sofistike kişiler, gelecekteki (sabırsız/iradesiz) hallerine kısıt koymayı istemekte ve sağlıkla ilgili davranışlarında taahhüt mekanizmalarından yararlanarak davranışlarını değiştirme şansı bulmaktadırlar.<sup>3</sup> Ödül veya ceza beklentisi yaratılması üzerinden tasarlanan taahhüt mekanizmalarının, katı taahhütler (*hard commitments*) ve hafif taahhütler (*soft commitments*) biçiminde uygulandığı görülmektedir. Genel hatlarıyla, katı taahhüt araçları yükümlülükleri yerine getirmeme halinde uygulanacak mali cezaları veya aksi durumdaki mali ödülleri kullanırken, hafif taahhüt araçları daha çok psikolojik getiri veya cezalardan yararlanmaktadır (Bryan *vd.*, 2010).

Katı taahhüt mekanizmalarının başında *finansal mikro teşvikler* gelmektedir. Belirli bir davranış değişikliğinin gerçekleşmesi şartıyla sağlanan finansal mikro teşvikler<sup>4</sup>, nakit para, kupon, hediye, ikramiye veya günlük gezi ya da dışarıda yemek gibi sosyal deneyimler biçiminde tasarlanmaktadır. Finansal mikro teşviklerden daha çok sigarayı bırakma, kilo verme veya egzersiz yapma gibi sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarda yararlanıldığı görülmektedir (Giles *vd.*, 2014). Bu araştırmalarda kişilerin kişisel başarıları söz konusu olduğunda aşırı özgüvenli/iyimser olma, kayıptan kaçınma, hemen dönüt almayı sevme ve geçmişte yapılmayan eylemlerden dolayı pişmanlık duyma gibi yanlılıkları göz önüne alınmaktadır. Şöyle ki, kişiler paralarını depozito olarak yatırmaları istenildiğinde çoğunlukla paralarını geri alacakları inancına sahip oldukları için bunu kabul etmektedir. Davranış değişikliği gerçekleşmediği takdirde hesaptaki depozito ve karşılıkların kesileceği şartı katılımcıların kaybetme korkusuna hitap etmektedir. Katılımcılara ödül veya cezalarına ilişkin anında, kişiselleştirilmiş ve zamanında gönderilen geri bildirimler ve arzu edilen davranıştan uzaklaşıldığında eğer aksi yönde davranmış olsalardı kazanmış olacakları paraya ilişkin bilgilendirmelerse farkındalıklarını artırmaktadır. Böylece davranışsal içgörülerin dahil edildiği taahhüte dayalı müdahalelerin, başarı şansı da artırılmaktadır. Örneğin, Volpp *vd.* (2008) yılında gerçekleştirdikleri bir araştırmada yaşları 30 ile 70 arasında değişen 57 obez kişinin, 16 hafta boyunca kilo verme süreçlerini izlemişlerdir. Haftada yaklaşık yarım kilo verme hedefinde olan katılımcılar rastgele üç gruba ayrılmıştır: herhangi bir müdahaleye tabi olmayan kontrol grubu her sabah kilosunu tartıp araştırmacılara bildirmiş, ikinci gruba kura çekimi teşvik programı uygulanmış, üçüncü gruba ise karşılık yatırılan depozito sözleşmesi yapılmıştır. İkinci gruptakiler her gün eğer hedefledikleri kiloda veya altındalarsa çoğunlukla 10\$'lık, nadiren de 100\$'lık kura çekilişine katılmaya hak kazanmışlardır. Üçüncü gruptakilerin günlük 0.01 ile 3\$ arasında depozito yatırmaları istenmiştir. Öte yandan, günlük sabit 3\$'ın yanı sıra, yatırdıkları depozito miktarı kadar hesaplarına ek para yatırılacağı belirtilmiştir. Böylece katılımcıların ayda 252\$'a kadar para kazanma imkânı sunulmuştur. Katılımcıların depozitolarını ve kazandıkları parayı almaları, ay sonunda

hedefledikleri kiloya ulaşmaları şartına bağlanmıştır. Bunun yanı sıra, katılımcılara günlük olarak atılan mesajlarla, hedeflerine ulaşmaları halinde kazanacakları para miktarı veya ulaşamamaları halinde ne kadar para kaybetmiş olacakları bilgisi iletilmiştir. 16 haftanın sonunda müdahalede bulunan grupların, kontrol grubuna göre çok daha fazla kilo kaybettiği bulgulanmıştır: Kontrol grubuna göre ortalama kilo kaybı ikinci grupta 6, üçüncü grupta ise 6,5 kilo daha fazla gerçekleşmiştir. Ayrıca, iki grubun da yaklaşık yarısının ancak kontrol grubunun yalnızca %10,5'inin hedefledikleri kiloya ulaştıkları görülmüştür. Bu araştırmalar, 32 haftalık bir süreç için gerçekleştirildiğinde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır (John *vd.*, 2011; 2012). Diğer yandan, finansal mikro teşvikler ortadan kaldırıldığında arzu edilen davranışın kalıcı olup olmayacağı devam eden bir sorgulamadır. Bu nedenle, depozitonun karşılıklarının tek seferde yatırılması yerine zamanla artırılarak yatırılması veya teşviklerin programın sonunda birden kesilmesi yerine zamanla gitgide azaltılması önerilmektedir (Galizzi, 2014: 22).

