

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

İKTİSAT ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DEKİ AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARININ
TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE İNCELENMESİ**

TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

MEHMET SAİT ULUĞ

Ankara, 2022

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

İKTİSAT ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DEKİ AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARININ
TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE İNCELENMESİ**

TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ

MEHMET SAİT ULUĞ

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ UMUT ÖNEŞ

Ankara, 2022

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İKTİSAT ANABİLİM DALI

**TÜRKİYE’DEKİ AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARININ
TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞRETİM ÜYESİ UMUT ÖNEŞ

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Adı ve Soyadı

İmzası

1- Dr. Öğretim Üyesi Umut ÖNEŞ

2- Doç. Dr. Ferda DÖNMEZ ATBAŞI

3- Dr. Öğretim Üyesi Abdüsselam SAĞIN

22 Haziran 2022

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Dr. Öğretim Üyesi Umut Öneş danışmanlığında hazırladığım “Türkiye’deki Aktüel Sağlık Politikalarının Tercih Mimarisi Ekseninde İncelenmesi (Ankara-2022)” adlı yüksek lisans tezimdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul edeceğimi beyan ederim.

Mehmet Sait ULUĞ
22 Haziran 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR	xii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	6
1. DÜRTME, KARAR SÜRECİ VE TERCİH MİMARİSİ	6
1.1. Özgürlükçü Paternalizm	12
1.2. Düşünceyi Yönlendiren İkili İşleme Kuramı	15
1.3. Tercih Mimarisi	16
1.3.1. Varsayılan Seçenek	18
1.3.2. Hata Payının Hesaplanması.....	20
1.3.3. Geribildirim	22
1.3.4. Eşleştirmeyi Anlama	23
1.3.5. Karmaşık Seçimleri Yapılandırma	24
1.3.6. Teşvikler	25
1.4. Dürtme ve Tercih Mimarisi Konusuna İlişkin Değerlendirme	26
İKİNCİ BÖLÜM	28
2. TÜRKİYE’DE AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARI	28
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	29
2.2. T.C. Sağlık Bakanlığı	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	32
3. TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARI	32
3.1. MHRS.....	34

3.1.1.	2017 Yılı MHRS Hizmet Raporu.....	36
3.1.1.1.	Raporda Kullanılan Hesaplamalar	36
3.1.1.2.	2017 Yılı MHRS’de Türkiye Genel Durum.....	38
3.1.2.	MHRS Randevuları ve Tercih Mimarisi	48
3.2.	COVID-19	53
3.2.1.	Ülkemizde Covid-19 Süreci	53
3.2.2.	Covid-19 Sürecinde Bakanlık	55
3.2.3.	Covid-19 Aşısı.....	60
3.2.3.1.	İnaktif Aşılar	61
3.2.3.1.1.	Adenovirüs (Viral Vektör) Aşıları.....	61
3.2.3.1.2.	Mesajcı RNA (mRNA) Aşıları	62
3.2.3.2.	Ülkemizde Uygulanan Aşılar	62
3.2.3.2.1.	Sinovac Aşısı	62
3.2.3.2.2.	BioNTech/Pfizer Aşısı.....	63
3.2.3.2.3.	TurkoVac Aşısı.....	64
3.2.4.	Covid-19 Aşısının Tanıtımı.....	64
3.2.5.	Tercih Mimarisi ve Covid-19 Aşısı.....	68
3.3.	KAMU HASTANELERİNDEN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINA HASTA YÖNLENDİRME	71
3.3.1.	Hasta Yönlendirmeye İlişkin Mevzuat ve İdari Yaptırım	72
3.3.1.1.	İdari Yaptırım Örnekleri.....	74
3.3.1.1.1.	Örnek Olay 1	75
3.3.1.1.2.	Örnek Olay 2	77
3.3.1.1.3.	Örnek Olay 3	78
3.3.1.2.	Kamuda Çalışan Hekimlerin Anonim Şirket Ortaklığı	79

3.3.1.3. Kamuda Çalışan Hekimler İçin İşyeri Hekimliği.....	79
3.3.1.4. E-Nabız Sistemi.....	80
3.3.2. Hasta Yönlendirme Konusuna İlişkin Değerlendirme	81
SONUÇ	85
KAYNAKÇA	90
ÖZET.....	105
ABSTRACT	106



TEŞEKKÜR

Davranışsal iktisat bilimi ile tanışmamı sağlayan ve tezin yazılablmesinin baş mimarı olan tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Umut Öneş'e, jüride yer alan hocalarım Doç. Dr. Ferda Dönmez Atbaşı ve Dr. Öğretim Üyesi Abdüsselam Sağın'a, teze çeşitli şekillerde katkı sunan Murat Çılğın, Yakup Aykaç, Mustafa Kemal Sancar, Ömer Faruk Güleç, Aslı Ece Oğuzhan, Hanife Gezer, Derya Güngörmez, Hüseyin Erkin Sülekli ve Gamze Karaköse'ye,

Zamanlarından çaldığım en kıymetlilerim; eşim Havva, oğlum Mustafa ve kızım Elif'e, Sürece katkı sunmuş olan bütün hocalarıma ve dostlarıma teşekkür ederim.

M. Sait Uluğ
Ankara, 2022

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. MINDSCAPE Açıklama Tablosu	12
Tablo 2. İkili Kavrama Sistemi	15
Tablo 3. Stroop Deneyi Örneği	17
Tablo 4. 29.07.2021 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığının Personel Sayısı	30
Tablo 5. Alt Plan Hedefleri ve Stratejik Plan İlişkisi	31
Tablo 6. Stratejik Planda MHRS	37
Tablo 7. 2013-2017 Yılları İstatistikleri	38
Tablo 8. MHRS 2017 Yılı Genel İstatistikleri	39
Tablo 9. 2017 Genel Durum	39
Tablo 10. Pfizer-BioNTech İçeriği	63

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. MHRS Ana Sayfası	48
Şekil 2. MHRS Vatandaş Girişi.....	49
Şekil 3. En Yakın Hastane.....	50
Şekil 4. Hastane Randevusu Alma	51
Şekil 5. Randevu Ara.....	51
Şekil 6. Ortopedi Branşı Hekim Seçimi	52
Şekil 7. Maske ve Mesafe.....	56
Şekil 8. Ellerimizi Nasıl Yıkamalıyız?	57
Şekil 9. Berber ve Kuaförlerde Kullanılan Afiş	58
Şekil 10. HES Kodu Nedir?.....	59
Şekil 11. Kolları Sıvıyoruz Konulu Kamu Spotu (Sertab Erener-Demet Akbağ).....	65
Şekil 12. İlk Koronavirüs Aşısının Uygulanması.....	66
Şekil 13. Köylü kadına eşeğinin üstüneyken aşısı vuruldu	67
Şekil 14. Covid-19 Aşı Randevusu Alma.....	69
Şekil 15. Aile Hekimi ya da Hastanede Aşı Seçeneği.....	69
Şekil 16. Aile Hekiminde Aşı Olma Seçenekleri	70
Şekil 17. E-Nabız Akıllı Asistan	84

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
AKO	Açılan Kapasite Oranı
BIT	Behavioural Insights Team
CB	Cumhurbaşkanlığı
CDAS	Centralized Doctor Appointment System
DMK	Devlet Memurları Kanunu
DST	Dünya Sağlık Teşkilatı
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EUL	Acil Kullanım Listesi
GPS	Global Positioning System
İŞKUR	Türkiye İş Kurumu
KBB	Kulak, Burun ve Boğaz
KHGM	Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
Op. Dr.	Operatör Doktor
RDO	Randevu Doluluk Oranı
RMO	Randevu Muayene Oranı
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SİNA	Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler
TEB	Türk Eczacılar Birliği
TEPAV	Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TTB	Türk Tabipleri Birliği
Uzm. Dr.	Uzman Doktor
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Dürtme, seçeneklerden herhangi birini yasaklamadan ve iktisadi özendirme yapılarını ciddi şekilde değiştirmeden kişilerin davranışlarına gözle görülür biçimde yön veren bilinçaltını etkilemeye dayalı ufak müdahalelerdir. Kişi, yapılan yönlendirmeye rağmen istediğini tercih etme özgürlüğüne sahiptir (Sunstein ve Thaler, 2008). Dürtme ve tercih mimarisi, birbirini tamamlayan iki kavramdır. İnsan davranışlarını tahmin edilebilecek minvalde, opsiyonları yasaklamadan ve insanların karşı karşıya oldukları ekonomik teşvikleri fazla değiştirmeden yönlendirme gücü tercih mimarisi iken tercih mimarlarının amaçlarına ulaşmak için kullandıkları enstrümanların her biri dürtme olarak nitelendirilebilir. Kişi, kurum ya da kuruluşlar, insanlarca verilecek kararları herhangi bir tahakküm aracı kullanmadan, kanuni alternatifsizlik oluşturmada, kişilerin bilinçaltına tesir ederek kişiyi etkileyebiliyorsa bu kişi/kurum/kuruluş tercih mimarı olarak nitelendirilir. Hastaya seçilecek tedavinin yöntemini ve kullanılacak ilaçları tavsiye eden hekim tercih mimarı olduğu gibi kişilerin hangi şartlarda sağlık hizmeti alacağını kanunla belirlenmesinden ayrı olarak vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanırken daha fazla fayda sağlamaları için çeşitli yönlendirmelerle yol gösteren ülkemiz Sağlık Bakanlığı da tercih mimarıdır.

Tercih mimarisi, dürtme ve özgürlükçü paternalizm konularına değinilen çeşitli ulusal çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların çoğunun son yıllarda yapılmış olması davranışsal iktisat bilimi ve tercih mimarisi kavramının henüz yeni sayılabilecek çalışma alanları arasında olması ile ilgilidir. “Yakın Toplumsal İlişkilerin Özendirici Aşı Politika Aracı Olarak Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi” konulu çalışmada; risk gruplarının çeşitli olduğu ve aşı teşvikine ilişkin politikalarda risk algısının dikkate alınmasına, risk gruplarının risk algısının arttırılmasının aşya ilişkin politikada araç niteliğinde kullanılmasına, risk gruplarında

aşılmanın bireysel faydasının vurgulanmasına ihtiyaç duyulduğu ele alınmıştır (İşler, 2018). “Davranışsal Ekonominin Tüketici Karar Verme Davranışı Üzerine Etkileri: Dürtme Teorisi Uygulaması” isimli tezde, dürtmenin tüketicilerin satın almaya ilişkin yönelimlerine etkisi ölçülmüş ve tüketici kararlarının dürtmeden etkilenmesinin nedenleri gerekçeli eylem teorisi kullanılarak araştırılmıştır (Korkut, 2019). “Plastik Poşet Ücretinin Tüketici Davranışlarına Etkisinin Davranışsal İktisat Bağlamında Değerlendirilmesi” başlıklı tez çalışmasında, alışveriş poşetlerinin tüketiciye ücret mukabilinde verilmesi şeklinde uygulanan dürtme eyleminin başarıya ulaştığı sonucuna varılmıştır (Şentürk, 2020). Dürtme temalı çalışmaların analiz edildiği bir tez çalışmasında; dürtmenin, pazarlama alanında ne zamandan bu yana ele alındığı ve bunların pazarlama bilimi ile ilişkisine bakılmıştır (Eryaşar, 2020).

2021 yılı ve içinde bulunduğumuz yılda da işlediğimiz konulara ilişkin akademik çalışmalar yayınlanmıştır. “Dürtme Teorisi Kapsamında Sosyal Normların Bireysel Tasarruflara Etkisi Üzerine Nitel Bir Uygulama” isimli yüksek lisans tezinde; sosyal norm dürtüsünün kişilerin tasarruf yapma eğilimini önemli derecede etkilediği konusunda çalışma yapılmıştır (Çetin, 2021). Kamu politikalarında kullanılan dürtmelere ilişkin ülkemiz ve İngiltere’nin analiz edildiği tez çalışmasında; “davranışsal kamu politikasına ilişkin uygulamalar, bu politikanın alanı, uygulamalar özelinde meydana getirilen takımlar ile oluşturulan faaliyet raporları” olgularının İngiltere ve Türkiye karşılaştırması yapılarak analiz edilmiştir (Kaya, 2021). Bağışçılık davranışlarına ilişkin dürtme kavramına yer verilerek yapılan deneysel çalışmada, kişilerin dürtme araçları tavassutu ile dilenciler yerine sivil toplum müesseselerine bağış yapmaya yönelip yönlenmeyecekleri incelenmiştir (Yüksel, 2021). “Davranışsal Kamu Politikalarında Dürtme: Covid-19 Aşısı Yaptırma Kararı Üzerine Kırklareli İlinde Bir Araştırma” konulu yüksek lisans tezinde ise; dürtme araçlarının kamu politikalarında uygulamaları konusunun incelendiği ve insanların Covid-19 aşısı yaptırma kararı vermelerinde

dürtme teorisi ve araçlarının etkisini tespit etmek için Kırklareli ilinde bir araştırma yapıldığı görülmektedir (Ufuk, 2022).

Ulusal düzeydeki çalışmalar incelendiğinde, Covid-19 aşısını yaptırma kararını ele alan deneysel bir çalışma dışında, Türkiye’deki aktüel sağlık politikalarının tercih mimarisi ekseninde değerlendirildiği bir araştırma bulunmadığı görülmüştür. Bakanlıkça uygulanan politikalarda davranışsal iktisat yaklaşımları kapsamında çalışmaların mevcut olduğu anlaşılmakla birlikte davranışsal iktisat biliminden sağlık alanında daha kapsamlı yararlanılması gerektiği düşünülmektedir. Çalışmamız, mevcut sağlık politikaları kapsamında tercih mimarisi uygulamalarının yer aldığı ve bu uygulamaların etkin kullanılmasında yarar görülen konulara eğiliyor olması boyutuyla özgün bir değere sahiptir. Her ülkenin sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde ciddi farklılıklar bulunduğu gerçeği göz önüne alındığında, Türkiye’de sağlık politikalarına ilişkin davranışsal iktisat yaklaşımı örneği olarak kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme, Covid-19 süreci ve MHRS kullanımı hususlarında tercih mimarisi ele alınarak yapılan ilk çalışmalardan biri olması nedeniyle çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Çalışmanın amacı, güncel sağlık politikalarında tercih mimarisinden ve tercih mimarının amaca ulaşmak için kullandığı enstrüman olan dürtme eyleminden nasıl yararlanıldığının ve özgürlükçü paternalizme aykırı durumlarda Devletin nasıl reaksiyon gösterdiğinin gözlemlenmesidir. Çalışmada nitel araştırma tekniğine başvurulmuştur. Nitel araştırma; belge incelemesi, bireylerle görüşme yapma ve örneklemeler üzerinde gözlem yapma gibi kalitatif bilgi toplama tekniklerine başvuru, olayların doğal ortamda bir bütün halinde ve gerçekçi olarak belirtilmesi şeklinde kullanılan metottur (Yıldırım, 1999). Tezde çoğunlukla doküman analizi üzerinde çalışılmıştır. Doküman analizi, dokümanların edinilip sistematik olarak irdelenmesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Birinci bölümde; dürtme ve tercih mimarisi kavramlarının çıkış noktası belirtilerek kavramlar hakkında genel bilgi sunulmuş, kişi davranışlarının nasıl yönetildiği hakkında fikir sahibi olabilmek ve tercih mimarisi ekseninde olayların nasıl değerlendirilmesi gerektiğini kavramak amacıyla iktisat dünyasında günümüze kadar uygulanmış olan ekonomi teorilerinden çalışmamıza uygun olanlarına kısaca değinilmiş, dürtme ve özgürlükçü paternalizm kavramları arasındaki fark açıklanmıştır. “Düşünceyi Yönlendiren İkili İşleme Kuramı”nın saç ayakları olan düşünsel sistem ve otomatik sistemin dürtme teorisi kapsamındaki durumundan bahsedilmiştir. Birinci bölümün son kısmında Nudge (Thaler ve Sunstein, 2008) adlı esere paralel olarak bir takım iyi (ve kötü) tercih mimarisi örneklerine ilişkin temel ilkeler sunulmuş ve çalışmanın üçüncü bölümünde Bakanlıkça uygulanan dürtme eylemlerinin bu ilkelerle ilişkisi ele alınmıştır.