Finansal teşvikler, ödüller ve depozito hesapları gibi katı taahhüt mekanizmalarının yanı sıra, herhangi bir sözleşme ya da ceza içermeyen hafif taahhüt mekanizmaları da başarıyla uygulanmaktadır. Örneğin, Meeker *vd.* (2014) akut üst solunum yolu enfeksiyonlarında akılcı antibiyotik kullanımını teşvik etmeyi amaçladıkları müdahalede “kamuya açık taahhüdün” etkisini araştırmıştır. Bu kapsamda, muayene odalarına 12 hafta boyunca, doktorların akut üst solunum yolu hastalıklarında gereksiz antibiyotik reçetelendirmesi yapmayacaklarına dair imzalı taahhütlerinin bulunduğu posterler asılmıştır. Müdahale sonunda, gereksiz antibiyotik reçetelerinde %19,7 azalma olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, uygun olan alanlarda daha az maliyetli olması bakımından öncelikle hafif taahhüt mekanizmaları önerilmektedir.

Katı ya da hafif, taahhüt mekanizmalarının etkinliği en çok kişilerin davranışlarının farkında olmasına bağlıdır. Davranışsal iktisadın da vurguladığı üzere özellikle tercihlerinde sofistike olan kişiler, gelecekte farklı bir tercihte bulunma olasılıklarının farkında olarak, bugünden kendilerine kısıt koymayı istemektedirler. Dolayısıyla, söz konusu kişilerde herhangi bir dışsal taahhüt altına girmeden kendi kendilerine planlama davranışı da sıklıkla görülebilmektedir. Örneğin, kişiler sağlık hizmeti sunanlardan aldıkları bilgiler doğrultusunda “eğer X ortaya çıkarsa, Y davranışımı gerçekleştireceğim” biçimindeki şartlı planları (*conditional plans*) uygulayarak, (eğer kan şekeri 4 mmol/L'nin altına düşerse, kana hızla karışan 15 gramlık glikoz tableti almalıyım veya kahvaltımı yaptıktan sonra insülin almalıyım gibi) doğru ilaç kullanımından düzenli kontrol yaptırmaya kadar birçok önemli konuda akılcı davranmaktadırlar. Ayrıca, bazı şartlı plan uygulamalarında (test kitlerinin kullanımı gibi) neyin, ne zaman, nerede ve nasıl yapılacağına detaylıca anlatılması da kişilerin kontrollerini kolaylıkla yapmalarını sağlamaktadır (Squires *vd.*, 2013; Neter *vd.*, 2014).

Özetle, şartlı plan uygulamaları kişiler belirli bir davranışı gerçekleştirmeye niyetli olduklarında oldukça etkili olmaktadır.

### 3. DÜRTME NASIL GELİŞTİRİLİR: OBEZİTE ÖRNEĞİ

Davranışsal iktisat müdahalelerinin, diğer bir ifadeyle, dürtmelerin başarısı, onları tasarlayanların davranışı doğru tahmin etmesine bağlıdır. Dolayısıyla, kişilerin “nasıl davranması gerektiğinden” ziyade “gerçekte nasıl davrandıklarını” saptayabilmek ve bu saptamaları psikolojik içgörülerle açıklayabilmek, davranışın arzu edilen yönde değiştirilmesi yolunda atılması gereken ilk ve en önemli adımların başında gelmektedir. Bu doğrultuda, Datta ve Mullainathan (2014) davranışsal iktisat bakış açısıyla politika tasarlamının dört aşamasına dikkat çekmektedir: İlgili problemi tanımlamak, mevcut probleme neden olan davranışsal engelleri tespit etmek, buna göre uygun çözüm geliştirmek ve önerilen çözümü test etmek. Problem tanımlanırken, olası bütün davranışlar dikkate alınmaktadır. Örneğin, problem sağlıksız beslenme ise alt problemler; sağlıklı besinlerin pahalı olması veya sağlıklı besinlere erişimin kısıtlı olması, kişilerin sağlıklı beslenmenin onlar için faydalı olduğunun farkında olmaması, farkındaysalar sağlıklı beslenmeye niyetlerinin olmaması, niyetleri varsa dahi bunu gerçekleştirmek için gerekli iradeyi ortaya koyamamaları olabilir. Çünkü çoğu zaman belirli bir ürün ya da hizmetin yalnızca erişimini kolaylaştırmak davranış değişikliğini garanti etmemekte; ilgili politikanın başarısızlığı da problemi böyle dar bir çerçevede tanımlamaktan kaynaklanabilmektedir. Problem tanımlandıktan sonra ikinci aşamada anketler veya odak grup görüşmeleri yoluyla sahadan toplanan verilerle problem teşhis edilmekte; ilgili probleme neden olan davranışsal engeller ortaya konulmaktadır. Bu aşama “davranışsal haritalama” (*behavioral mapping*) olarak isimlendirilmektedir. Yine sağlıksız beslenme örneğinden açıklanacak olursa, kişiler bunun ne kadar önemli olduğunun farkında olmalarına rağmen konuya eğilmiyorlarsa dikkatsizlik, unutkanlık ya da kısıtlı zamanları davranışsal engeller olarak düşünülebilir. Krummel *vd.* (2002)'nin kalp damar hastalıklarından korunmada kadınların beslenme biçimlerine ilişkin algılarını ve davranışlarını odak grup çalışmasıyla araştırdıkları bir çalışmada, çalışan ve çocuklu kadın bir katılımcının “Her zaman acelesi olan bir insan olarak, 0.99\$'lık hamburgeri almak çok daha kolay; bu benim için zamandan tasarruf etme bakımından çok daha ekonomik” beyanında olduğu gibi, farklı grupların farklı davranışsal engelleri olabilir. Ya da kişiler sağlıklı beslenme niyetinde olsalar dahi, eylemlerini sürekli “yarınlara” öteleyerek zaman-tutarsız tercihler sergilediklerinde önlerindeki davranışsal engel sınırlı otokontrol olabilir. Bu noktada, engellerin tabiatı gereği yapısal olarak mı, yoksa gerçekten davranışsal iktisat çerçevesinde çözümlenebilecek bir biçimde mi ortaya çıktığının, yapılacak araştırmalarla doğru bir biçimde ortaya konulması önem arz etmektedir. Üçüncü aşamada, teşhis edilen probleme uygun müdahale tasarlanmaktadır. Her ne kadar davranışsal iktisadın araç kutusunda her bir probleme uygun doğrudan, kesin ve mutlak çözüm önerileri olmasa