İkinci bölümde; sağlık sisteminin bütün paydaşlarını etkileyen uygulamaları ele alan sağlık politikası kavramı ele alınmıştır. “Sağlık Hizmetleri” başlığı altında sağlık hizmetlerinin türlerine değinilmiştir. “T.C. Sağlık Bakanlığı” başlığı altında ise; Bakanlığın tercih mimarı olmasını sağlayan hukuki altyapıya, Bakanlığın dürtme eylemlerinin uygulayıcısı konumundaki Bakanlık personeline ait sayısal verilere ve Bakanlığın stratejik hedefleri ile bu hedeflerin çalışmamızla bağlantısına yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde; MHRS, Covid-19 pandemisinin ilgili Bakanlıkça yönetilmesi ve kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme konuları işlenmiştir. Türkçeye babacılık olarak çevrilen paternalizm kavramı çalışmada orijinal ismi ile ele alınmış olup özgürlükçü paternalizm kavramı için Türkçe bir karşılık kullanılmamıştır. MHRS üzerinden vatandaşların randevu alması ve Covid-19 pandemi süreçleri irdelenirken Sağlık Bakanlığının tercih mimarı olduğu durumlar ele alınmıştır. Kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme konusunda ise hekimler başta olmak üzere bulundukları statüye bağlı olarak diğer sağlık çalışanlarının tercih mimarı oldukları durumlar ile bu

konumlarını nasıl kötüye kullanabilecekleri ve Bakanlığın kamu gücü kullanarak buna nasıl engel olmaya çalıştığı incelenmiştir.

Nihai olarak, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının tercih mimarı olma durumlarını kötüye kullanarak kamu hastanelerine başvuran hastaları özel sağlık kuruluşlarına yönlendirebildikleri ve bunun sonucunda maddi menfaat elde edebildikleri anlaşılmıştır. Bu durum özgürlükçü paternalizm kavramına aykırıdır. Çalışmamızın temelinde dürtmelerin iyi yönde kullanılması hedeflendiğinden sağlık çalışanlarının dürtme eylemini kötüye kullanmaları mevcut sağlık hizmet sunumunda bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmada bu soruna nasıl çözüm bulunabileceği üzerinde durulmuştur. Ülkemiz Sağlık Bakanlığı kurumsal yapısı altında bir “Nudge” ofisi kurulması gerekliliği belirtilerek bu konuda yapılan bir öneri ile çalışma sonlandırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. DÜRTME, KARAR SÜRECİ VE TERCİH MİMARİSİ

Dürtme kavramı ilk olarak C. R. Sunstein ile R. H. Thaler tarafından yayımlanan “Nudge” adlı kitapla literatüre girmiştir. Dürtme, seçeneklerden herhangi birini yasaklamadan ve iktisadi özendirme yapılarını ciddi şekilde değiştirmeden kişilerin davranışlarına gözle görülür biçimde yön veren ufak müdahalelerdir. Tercih yapmak için yönlendirilen kişiler üzerinde tahakkümle değil bilinçaltına sirayet etme suretiyle etki kurulmaya çalışılmaktadır. Kişi, yapılan yönlendirmeye rağmen istediğini tercih etme özgürlüğüne sahiptir. Bu konuyla ilgili bir deneyde; şehirdeki okulların gıda tedarikinden sorumlu bir şirkette müdür olarak çalışan Carolyn tarafından yüzlerce okul ve yüz binlerce öğrenciye etkisi olan bir dürtme fiili ele alınmıştır. Bu çerçevede, kantinde öğrencilere sunulan yiyecek kalemlerini aynı tutmakla birlikte yiyeceklerin sunum yerleri ve tezgâhlarda yer alma biçimleri değiştirildiğinde öğrencilerin yemek tercihlerinin nasıl değiştiği ölçülmüştür. Meyve ve tatlılar bazı okullarda öne, bazılarında arkaya, diğerlerinde ise ayrı bir bölüme konulmuştur. Yiyecekler de her bir okulda farklı bir yere konulmuştur. Bu yeni düzenleme ile bazı yiyeceklerin tüketiminde %25’e varan düşüş ya da artış olduğu gözlemlenmiştir. Bu deney, sağlıklı ya da sağlıklı olmayan gıdaların kullanımının arttırılması isteniyorsa ona uygun konumlandırma ile kişi tercihlerinin yönetilebileceğini göstermiştir. Tercih mimarisi bu örnekte görülen temeller üzerine inşa edilmiştir. Eserde Carolyn, tercih mimarı olarak değerlendirilmektedir. Bu deneyde Carolyn’ın öğrencileri kendilerine faydalı yiyeceklere doğru dürtmesi özgürlükçü paternalizm kapsamında değerlendirilmektedir. Dürtme ile özgürlükçü paternalizm ilişkisi ve birbirinden ayrıldıkları noktalara ilerleyen kısımlarda yer verilmiştir (Sunstein ve Thaler, 2008: 5-6, 1-3).

Birey davranışlarının nasıl yönetildiği hakkında fikir sahibi olabilmek ve tercih mimarisi ekseninde olayların nasıl değerlendirilmesi gerektiğini kavramak amacıyla iktisat dünyasında günümüze kadar uygulanmış olan ekonomi teorilerinden çalışmamıza uygun olanlarına kısaca değinmekte yarar vardır. Klasik iktisat ekolü bireyi; üstün nitelikli, soyutlanabilir, çıkarına ve aklına uygun kararlar veren ve motor gibi çalışan bir varlık olarak görür. Öte yandan bu ekol bireyi, duygusal ve psikolojik yönleriyle de incelemiştir. Klasik iktisada göre faydayı en üst seviyeye çıkarma isteği kişinin özünde mevcuttur (Akyıldız, 2006: 6-7). Geleneksel iktisatçılar kişiyi; tam bilgili, sağlam idrakli, faydaya uygun ve tutarlı davranan, kararlara ilişkin yöntem ve sonuç bilgilerine haiz olarak görür (Kitapçı, 2017: 86-87).

Klasik ve neoklasik iktisat okullarına göre kişi faydasını en yüksek yapmak için uğraşırken toplum faydasını da en yükseğe çıkarmaktadır (Candan ve Hanedar, 2005: 11). Geleneksel iktisat teorisinde ekonomik insan diğer bir söyleyişle homoekonomikus kişiden bahsedilirken alternatif seçimlere ilişkin tam ve net bilgisi bulunan, mevcut bilgileri analiz ederek tercihlerinde maksimum faydaya ulaşan, rasyonel ve gerçekçi tercihler yapan kişi olduğu söylenir (Nyborg, 2000: 305). Bunun yanında homoekonomikus kişi, koşullara bağlı olmadan bireysel faydasını en iyi yapmayı arzulayan, kıt kaynakları en iyi şekilde kullanabilendir (Karaca, 2017: 3-4).