da Datta ve Mullainathan (2014) önerileri, Davranışsal Tasarım İlkeleri (*Behavioral Design Principles*) adı altında sınıflandırmanın mümkün olduğunu belirtmektedir. Birinci ve ikinci ilkeler yaygın olarak görülen otokontrole bağlı problemlerin aşılması, üçüncü ilke statüko yanlılığının yenilmesi, dördüncü ilke finansal mikro teşvikler, beşinci ilke dikkatin sınırlı olması, altıncı ilke tasarlanacak müdahaleyi daha etkin kılmak için tüm davranışsal iktisat bulgularının göz önünde bulundurulması ve yedinci ilke karar alma sürecinin nasıl olduğunun anlaşılması ile ilgilidir. Son aşamada, tasarlanan ilkeler genellikle randomize kontrollü çalışmalarla test edilmektedir. Bu çalışmalarda katılımcılar rastgele iki gruba bölünmekte; müdahale uygulanan grubun davranışları kontrol grubundakilerin davranışları ile karşılaştırılarak, müdahalenin salt etkisi gözlemlenmektedir. Müdahale sonucunda istenilen bulgular elde edilirse çalışma ölçeklendirilerek, daha geniş kitleler için uygulanmaktadır.

İncelenen davranışsal iktisat bakış açısıyla politika geliştirme sürecini, birçok ülkede önde gelen sağlık sorunlarından biri olan obeziteyle mücadele üzerinden örneklendirmek mümkündür. Obezite ile mücadelede hem mevcut obezite hastalarını iyileştirmek hem de kişileri obeziteden korumak önem arz etmektedir. Bu durumda da gerçekleştirilmesi planlanan obezite müdahalelerini hedef kitleye göre ayrı ayrı tasarlamak ve müdahalenin (beslenme, diyet veya egzersiz gibi) hangi davranışa odaklanacağını iyi seçmek gerekmektedir.

**Tablo 3. Obezite ile İlgili Müdahale Tasarımı ve Olası Öneriler (Luoto, Carman, 2014)**

Hedef Kitle	Hedeflenen Davranış	Uygulama Araçları
Obez veya aşırı kilolular	Artan fiziksel egzersiz (ara davranış)	Sağlık klinikleri
Herkes	Sağlıklı beslenme (ara davranış)	Restoranlar
Çocuklar	Kilo kaybı (nihai sonuç)	Marketler
		Spor salonları, parklar, rekreasyon alanları
		Okul ve işyeri kafeteryaları
		Besin destek programları

Öncelikle Tablo 3'teki gibi olası davranışlar, uygulama araçları ve hedef kitle seçilerek problemin kapsamı tanımlanmaktadır. Söz konusu obezite olduğunda birçok farklı davranışsal içgörü davranışın açıklayıcı olabilir (Luoto, Carman, 2014: 59-61):

*“Davranışsal engel: Aşırı yemeye neden olan çıpalama etkisi*

*Olası Çözüm: Hazır yemek sektöründe standardize edilmiş porsiyon büyüklükleri”*

Çıpalama etkisi nedeniyle, yemeğin servis edildiği kap boyutunun ne kadar yiyecek tüketileceğini etkileyebilmekte; daha küçük porsiyonların daha az yemeyi sağladığı bilinmektedir.

*“Davranışsal engel: Göze çarpma etkisi, statüko yanlılığı ve karar verme yorgunluğu*

*Olası Çözüm: Dürtülere oynayan pazarlama tekniklerine kısıtlama getirme”*

Birçok ülkede tuzlu atıştırmalıklar, şekerler veya unlu mamuller bir pazarlama taktiği olarak daha gözle görülür ve dikkat çeken yerlere konumlandırılmaktadır. Öyle ki, ABD’de eczane, benzin istasyonu, kitapçı ve hırdavatçılar gibi doğrudan gıda işletmesi olmayan yerlerin çoğunda bile bahsedilen yiyecekler kasa yakınına yerleştirilmiş durumdadır. Obezite araştırmalarına göre bu durum kişilerin sağlıksız yiyeceklerle karşı koymasının önüne geçerek daha çok gıda tüketmelerine neden olmaktadır. Bu doğrultuda sağlıksız yiyeceklerin gıda işletmeleri dışında satışına kısıt getirilmesi ve göz önündeki yerlere yalnızca sağlıklı yiyeceklerin konulmasına izin verilmesi gibi çözüm önerileri kullanılmaktadır.

*“Davranışsal engel: Sağlıksız tercihlere neden olan sınırlı dikkat*

*Olası Çözüm: Karşı reklam”*

Kamu spotu gibi araçlarla yapılacak karşı reklamlarda (kişilerin sağlıklı besinleri tercih etmezlerse neleri riske attıkları vurgulanarak) çerçeveleme etkisi ve kayıptan kaçınmadan yararlanılarak, sağlıksız besinlerin kötü etkilerine dikkat çekmek mümkündür. Ayrıca, yine bir karşı reklam örneği olarak; sağlıksız besinlerin üzerine belirli hastalıklara yol açtığına dair uyarı etiketlerinin konulması da kişilerin bu konudaki dikkat eksikliğini azaltabilmektedir.

*“Davranışsal engel: İşyerinde obeziteye neden olan ortam*

*Olası Çözüm: İşyeri müdahaleleri”*

İşyerlerinde zorunlu egzersiz veya yürüme molaları vermek, çalışanların bilgisayarlarına egzersiz yapmaları için basit hatırlatıcılar koymak veya atıştırmalıklara erişimi kısıtlamak için yiyecek/içecek satış makinelerini her kata koymamak gibi

önlemler çalışanlara daha az cezbedici bir ortam sağlayarak, daha sağlıklı kararlar almalarına yardımcı olabilmektedir. (Luoto, Carman, 2014: 59-61).

## SONUÇ

Son yıllarda sunduğu düşük maliyetli ve etkili politika önerileriyle politika yapıcılarının gündeminde olan davranışsal iktisat, başta psikoloji olmak üzere diğer sosyal disiplinlerle işbirliği içinde hareket ederek kişilerin karar verme mekanizmalarını detaylı bir biçimde ortaya koymaktadır. Bunu ilk olarak, insanın tercih ve davranışlarının bilişsel ve sosyal kısıtlara tabi olduğu argümanından hareketle, neoklasik iktisadın *homo economicus* varsayımını reddederek yapmaktadır. Bunun yerine sınırlı rasyonelite, sınırlı otokontrol ve sınırlı bencillik ile hareket eden insanı betimlemektedir. Homo economicus'un yapmayacağı *hataları* yapan bu insanın davranışının ardındaki süreçleri teşhis ederek de duruma uygun *dürtmeler* tasarlanmaktadır.

Dürtmeler, sezgisel, duygusal ve dolayısıyla otomatik davranışları da hedef alacak biçimde tasarlanmaları bakımından, yalnızca analitik, itinalı ve dolayısıyla rasyonel bilişsel süreç ile düşünen bireye hitap eden önerilerde bulunan, yerleşik politikardan farklılaşmaktadır. Çünkü davranışsal iktisada göre insan davranışının çoğu otomatik olarak gerçekleşmekte ve insanların çoğu böylece otomatik olarak gerçekleştirdikleri hataların farkında olmamaktadır. Bu durum, birçok iktisadi davranışta olduğu gibi sağlıkla ilgili davranışlarda da gözlemlenmektedir. Şöyle ki, kişiler sıklıkla sağlıksız beslenmekte, doktora gitmeyi ertelemekte veya sağlıkla ilgili prosedürleri takip etmemektedirler. Dolayısıyla sağlık gibi önemli bir konuda kendileri için en iyi kararı al(a)mamaktadırlar. Bu doğrultuda davranışsal iktisat bakış açısıyla sağlık politikaları, kişilerin daha iyi karar almalarına yardımcı olacak ancak tercihlerini kısıtlamayacak bir biçimde tasarlanmaktadır.