Keynesyen iktisat teorisi, rasyonaliteden bahsedilemeyeceğini, devlet eliyle arz ve talep dengesi sağlanacağını savunmaktadır (Argun, 2016: 8-9). Bu ekole göre, kişilerin doğasında istikrarsızlık bulunmakta olup hayvani güdüler ve değişkenlikleri iktisadi dalgalanma yaratmaktadır (Akerlof ve Shiller, 2010: 24). Bu teori, kişinin karar sürecinde sezgi ve alışkanlıkların hâkim olduğunu vurgulamaktadır (Yalçınkaya, 2004: 7). Keynesyen iktisat yaklaşımına tercih mimarisi ekseninden bakıldığında; paternalist uygulamaların ilerde anlatılacak özgürlükçü paternalist uygulamalara göre daha etkin kullanıldığı görülmektedir.

Kişilerin sezgi ve güdüleriyle hareket ettiklerinin savunuluyor olması dürtme kavramının geçmişte biliniyor olması durumunda kullanılabilirliğini akla getirmektedir.

Rasyonel beklentiler kuramı, kişilerin eksik bilgiye sahip olmadıklarını, durumlara ilişkin veri edinimlerinin tam olduğunu savunur. Hem geçmiş bilgilerin hem de içinde yaşanılan zamana ilişkin bilgilerin bilinmesi tam bilgiye sahip olma şeklinde ele alınır. Kişi bu nedenle “sistemik hata” yapmaz ve beklentileri rasyoneldir (Yurdakul ve Özcan, 2014: 315). Bu teoride, Monetarist okul ile Keynesyen ekolün kullandıkları adaptif beklentilere ilişkin faraziyeler eleştirilerek kişilerin rasyonel beklentileri olduğu, geçmiş ya da mevcut bilgiyi kullandığı, bunları en doğru biçimde yorumladığı savunulmaktadır (Şeniğne, 2011: 22).

Yeni Keynesyen ekolde tüketici ve kişilerin asimetrik bilgi sahibi oldukları ve bunun “piyasa başarısızlığı”na sebep olduğu savunulur. Ayrıca, nisbi gelir hipotezine göre tasarruf yapma ve tüketim kararları çevresel etkilere bağlıdır (Tarı ve Çalışkan, 2010: 3). Çalışmamız kapsamında odaklandığımız temel nokta, kişilerin karar verme süreçlerine etki eden değişkenlere değinmek ve bu yolla dürtmelerin etkisini ölçmektir. Post Keynesyen ekolde, analizler değer yargılarına göre yapıldığından ve gelecek ile ilgili belirsizlik rasyonel olmayan kararlara yönelttiğinden piyasa başarısızlığı oluşur (Doruk, 2019: 101).

Sınırlı rasyonalite kavramı kişilerin tamamen gerçekçi davranamayacaklarını, becerilerinin ve bilgilerinin sınırlı olduğunu ele alan bir yaklaşımdır. Kişiler, bilişsel önyargılar taşıdığından karar alma süreçlerinde sistemik hata yapabilmektedir (Simon, 1955: 100). Herbert Simon ayrıca, birey bir grup içinde yer alıyorsa bireyin kendi arzu ve amaçlarından ziyade grubun arzu ve amaçlarına göre hareket ettiğini savunmuştur. Bu da rasyonaliteden sapma adına önemli bir örnek teşkil etmektedir (Simon, 1965: 78-80). Simon kişilerin, veri edinimi ve analizi sonucu oluşan karar süreçlerinde bireysel arzu, farklılık, sezgi ve diğer çevresel etkilerin kısıtı altında rasyonel kararlar aldıklarını belirtir (Beşkaya ve Ursavaş, 2014: 11). Kişiler yaşamlarında mutlak rasyonel kararlar vermezler. Tercihler arasından en iyisini

tercih etme istekleri olsa bile seçeneklerin ayrıntılarına yeterince hâkim olmadıklarından sınırlı bilgi varsayımı altında yanlış kararlar alma ihtimalleri vardır (Akdere vd., 2015: 106). Sınırlı rasyonelliği konu edinen üç model mevcuttur. “Dewey’in Sınırlı Rasyonalite Modeli”nde kişi aklıyla değil çevresel etkilerin kazandırdığı alışkanlıklarla yönetilir. Kararlar, kişinin yaşadığı çevrenin kişiye kazandırdığı sınırlar içinde verilebilir (White, 2003: 236). “Kant’ın Sınırlı Rasyonalite Modeli”, Mark D. White’in Kant’a ait görev odaklı ahlak kuramını geleneksel iktisat kuramına uyarlaması ve sınırlı rasyoneliteye ilişkin alternatif bir tercih modeli önermesiyle ortaya çıkmıştır (Şeniğne, 2011: 30). Kant’a göre bireyler sorumluluk alırlar. Kant, kişilerin optimizasyon aşamalarının çıktıları yerine kişilerin optimizasyon etmek üzere seçtikleri değişkenler ve bunları tercih etme şekilleri ile ilgilenmiştir. Bu nedenle, Kantçı ahlak kuramının fayda kuramına uyarlanması rasyonelite kavramını sınırlandıran bir durum yaratmıştır (White, 2004: 94-97). “Hayek’in Sınırlı Rasyonalite Modeli”nde insan, rasyonel olmayan bir karaktere ve kendileri dışında yer alan dünya hakkında öznel bilgi ve algıya sahiptir. Piyasanın serbest rekabete dayalı bir sistemle işlemesi ve bu piyasada bulunan az sayıdaki rasyonel ve rasyonel oluşundan kazanç elde eden kişinin rasyonel olmayan kişiler tarafından taklit edilmesi sonucu rasyonelitenin yaygın hale geldiği savunulmaktadır. Piyasa belirsizliği ile piyasadaki serbest rekabet koşulları rasyonel davranış şekillerini dönemsel olarak değiştirebilmektedir (Akyıldız, 2006: 7).

İktisat biliminde karar verme süreci; “beklenen fayda teorisi” ile “beklenti teorisi” isimleri altında incelenmiştir (Hens ve Bachmann, 2008: 12). Ekonomi biliminde günümüze değin yapılmış olan araştırmalar, kişi davranışlarının kişilerin karar verme süreçlerinde kullandıkları rasyonel kavramlarla açıklanamadığını ortaya koymuştur. Kişilerin rasyonel davranmamalarının duygusal, psikolojik, hafıza düzeyi ve bilişsel farklılıklar gibi çeşitli sebepleri mevcuttur. Bu da kişilerin tam rasyonel olmaktan ziyade sınırlı rasyonel olduklarını göstermektedir (Akdere vd., 2015: 106-107). Kişi kararlarında belirsizlik ve riskin önemli yeri

vardır. Neoklasik iktisatta karar verici faydasını maksimize edebilen tam bilgili kişi olduğundan belirsiz durumlarda ve risk varken beklenen faydayı seçer. Karar vericilerin bilişsel yönünü ele alan davranışsal iktisat okullarında sınırlı rasyonel kişiliğe sahip birey belirsiz durumlarda ve risk varken beklenti teorisine göre davranmaktadır (Aksoy ve Şahin, 2015: 2). Tversky ile Kahneman, “beklenti teorisi” altında karar vericilerin riske yönelik bakışları belirli bir referans noktası etrafında kazanç ve kayıp durumlarında birbirinden farklı olmaktadır. Gelecekte edinilmesi muhtemel kayıplar birey için çok değerli bir düzeyde iken gelecekte edinilmesi muhtemel olan kazanç daha az kıymetlidir. Bunun sebebi de iktisadi ortamda durum analizinin zorluğudur (Kahneman ve Tversky, 1979: 272). İktisadi karar alma süreçlerinde Kahneman ve Tversky’e ait beklenti teorisi, beklenen fayda teorisine oranla daha açıklayıcı çıktılar sunmaktadır. Bunun gerekçesi, iktisadi analizlerde gerçek dünyada irrasyonel davranması daha muhtemel olan birey kararlarının ele alınıyor olmasıdır. Böylelikle, iktisadi yaklaşımların uzun süredir ihmal ettiği birey psikolojisinin sürece ilişkin önemi ve ekonomik modellerin açıklayıcı olma özelliği artmıştır (Çetin, 2021: 39).

Fayda maksimizasyonunun karar verme sürecinde etkili olduğu, kazançlar ile kayıplara karşı tepkilerin ayrışmadığı ve yalnızca finansal teşviklerle motivasyon sağlanacağına inanılan, seçeneklerin sayısı ve karmaşıklığına bakılmaksızın en iyi seçeneğin tercih edileceği gibi varsayımlara sahip geleneksel iktisat anlayışının hakim olduğu kamu politikaları davranışsal iktisat teorilerinin literatüre girmesi ile yeni bir yön kazanmıştır. Ödül ve ceza sisteminin yalnızca finansal getirilere göre tasarlanamayacağı, çevresel faktörlerin kişi davranışlarını doğrudan etkilemesi, kişilerin olası kayıplara verdiği tepkiler ile olası kazançlara karşı tepkilerinin aynı olmaması, seçeneklerin fazlalığının tercihleri zorlaştırması, çerçeveleme etkisi gibi davranışsal iktisat biliminin gün yüzüne çıkardığı durumlar kamu politikalarında tercih mimarisi ve dürtme teorisinden yararlanılması gerektiğini ortaya koymuştur (Solek, 2014: 40-41).

Sağlık sektörü ve finans alanı gibi kamusal alanlardaki politika geliştirme gereksiniminin merkezinde “davranışı etkileme yeteneği” yer alır. Psikoloji ve iktisatta kişilerin davranışlarını değiştirebilmek için başvurulmuş olağan yol, insanları bilgilendirme ve çeşitli durumlarda teşvikler yoluyla düşünme biçimlerini etkileyerek "zihinlerini değiştirmeye" çalışmak olmuştur. Öte yandan, insanların içinde bulundukları çevreleri otomatik yollarla etkilemek mümkündür. Kişilerin davranışlarını etkileyen güçlü ve çoğunlukla beynin otomatik sistemine hitap eden dokuz etki MINDSPACE olarak kodlanmıştır. (Dolan vd., 2012: 264-266). Politika oluştururken davranışlar üzerinde etkili olan etkenlerin listesinin baş harfleri kullanılarak etkilerin neler olduğuna işaret edilmek istenmiştir. Davranış biliminden elde edilen yeni çıkarımlar, birçok geleneksel politika aracına oranla maliyeti daha düşük ve hayli iyileştirilmiş politika sonuçları oluşturabilir. Bu durum, geleneksel politika araçlarını, onların yerine geçmek yerine, güçlü bir şekilde tamamlayıp geliştirme çalışması olup eski davranışları tekrarlama alışkanlığını törpüleyip yeniliğe açık olma eğilimine öncülük eden etkenlerin belirlenmesine yardımcı olur. Etkilerin kalıcılığı üzerinde soru işaretleri olsa da bazı koşullarda işe yarayan etkilerin diğer durumlarda nasıl çalışacağı, farklılıklar üzerindeki potansiyel etkiler, nüfusun bir kesimine etki eden politikaların diğer kesimler için işe yarayıp yaramayacağı gibi konular üzerinde çalışılmaktadır. Merkezi yönetimlerin en önemli rollerinden biri, davranışsal yaklaşımların yerel ve profesyonel uygulamalarının titizlikle değerlendirilmesi ve topluma yararlı sonuçlar elde edilmeye çalışılmasıdır (Dolan vd., 2010: 13).

Tablo 1. MINDSCAPE Açıklama Tablosu

Messenger (Haberci)	Bilgiyi kimin ilettiğinden büyük ölçüde etkileniriz
Incentives (Teşvikler)	Teşviklere verdiğimiz tepkiler, kayıplardan güçlü bir şekilde kaçınma gibi öngörülebilir zihinsel kısıyollar tarafından şekillendirilir.
Norms (Normlar)	Başka insanların yaptıkları bizi ciddi biçimde etkiler
Defaults (Varsayılanlar)	Tercihler önceden belirlenmiştir ve biz onlara uygun hareket ederiz
Salience (Belirginlik)	Bir şey yeniyse ya da bizimle ilgiliyse daha fazla ilgimizi çeker
Priming (Kullanıma hazırlama)	Eylemlerimiz genellikle bilinçaltı ipuçlarından etkilenir
Affect (Etki)	Eylemlerimiz duygusal çağrışımlarımızdan ciddi biçimde etkilenir
Commitments (Taahhütler)	Sözüne güvenilen kişi olmak isteriz
Ego (Ben kavramı)	Kişi nasıl daha iyi hissedecekse öyle davranır

Kaynak: (Dolan vd., 2010: 8)

1.1. Özgürlükçü Paternalizm

Paternalizm, Latince baba anlamındaki pater sözcüğüyle ilişkilidir. (Kultgen, 1995: 47). Paternalizm, babanın çocuğuna davrandığı ruh halinde olduğu gibi başkasına şefkatle davranılmasını gerektirir. (Suber, 1999: 632). Paternalizm, kişi ve toplumun iyilik hali, toplumsal değerleri, refahı ve toplumsal huzuru için devlet eliyle bireysel özgürlüklere müdahale edilmesidir. Bu şekilde sosyal refah düzeyini artırma hedeflenmektedir. (Dworkin, 1972: 64-65).

Özgürlükçülük, insanların istediklerini tercih etmede ve istedikleri anda bu düzenden vazgeçmede özgür olmasını, paternalizm ise vatandaşların yaşam kalitesinin artırılması için tercih mimarlarının onların davranışlarını etkilemeyi meşru görmelerini ifade etmektedir. Bir politika, seçim yapanları kendileri tarafından etraflica değerlendirildiğinde kişisel faydalarında önceki seviyeye nispetle daha yüksek bir noktaya ulaştıracak şekilde etkiliyorsa paternalisttir. Özgürlükçü paternalizm, kamusal alanda ya da özel sektörde dürtme teorisi kapsamındaki uygulamalara başvurularak vatandaşların refah düzeylerinin yükseltilmesini sağlayacak ve nispeten makul olan tercihe yönelik daha iyi seçimlere kişilerin yönlendirilmesi prensibine dayanmaktadır. Kamusal tercih mimarları ya da özel sektör paydaşları, seçim yapanları kendilerince daha iyi konuma ulaştırma çabasıdaysa bu durum paternalist olarak

değerlendirilir. Tarafların seçimlerini sübjektif olarak daha faydalı alternatiflere yöneltme amacı, politikanın paternalist olması için gerekli unsurdur. Paternalist bir politikanın özgürlükçü olarak değerlendirilebilmesi, taraflara yönlendirme yapılırken tahakküm uygulanmaması ile mümkün olur. Özgürlükçü paternalizm, bu anlamda tercihleri zorlaştırmadığı ve kısıtlamadığı için yumuşak bir yapıya sahiptir. Amaç tercih özgürlüğü bulunan ve insanları koruyucu bir yönlendirmedir. (Sunstein ve Thaler, 2008: 4-6). Özgürlükçü paternalist politikalarla; bilindik olgu ve kaidelere başvurularak yeni malumatlara ulaşılmasını ifade eden akıl yürütme ile yargılama başarısızlıklarından zarar görenlerin refahlarında artış yaratılması sağlanırken diğer kişilerin faaliyetleri engellenmez ve kolektif bir fayda sağlanmış olur (Grand ve New, 2015: 138-140).