Sağlıkla ilgili arzu edilen davranış değişikliğini sağlamak amacıyla tasarlanan dürtmelerin daha çok ikna edici eğitsel müdahaleler, ortamı yeniden yapılandıran müdahaleler ve taahhüt mekanizmaları temelinde şekillendiği görülmektedir. İkna edici eğitsel müdahalelerde, bilgi sunmanın farkındalık yaratmakta etkili olduğu ancak bunun her zaman davranışa yansımadağı argümanından hareket edilerek, çerçeveleme etkisi, sosyal normlar ve bilgi tasarımı ile ilgili içgörülerden yararlanılmaktadır. Bu kapsamda kişilerin, sağlıkla ilgili davranışlarının sonucu elde edecekleri kazanımlar ya da katlanacakları riskler vurgulanmakta, yakın çevrelerindeki konuya ilişkin inanç ve davranışlarına dair bilgilendirme yapılarak sosyal karşılaştırma yapımları sağlanmakta ve kişilere bilgi sunumu doğrudan, yalın ve anlaşılır olacak bir biçimde yapılmaktadır. Ortamı yeniden yapılandıran müdahaleler, otomatik davranışın sıklıkla görüldüğü durumlarda yapılması gerekenleri hatırlatmak ve kişilerin niyetleri ile uyumlu tercih ve davranışlarda bulunmalarını sağlamak hedefiyle tasarlanmaktadır. Anımsatıcılar ve



fiziki çevrenin yeniden düzenlenmesi gibi basit ve düşük maliyetli müdahalelerle, kişiler daha sağlıklı davranışları yönünde telkin edilmektedir. Ötanimlı seçeneklerle de kişilerin organ bağışında bulunma veya düzenli kontrol ve aşılarını yaptırma gibi eylemleri ertelememeleri sağlanarak niyet-eylem açığı azaltılmaktadır. Taahhüt mekanizmaları ise otokontrol problemi gibi nedenlerle hedeflerine ulaşmakta zorluk çeken ancak bunun farkında olan kişilerin, gelecekteki hallerine kısıt koymayı istedikleri bulgusundan hareketle tasarlanmaktadır. Özellikle kilo verme veya sigarayı bırakma gibi irade gücü gerektiren davranışlarda etkili olan bu mekanizmalar, belirli bir planlama dahilinde mali ya da psikolojik ödül ve ceza mekanizmalarını kullanmaktadır.

Davranışsal iktisat bakış açısıyla tasarlanan sağlıkla ilgili müdahalelerin nasıl etkili olduğunun gözden geçirildiği bu çalışmada, politika tasarım süreci obezite örneği üzerinden aktarılmıştır. Söz konusu politika tasarım sürecinden de anlaşılacağı üzere politikanın başarısı, sağlık hizmeti talep ve arz edenlerin karar mekanizmalarının anlaşılmasına; hedef kitlenin davranış örüntülerinin saptanmasına ve buna uygun müdahalelerde bulunulmasına bağlıdır. Kuşkusuz, davranışsal iktisadın dürtmeleri sağlık alanındaki tüm sorunları çözecek güçte değildir ancak sorunun yapısal değil davranışa özgü olduğu durumlar için ümit vadettiği açıktır.

## NOTLAR

<sup>1</sup> Davranışsal iktisadın, disiplin haline geliş süreci incelendiğinde, yöntem ve retorik yönünden farklı aşamalardan geçtiği görülmektedir. Erken ve modern davranışsal iktisat olarak sınıflandırılabilir bu iki disiplin arasındaki temel fark, modern davranışsal iktisadın erken davranışsal iktisadın aksine analizlerinde neoklasik iktisadın yapı taşları olan optimizasyon, denge ve etkinlik kavramsallaştırmalarını -tamamen reddetmeden, kısmen değiştirerek- kullanmasıdır. Bu nedenle “davranışsal iktisat” ifadesinin modern davranışsal iktisadın işaret ettiği vurgulanması ihtiyacı doğmaktadır. Davranışsal iktisadın geçirdiği dönüşümler Sent (2004), Tomer (2007), Kao, Veluppillai (2015)’nin çalışmalarından incelenebilir.

<sup>2</sup> Burada kullanılan orijinal örnek EAT (yemek) kelimesine maruz kalındığında S-P ifadesinin SOUP (çorba), WASH kelimesine maruz kalındığında ise SOAP (sabun) biçiminde doldurulacağı biçimindedir.

<sup>3</sup> Taahhüt mekanizmaları kişilerin bilinçli tercihlerine dönük müdahaleler olmaları bakımından, daha çok otomatik davranışlara odaklanan diğer dürtmelerden farklıdır.

<sup>4</sup> Finansal mikro teşviklerin, teşvikle ilgili diğer iktisadi politikalarla farkı davranışın gerçekleşmesi şartına bağlı olmasıdır. Örneğin, devlet destekleri ve vergiler aracılığı ile de davranış değişikliği hedeflenmesine rağmen, söz konusu politikalar kişilerin eylemlerinden bağımsız bir biçimde piyasa fiyatlarını etkilemekte; özelde davranış değişikliğini garantilememektedir. Diğer yandan, finansal mikro teşvikler piyasa fiyatlarına değil, doğrudan kişilerin davranışlarına müdahale etmektedir (Galizzi, 2014: 18).