Davranışsal ekonomi iktisat biliminin alt disiplinleri arasında değerlendirilirken dürtmeler, elde edilmiş bulguları politika uygulamalarında kullanmanın özel birer yöntemi olarak ele alınır. Politika yapıcılarının seçenekleri sınırlayan (yasaklamalar, sınırlamalar vb.) düzenlemelerden kaçınması gerektiği, ancak insanları daha iyi tercihlere yönlendirmek için davranış bilimini kullanabileceği savunulur (Pete, 2014: 39-42). Dürtme isimli kitabın yayınlanması ile “özgürlükçü” olarak tanımlanan paternalizmin bu özel versiyonu, akademisyenler ile politikacıların ilgi alanlarına fazlaca girmeye başlamıştır. Öte yandan, belirli uygulamalara ilişkin tartışmalar, kamu politikalarındaki dürtmelerin etkileri ve kabul edilebilirliği, bunların özgürlükçü paternalizm ile ilişkileri tam olarak açık değildir (Conly, 2012: 29; Kahneman, 2012: 7-8; Pete, 2014: 25-27).

Araştırmacılar tarafından dürtme ile özgürlükçü paternalizm eşanlamlı kavramlar olarak algılanmakta, ilgili örneklerde süpermarketler, restoranlar ve kafeteryalarda tüketicilerin tanınıp tanınmamalarına bakılmaksızın dürtmenin etkisinde oldukları ele alınmaktadır. Bununla birlikte, bahsi geçen tercih mimarlarının özgürlükçü paternalistler oldukları pek söylenemez.

Nihayetinde dürtme, özgürlükçü paternalizm uygulamaları da bünyesinde barındırmakta olup kapsamı daha geniş bir konsepte sahiptir (Hansen, 2016: 155-161).

Özgürlükçü paternalizimin özgürlükleri sınırlama özelliği kişi özgürlüklerinin ihlal edilmesi durumunu da ortaya çıkarmaktadır. Binek araçlarda emniyet kemeri takmama durumunda uygulanan idari cezai yaptırımlar özgürlüğü sınırlandırıyor olmakla birlikte kişileri olası trafik kazalarına karşı koruyucu bir tedbir olması ve kişisel faydayı arttırması yönünden paternalisttir (Shiffrin, 2000: 216). Uygulanan idari yaptırımlar özgürlükçü paternalizm sınırlarının dışında hareket edildiğini gösterir. T.C. Emniyet Genel Müdürlüğünce yayınlanan “Keşke dememek için emniyet kemerinizi takın” temalı kamu spotunda kısa mesafe gideceğini söyleyerek ve gerek olmadığını düşünerek emniyet kemeri takmadan otomobilini süren bir vatandaşın kaza yaptığı ve tekerlekli sandalyeye mahkûm kaldığı anlatılarak, mağdurun ağzından “keşke o kemeri taksaydım” mottosuyla kişiler emniyet kemeri takmaya teşvik edilmeye çalışılmaktadır. Bu içeriğin vatandaşlarda yarattığı “emniyet kemeri takmalıyım” algısı idari yaptırım uygulanmadan ve kişileri korkutmadan hedeflenen davranışa yönlendirmeyi amaçlamaktadır (YouTube, 2022)¹. Ancak bu örnekte bir dürtme uygulandığı söylenemez. Beynin bir şey düşünmeden, doğrudan emniyet kemeri takmaya yönlendirilmesi prensibi burada işlememektedir. Sürücünün aracını çalıştırdıktan sonra ötmeye başlayan emniyet kemeri uyarı sinyali ise bölümün devamında anlatılan tercih mimarisi kapsamında iyi bir dürtme örneğidir. Sürücü, bilinçsizce emniyet kemerini takması gerektiğini düşünerek kemerini takar.

W. Leggett (2014); dürtmenin davranışsal ekonomi ve psikoloji ile ilişkisinin ana hatlarıyla ele alındığı “Davranış Değişikliği Siyaseti: Dürtme, Neoliberalizm ve Devlet” isimli makalede, politikanın açık ve merkezi bir şekilde davranış değişikliğine etki çabasında olduğu,

¹ “Keşke o kemeri taksaydım”,

“URL: https://www.youtube.com/watch?v=-aM_GfE7WYA”

“Erişim tarihi: 09.06.2022”

davranışsal iktisat ve psikolojiden yararlanan dürtmenin bu gelişmenin öncüsü olduğunu, insanın yanılabilirliğini ön plana çıkararak, gözden düşmüş homo economicus figürüne bir düzeltme sağladığını, günlük insan davranışının özüne uygun politika yapılması gerektiğini belirtmiştir. Davranış değişikliğinin devlet-vatandaş ilişkilerinin değişen doğasıyla ilgili daha geniş konuları temsil ettiğinin ele alındığı çalışmada, yeni davranışsal ekonomi modelinin, hâlâ zayıf bir insan failliği anlayışı ve az gelişmiş bir sosyal yapı düşüncesi sunduğu, davranış değişikliği konusundaki tartışmaların giderek artan kamusal niteliğinin, yeni siyasi çatışma alanları açabilecek oldukça refleksif devlet-vatandaş ilişkilerine işaret edilmektedir. (Leggett, 2014: 3-19).

1.2. Düşünceyi Yönlendiren İkili İşleme Kuramı

İnsanoğlu aynı anda hem çok aptal hem de zeki olabilir. İnsan beyinde iki tür karar fonksiyonu vardır. Bunlardan biri sezgisel yani düşünmeden yapılan diğeri ise düşünerek mantık yoluyla yapılan tercihlerdir. (Chaiken, 1999: 25). Sezgisel yapılan eylemler “otomatik sistem”, düşünülerek yapılan eylemler için ise “düşünsel sistem” isimlendirmesi kullanılarak Tablo 2’de gösterilmiştir (Sunstein ve Thaler, 2008: 20).

Tablo 2. İkili Kavrama Sistemi

İkili Kavrama Sistemi	
1. Sistem-Otomatik	2. Sistem-Düşünsel
Kontrol yok	Kontrol var
Gayrete gerek yok	Gayret gerektirir
Çağrışımla ilgili	Çıkarımla ilgili
Süratli	Ağır (yavaş)
Gayri ihtiyari	İhtiyari
Beceriye bağlı	Kurallı

Kaynak: (Sunstein ve Thaler, 2008: 20)

Kahneman (2011) tarafından otomatik sistem 1. Sistem olarak adlandırılır. Fazla çabaya ihtiyaç duyulmadan karar mekanizmasının çalıştığı bu sistemde istemli olarak denetim sağlanmasına ihtiyaç yoktur. Hızlı ve içgüdüselidir. Refleksler, sevinç, endişe gibi duygular bu

gruptadır. Düşünsel sisteme ise 2. Sistem denilmiştir. 2. Sistem çözümü zaman alabilen karmaşık sayımlamalar (hesaplama) dâhil çaba harcanmasına ihtiyaç duyulan zihinsel işlemleri ihtiva eder. Kişiyi tiksindiren bir fotoğraf gösterildiğinde kişinin yüz ifadesinin bu resimden etkilenmiş olumsuz bir şekle bürünmesi otomatik sistemin etkinlik alanına girerken şaşırtıcı bir sesi tanımlaması için belleğini taraması düşünsel sistem kapsamındadır (Kahneman, 2011: 21-22).

Kişi tercih aşamalarında sezgilere bağlı şekilde aldığı kararlar sonucunda pozitif neticelere ulaşabileceği gibi negatif sonuçlarla da karşı karşıya kalabilir. Sezgisel ve bilişsel çıkarıma bağlı metotlar uygun ve çözüme çabuk ulaşılacak çareler sunabiliyorsa iyi kategoride değerlendirilirken, bireyin kognitif kabiliyetlerini sınırlıyor ve mantığa aykırı çıkarsamalar sunuyorsa kötü kategoride değerlendirilir. Bu çerçevede, kişilerin bir şey satın alırken iktisadi anlamda en makul tercih olmamış olmasında rağmen yine de bundan vazgeçmemesi bireyin her zaman rasyonel davranıp akılcı sonuçlar alamayacağını göstermektedir (Camerer, 2004: 12).

1.3. Tercih Mimarisi

Tercih mimarı, kişilerce karar verilecek konuya ilişkin bağlamı organize etmekle sorumlu kişidir. Kendisine başvuran hastasına alternatifler arasından hangi tedavi şeklinin uygulanacağına hastayı yönlendiren ve hasta için gerekli gördüğü ilaçları yazan hekim tercih mimarıdır. İyi ve kötü tercih mimarisi örneklerini kıyaslayabilmek için Nudge (Thaler ve Sunstein, 2008) isimli kitapta yer alan şu örneğe değinebiliriz. Thaler'in ders verdiği bir sınıfta, öğrenciler çeşitli sebeplerle sınıftan sessizce erken sıvışmaya çalışır. Fakat sınıfın tek kapısı herkesin görebileceği bir yerde, ön tarafta, geniş ve iki kanatlı bir kapıdır. İki kapı kanadının her birinin üzerinde dikey yerleştirilmiş uzun ve silindirik birer sap vardır. Çıkmak isteyen öğrenci kapıya gelince içgüdüsel olarak bu saptan birini ya tutup çekecek ya da itecektir. Nedense çıkmak isteyenlerin çoğu içgüdüsel olarak sapı tutup çektikten sonra kapının dışarıya doğru açıldığını hatırlar. Thaler bir dersi sırasında yine bir öğrencinin sessizce çıkmak için

kapının sapını tutup çektiğini görünce kapıların dışarıya doğru açıldığını söyler. Bu uyarıdan sonraki süreçte bile öğrenciler aynı yanılgıya düşmeye devam eder. Bu tür kapılar kötü mimari örnekleridir. Çünkü “uyaran yanıt uyumluluğu”² denen basit psikolojik ilkeyi ihlal ederler. (Sunstein ve Thaler, 2008: 3, 92-94).

Yeşil renkte olması beklenirken üzerinde “GİT” yazan kırmızı ve sekiz kenarlı devasa bir levha insanın otomatik sisteminde uyumsuzluğa neden olacaktır. Bu tür ünlü deneylerden biri Stroop (1935) testidir. Bu testte, uyaranlardaki uyumsuzluk sebebiyle bir beynin durumlara verdiği reaksiyonda gecikme yaşandığı gösterilmektedir. Turuncu, beyaz, kırmızı ve mavi gibi renklerin isimleri ve görselde görülen renklerin farklı sunulduğunu düşünelim. Tablo 3’te görülebileceği üzere; bize sunulan bu renkleri seçmemiz istendiğinde, mavi, turuncu ve beyaz renk isimleri ile sunulan kısımların aslında isimleri ile uyumsuz renklerle sunulduğu ve beynimizin reaksiyon vermede geciktiği ancak kırmızı rengin isim ve renk uyumu tam olduğundan bu renkle ilgili seçimde daha hızlı karar verilebildiği anlaşılmaktadır (Stroop, 1935: 643-645).

Tablo 3. Stroop Deneyi Örneği

KIRMIZI’YI SEÇ!	BEYAZ’I SEÇ!
MAVİ’Yİ SEÇ!	TURUNCU’YU SEÇ!

Dürtmelerin davranışsal kamu politikalarına ilham kaynağı olması, tercih mimarisinin ve dürtme kavramının kamusal alanda davranışsal politikalarda araç olarak kullanılmasına sebep olmuştur (Galizzi, 2017: 421). Yaptıkları görevler gereği tercih mimarı konumunda olan siyasi karar vericiler, karşılaşılan sorunların çözümüne yönelik hassas kararlar vermelidir. Bu önemli kararlar alınırken mevcut politikalardaki eksikliklerin giderilmesi hedeflenmelidir.

² "Uyarıcı-yanıt uyumluluğu" kavramını 1951 yılında yaptığı bir sunumda Arnold Small ilk kez öne sürmüştür. Gözlem ile gözleme verilen tepki arasında bir uyum bulunduğunu gösteren ilkedir. Misal verilecek olursa; bilgisayar ekranının sol tarafına doğru geçiş yapılacakken klavyede bulunan sol yön tuşu kullanılırken ekranda sağ taraftaki yeni bir görsele geçiş için klavyede bulunan sağ yön tuşunun kullanılması bu ilkeye uygun düşmektedir. (Kornblum vd., 1990: 253–270)

Alınacak yeni kararların kapsamı, etki edilmesi hedeflenen kitlenin iyi belirlenmesi, bu kitle içerisinde yer alan vatandaşların sosyolojik ve diğer farklılıklarının göz önüne alınması, olası sonuçların değerlendirilmesi gibi hususlar tercih mimarlarının sorumlulukları arasındadır (Dolan vd., 2010: 11-18). Tercih mimarisi ve dürtme teorisi kapsamında önemli bir yere sahip olan ilkeler altı başlık halinde aşağıda sunulmuştur.

1.3.1. Varsayılan Seçenek

Bilgisayarınızı kullanırken bir süreliğine kullanmaya ara verdiğiniz zaman önce bir şey olmaz, verilen ara uzarsa ekran koruyucu devreye girer ve ara daha da uzarsa bilgisayar ekran kilidini devreye sokar. Ekran koruyucunun devreye gireceği süreyi ayarlayabilirsiniz ama bunu yapmak da bazı işlemleri gerektirir. Muhtemelen bilgisayarınızda uyku moduna geçmek için gereken süre ve kullanılacak ekran koruyucu, fabrika ayarlarıyla önceden muayyen hale getirilmiştir. “Varsayılan seçenek” unsurunun gücü gerek Kamu sektöründe gerekse özel sektörde çok fazla sayıda kuruluş ve müessese tarafından artık keşfedilmiştir. Bilgisayarınıza yeni bir yazılım yüklediğinizde çoğu zaman çeşitli seçimler yapmak durumunda kalırsınız. “Normal” kurulum mu istersiniz, yoksa “özeleştirilmiş” mi? Normalde kurulum ekranında bu iki tercihten biri “varsayılan seçenek” olarak belirlenmiştir. Yazılım tedarikçilerinin hangi kurulumu “varsayılan seçenek” olarak belirleyeceği iki motivasyona bağlıdır: Kurulum kolaylığı sağlamak ya da kendi çıkarlarına hizmet etmek. Kurulum kolaylığı olan kategoride kullanıcıların çoğunun özeleştirilmiş yükleme seçeneğinde zorluk çekme ihtimali göz önünde tutularak “normal” kurulum “varsayılan seçenek” olarak ayarlanır. Kendi çıkarlarına hizmet eden kategorideyse “varsayılan seçenek” olarak “özeleştirilmiş” kurulum yeni ürünlerle ilgili e-postayla bilgi alma arzusu taşıyacakları düşüncesiyle sunulur. Varsayılan seçeneklerin tamamı karar alan kişinin yaşamını kolaylaştıracak ya da iyileştirecek şekilde düzenlenmemektedir. Yazılımların çoğunda donanım tipine göre müşteri dostu varsayılan

seçenekler olmasına rağmen tedarikçilerin çıkarına olanlara da rastlanır (Sunstein ve Thaler, 2008: 83-87).