## KAYNAKÇA

- Adonis, L., J. Paramanund, D. Basu, J. Luiz (2017), “Framing Preventive Care Messaging and Cervical Cancer Screening in a Health-Insured Population in South Africa: Implications for Population-Based Communication?”, *Journal of Health Psychology*, 22(11), 1365-1375.
- Andreoni J., J.H. Miller (2002), “Giving According to GARP: An Experimental Test of the Consistency of Preferences for Altruism”, *Econometrica*, 70, 737–753.
- Bryan, G., D. Karlan, S. Nelson (2010), “Commitment Devices”, *Annual Review of Economics*, 2(1), 671-698.
- Cawley, J.H. (2011), *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity*. New York, United States: Oxford University Press.
- Chapman, G.B., M. Li, H. Colby, H. Yoon (2010), “Opting In vs Opting Out of Influenza Vaccination”, *Jama*, 304(1), 43-44.
- Christakis, N.A., J.H. Fowler (2007), “The Spread of Obesity in a Large Social Network Over 32 Years”, *New England Journal of Medicine*, 357(4), 370-379.
- Cialdini, R.B., L.J. Demaine, B.J. Sagarin, D.W. Barrett, K. Rhoads, P.L. Winter (2006), “Managing Social Norms for Persuasive Impact”, *Social influence*, 1(1), 3-15.
- Cislaghi, B., L. Heise (2019), “Using Social Norms Theory for Health Promotion in Low-Income Countries”, *Health Promotion International*, 34, 616-623.
- Consedine, N.S., D. Horton, C. Magai, R. Kukafka (2007), “Breast Screening in Response to Gain, Loss, and Empowerment Framed Messages Among Diverse, Low-Income Women”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(3), 550-566.
- Datta, S., S. Mullainathan (2014), “Behavioral Design: A New Approach to Development Policy”, *Review of Income and Wealth*, 60(1), 7-35.
- DellaVigna, S. (2009), “Psychology and Economics: Evidence From the Field”, *Journal of Economic Literature*, 47(2), 315-372.
- Dhami, S. (2016), *The Foundations of Behavioral Economic Analysis*, New York: Oxford University Press.
- Dolan, P., M. Hallsworth, D. Halpern, D. King, I. Vlaev (2010), *MINDSPACE: Influencing Behaviour for Public Policy*, Institute for Government Report for the Cabinet Office, UK.
- Downs, J.S., G. Loewenstein, J. Wisdom (2009), “Strategies for Promoting Healthier Food choices”, *American Economic Review*, 99(2), 159-164.
- Elster, J. (2007), *Explaining Social Behavior: More Nuts and Bolts for the Social Sciences*, Cambridge University Press: Cambridge.
- Fehr, E., K.M. Schmidt (1999), A Theory of Fairness, Competition and Cooperation. *Quarterly Journal of Economics*, 114(3), 817–868.
- Fogarty, A.W., N. Sturrock, K. Premji, P. Prinsloo (2013), “Hospital Clinicians’ Responsiveness to Assay Cost Feedback: A Prospective Blinded Controlled Intervention Study”, *JAMA Internal Medicine*, 173(17), 1654-1655.

- Forsythe, R., J.L. Horowitz, J.L., N.E. Savin, M. Sefton (1994), "Fairness in Simple Bargaining Experiments", *Games and Economic Behavior*, 6(3), 347-69.
- 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.
- Giles, E.L., S. Robalino, E. McColl, F.F. Sniechotta, J. Adams (2014), "The Effectiveness of Financial Incentives for Health Behaviour Change: Systematic Review and Meta-Analysis", *PloS One*, 9(3), 1-16.
- Grant, A.M., D.A. Hofmann (2011), "It's Not All About Me: Motivating Hand Hygiene Among Health Care Professionals by Focusing on Patients", *Psychological Science*, 22(12), 1494-1499.
- Güth W., R. Schmittberger, B. Schwarze (1982), "An Experimental Analysis of Ultimatum Bargaining", *Journal of Economic Behavior and Organization*, 3(4), 367-388.
- Hallsworth, M., D. Berry, M. Sanders, A. Sallis, D. King, I. Vlaev, A. Darzi (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., P.A. Ubel, D.A. Asch (2007), "Harnessing the Power of Default Options to Improve Health Care", *The New England Journal of Medicine*, 357, 1340-44.
- Hanks A.S., D.R. Just, L.E. Smith, B. Wansink (2012), "Healthy Convenience: Nudging Students Toward Healthier Choices in the Lunchroom", *Journal of Public Health*, 34(3), 370-376.
- Hanks, A.S., D.R. Just, B. Wansink (2013), "Smarter lunchrooms can address new school lunchroom guidelines and childhood obesity", *The Journal of Pediatrics*, 162(4), 867-869.
- John L., G. Loewenstein, A. Troxel, L. Norton, J. Fassbender, K. Volpp (2011), "Financial Incentives for Extended Weight Loss: a Randomized, Controlled Trial", *Journal of General Internal Medicine*, 621-626.
- John L., G. Loewenstein, K.G. Volpp (2012), "Empirical Observations on Longer-Term Use of Incentives for Weight Loss", *Preventive Medicine*, 55(1), 68-74.
- Johnson, E.J., D.G. Goldstein (2003), "Do Defaults Save Lives?", *Science*, 302, 1338-1339.
- Kahneman, D. (2011), *Thinking Fast and Slow*, Farrar, Strauss, Giroux: New York.
- Kahneman, D., A. Tversky (1972), "Subjective Probability: A Judgment of Representativeness", *Cognitive Psychology*, 3, 430-454.
- Kahneman, D., A. Tversky (1979), "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk", *Econometrica*, 47(2), 263-291.
- Kao, Y.F., K.V. Velupillai (2015), "Behavioral Economics: Classical and Modern", *The European Journal of the History of Economic Thought*, 22(2), 236-271.
- Khwaja, A., D. Silverman, F. Sloan, Y. Wang (2009), "Are Mature Smokers Misinformed?", *Journal of Health Economics*, 28(2), 385-397.

- Kjær, T., B. Højgaard, D. Gyrd-Hansen (2019), “Physical Exercise Versus Shorter Life Expectancy? An Investigation into Preferences for Physical Activity Using a Stated Preference Approach”, *Health Policy*, 123(8), 790-796.
- Krummel, D.A., D. Humphries, I. Tessaro (2002), “Focus Groups on Cardiovascular Health in Rural Women: Implications for Practice”, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(1), 38-46.
- Levin, I.P., S.L. Schneider, G.J. Gaeth (1998), “All Frames are not Created Equal: A Typology and Critical Analysis of Framing Effects”, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 76(2), 149-188.
- Loewenstein, G. (1996), “Out of Control: Visceral Influences on Behavior”, *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 65, 272-292.
- Luoto, J., K.G. Carman (2014), *Behavioral economics guidelines with applications for health interventions*, Inter-American Development Bank. Technical Note: No. IDB-TN-665.
- Meeker, D., T.K. Knight, M.W. Friedberg, J.A. Linder, N.J. Goldstein, C.R. Fox, A. Rothfield, G. Diaz, J.N. Doctor (2014), “Nudging guideline-concordant antibiotic prescribing: a randomized clinical trial”, *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 425-431.
- Michie, S., K. Lester (2005), “Words Matter: Increasing the Implementation of Clinical Guidelines”, *Quality and Safety in Health Care*, 14(5), 367-370.
- Michie, S., M.M. Van Stralen, R. West (2011), “The Behaviour Change Wheel: a New Method for Characterising and Designing Behaviour Change Interventions”, *Implementation Science*, 6(1), 42.
- Mullainathan, S., R.H. Thaler (2001), "Behavioral Economics", Smelser N., P. Bates (Ed.), *International Encyclopedia of Social*, Pergamon Press, 1094-1100.
- Neighbors, C., M.A. Lewis, R.L. Bergstrom, M.E. Larimer (2006), “Being Controlled by Normative Influences: Self-Determination as a Moderator of a Normative Feedback Alcohol Intervention”, *Health Psychology*, 25(5), 571-579.
- Neter, E., N. Stein, O. Barnett-Griness, G. Rennert, L. Hagoel (2014), “From the Bench to Public Health: Population-Level Implementation Intentions in Colorectal Cancer Screening”, *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3), 273-280.
- NHS (2018), Breast Screening. Helping You Decide Leaflet. Erişim adresi: <https://www.uhs.nhs.uk/Media/SUHTInternet/Services/BreastImagingUnit/NHS-Breast-Screening---helping-you-decide.pdf>, E.T.: 19.11.2019
- Nyhus, E.K., P. Webley (2006), “Discounting, Self-control, and Saving”, M. Altman (Ed.), *Handbook of Contemporary Behavioral Economics: Foundations and Developments*, M.E. Sharpe: New York, 297-325.
- O’Keefe, D.J., J.D. Jensen (2009), “The Relative Persuasiveness of Gain-Framed and Loss-Framed Messages for Encouraging Disease Detection Behaviors: A Meta-Analytic Review”, *Journal of Communication*, 59(2), 296-316.
- O’Donoghue, T., M. Rabin (2001), “Choice and Procrastination”, *Quarterly Journal of Economics*, 116(1), 121-160.

- Özcan, S., A. Bozhüyük (2016), “Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları”, *Çukurova Medical Journal*, 41(4), 664-674.
- Perry, C., K. Chhatralia, D. Damesick, S. Hobden, L. Volpe (2015), “Behavioural Insights in Health Care: Nudging to Reduce Inefficiency and Waste”, London: The Health Foundation.
- Prince, M.A., K.B. Carey (2010), “The Malleability of Injunctive Norms Among College Students”, *Addictive Behaviors*, 35, 940-7.
- Rabin, M. (2002), “A Perspective on Psychology and Economics”, *European Economic Review*, 46(4-5): 657-85.
- Roth, A.E. (1995), “Introduction to Experimental Economics”, Kagel, J.H., A.E. Roth (Ed.), *The Handbook of Experimental Economics*, Princeton University Press: Princeton, NJ, 3-110.
- Rothman, A.J., P. Salovey (1997), “Shaping Perceptions to Motivate Healthy Behavior: the Role of Message Framing”, *Psychological Bulletin*, 121(1), 3.
- Rothman, A.J., S.C. Martino, B.T. Bedell, J.B. Detweiler, P. Salovey (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.
- Samuelson, W., R. Zeckhauser (1988), “Status Quo Bias in Decision Making”, *Journal of Risk and Uncertainty*, 1(1), 7-59.
- Sent, E.M. (2004), “Behavioral Economics: How Psychology Made Its (Limited) Way Back Into Economics”, *History of Political Economy*, 36(4), 735-760.
- Service, O., M. Hallsworth, D. Halpern, F. Algate, R. Gallagher, S. Nguyen, S. Ruda, M. Sanders (2014), “EAST: Four Simple Ways to Apply Behavioural Insights”, *The Behavioural Insights Team Publications, Cabinet Office*.
- Simon, H.A. (1955), “A Behavioral Model of Rational Choice”, *Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.
- Simon, H.A. (1956), “Rational Choice and the Structure of the Environment”, *Psychological Review*, 63(2), 129-138.
- Simon, H.A. (1987), “Bounded Rationality”, *The New Palgrave Dictionary of Economics*, Eatwell, J., M. Milgate, P. Newman (Ed.), Palgrave Macmillan: UK., 472-474.
- Sims, H., H. Sanghara, D. Hayes, S. Wandiembe, M. Finch, H. Jakobsen, E. Tsakanikos, C.I. Okocha, E. Kravariti (2012), “Text Message Reminders of Appointments: a Pilot Intervention at Four Community Mental Health Clinics in London”, *Psychiatric Services*, 63(2), 161-168.
- Squires, J., J. Pesseau, J. Francis, C.M. Bond, C. Fraser, A. Patey, T. Porteous, B. Vachon, M. Tonelli, C.H. Yu, J. Grimshaw (2013), “Self- Formulated Conditional Plans for Changing Health Behaviour Among Healthcare Consumers and Health Professionals”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), 1-17.
- Stanovich, K.E., R.F. West (2000), “Individual Differences in Reasoning: Implications for the Rationality Debate?”, *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), 645-665.

- Stock, C., L. Vallerntin-Holbech, B.M. Rasmussen (2016), “The GOOD Life: Study Protocol for a Social Norms Intervention to Reduce Alcohol and Other Drug Use Among Danish Adolescents”, *BMC Public Health*, 16(1), 704-712.
- Streich, P., J.S. Levy (2007), “Time Horizons, Discounting, and Intertemporal Choice”, *Journal of Conflict Resolution*, 51(2), 199–226.
- Strotz, R.H. (1956), “Myopia and Inconsistency in Dynamic Utility Maximization”, *Review of Economic Studies*, 23(3), 165-180.
- Sunstein, C.R. (2017), “Default Rules are Better Than Active Choosing (Often)”, *Trends in Cognitive Sciences*, 21(8), 600-606.
- Tankard, M.E., E.L. Paluck (2016), “Norm Perception as a Vehicle for Social Change”, *Social Issues and Policy Review*, 10(1), 181-211.
- Thaler, R.H. (1981), “Some Empirical Evidence on Dynamic Inconsistency”, *Economics Letters*, 8(3), 201-207.
- Thaler, R.H., H.M. Shefrin (1981), “An Economic Theory of Self-Control”, *Journal of Political Economy*, 89(2), 392-406.
- Thaler, R.H., C.R. Sunstein (2008), *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press: USA.
- Thorndike, A.N., J. Riis, L.M. Sonnenberg, D.E. Levy (2014), “Traffic-Light Labels and Choice Architecture: Promoting Healthy Food Choices”, *American Journal of Preventive Medicine*, 46(2), 143-149.
- Tomer, J.F. (2007), “What is Behavioral Economics?” *Journal of Socio-Economics*, 36(3), 463-479.
- Tuğut, N., M. Bekar (2008), “Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 17-26.
- Tversky, A., D. Kahneman (1974), “Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases”, *Science*, 185(4157), 1124-1131.
- Volpp, K.G., L.K. John, A.B. Troxel, L. Norton, J. Fassbender, G. Loewenstein (2008), “Financial Incentive–Based Approaches for Weight Loss: A Randomized Trial”, *Jama*, 300(22), 2631-2637.
- Wansink, B. (2004), “Environmental Factors that Increase the Food Intake and Consumption Volume of Unknowing Consumers”, *Annual Review of Nutrition*, 24, 455–479.
- Wansink B., P. Chandon (2006), “Can “Low-Fat” Nutritional Labels Lead to Obesity?”, *Journal of Marketing Research*, 43(4), 605-617.
- Wansink, B., J.E. Painter, J. North (2005), “Bottomless Bowls: Why Visual Cues of Portion Size May Influence Intake”, *Obesity Research*, 13(1), 93-100.
- Wansink, B., L. Pope (2014), “When Do Gain-Framed Health Messages Work Better Than Fear Appeals?”, *Nutrition Reviews*, 73(1), 4-11.
- Young, H.P. (2015), “The Evolution of Social Norms”, *Annual Review of Economics*, 7(1), 359-387.