İnsanların özünde mevcut olan ataletten dolayı varsayılan seçenek yönlendirmelerinin kullanılması gereklidir. İnsanların alışkanlıkları arasında bir şeyleri ertelemenin de var olduğu düşünülerek karmaşık ve uzun süreçler yerine odak belirlenerek kişinin hedefe en kısa sürede ulaşması sağlanmalıdır (Solek, 2014: 38). Organ bağışlama sistemine ilişkin olarak 11 ülkeden katılımcılarla yapılan bir deneyde; varsayılan seçenek olarak organ bağışlama seçilen 7 ülkenin toplamında organ bağışı oranı ortalaması %95’in üzerinde iken varsayılan seçenek olarak organ bağışı yapılmaması seçilen 4 ülkenin organ bağış oranının %4-%27 arasında değiştiği görülmüştür (Johnson ve Goldstein, 2003: 1338).

Varsayılan seçenek, belirlenme şekline göre çeşitli sıkıntılara sebep olabilir. Nudge (2008) isimli kaynaktan konuya ilişkin olarak verilen örnek aşağıdadır: (Sunstein ve Thaler, 2008: 83-87).

“ABD’de Hiçbir ocuk Geride Kalmasın Yasasının anlaşılması zor bir bölümüne göre, okul bölgeleri öğrencilerin adlarını, adreslerini ve telefon numaralarını silahlı kuvvetler askerlik şubelerine bildirmek zorundadır. Bununla beraber yasada şöyle bir madde de vardır: “Ortaokul ve lise öğrencisi ya da bu öğrencilerin ebeveynleri, öğrenci adının, adresinin ve telefonunun ebeveynin yazılı onayı olmadan açıklanmamasını talep edebilir ve eğitim kuruluşu ya da özel okul, ebeveynlerin bu taleplerine uymak zorundadır.” Fairport, New York gibi bazı eğitim bölge müdürlükleri bu yasayı kendilerine karar hakkı devrediliyormuş gibi yorumlamıştır. Yani ebeveynlere çocuklarıyla ilgili bilgi paylaşımı hususunda karar belirtebilecekleri söylenecek ama ebeveynler hiç bir şey yapmadıkları takdirde bu bilgilerin bölge müdürlüğü tarafından muhafaza edilebileceği düşünölmüştür. Yasanın bu şekilde yorumlanması Savunma Bakanlığınca onaylanmamıştır. Savunma ve Eğitim Bakanlıkları, Eğitim Bölge Müdürlüklerine yasanın ebeveynlerin çocukların bilgilerinin saklanmasıyla ilgili talepte bulunması halinde bu bilgilerin arşivlenebileceği şeklinde okunmasını emreden bir mektup yolladılar. Savunma

Bakanlığı ve Eğitim Bölge Müdürlükleri yasanın bu iki farklı yorumunun uygulamada farklı sonuçlara neden olacağını anladılar.”

Tercih mimarı; karar vericileri kendi seçimlerini yapma konusunda zorlayabilir. Bu yaklaşıma “gerekli seçim” ya da “zorunlu seçim” denilmiştir. Yazılım yükleme örneğinde “zorunlu seçim”, tüm seçeneklerin yanındaki onay kutularını boş bırakarak bir sonraki yükleme adımına geçmeden evvel yazılımı satın alanların kendi istedikleri şıkkı seçmelerine dayanır. Askere alınacaklarla temas kurma olayında öğrenciler (ya da ebeveynler) temas bilgilerini paylaşma konusunda fikirlerini bildirmek için bir form doldurabilir. Tercihlere göre bir seçim yapmayı şart koşan “zorunlu seçim” bazen tutulacak en iyi yoldur. Fakat bu yaklaşımda iki noktayı hesaba katmak gerekir. Birincisi, “insanlar” çoğu zaman “zorunlu seçim”i sıkıntılı bulur ve varsayılan seçenek neyse onu seçer. İkincisi, “zorunlu seçim” genelde basit evet-hayır seçimlerinde, karmaşık seçimlerde olduğundan daha elverişlidir (Sunstein ve Thaler, 2008: 83).

1.3.2. Hata Payının Hesaplanması

İyi tasarlanmış bir sistem, kullanıcılarının hata yapabileceğini hesaplayarak işlem yapar. Bununla ilgili birkaç güzel örnek ve aksi durumda yaşanan sıkıntılara ilişkin durumlar aşağıda sunulmuştur (Sunstein ve Thaler, 2008: 98-101):

- “Paris’te kullanılan Metro sisteminde yolcular, biletkartlarını makineye okuturlar, “kullanıldı” damgası vurulduktan sonra makineden alırlar. Bir tarafında manyetik bir şerit olması dışında biletkartların her iki yüzü birbirinin aynısıdır. Ancak kartı makinaya nasıl sokarsanız sokun çalışmaktadır. Chicago’nun çoğu otoparkındaysa kredi kartınızı kullanıp içeriye girersiniz ama çıkışta kartı yine bir başka makineye sokarsınız. Bunu yaparken camdan dışarıya uzanıp kartı bir deliğe sokmanız gerekir. Ama kredi kartları simetrik değildir ve onu deliğe sokmanın dört muhtemel şekli vardır. Deliğin üzerinde kartın nasıl sokulacağını gösteren bir resim vardır fakat kartı deliğe

yanlış sokan çok olur ve kart geri çıkınca kabul edilip edilmediği anlaşılmaz. Bu verilenlerden ilki iyi bir tercih mimarisi örneği iken ikincisi kötü bir tasarım örneğidir.”

- “Otomobillerin emniyet kemeri bağlanmadığında ikaz alarmı öter. Benzin azaldığında ya da yağ değişimi zamanı yaklaştığında ekranda uyarıcı ışıklar belirir. Yeni arabalarda ön farlar kontağı kapatınca söndüğünden farları açık unutma ihtimali ortadan kalkar. Pek çok arabada benzin deposu kapağı bir plastikle arabaya bağlıdır. Bu yüzden, aracınızın benzin deposunun kapağını benzincide bırakmanız mümkün değildir. Benzin deposu kapağını benzinlikte unutmak bir tür tahmin edilebilir hatadır ve psikologlar buna “tamamlama sonrası hata” derler (Byrne ve Bovair, 1997). ATM’den paranızı çektikten sonra kartınızı almayı unutmak tamamlama sonrası hata örneğidir. ATM’lerin çoğu, kartı hiç bekletmeden geri verir. Eğer paranızı makineden çekmek için kartı almanız gerekiyorsa bunu yapmayı unutmazsınız.”

- “Dizel yakıt pompalarının başları benzinli araba depolarının ağızlarına girmeyecek kadar geniştir ve bu nedenle deponuza benzin koyarken mazot pompası kullanma riski yoktur.”

- “Amerika ya da Avrupa’da trafik sağdan akarken İngiltere’de trafik soldan akar. Yabancıların kaza geçirmesini önlemek amaçlı dürtme amaçlı belirgin levhalar kullanılır

- “Tıbbi tedavilerle ilgili önemli sorunlardan biri ilacı uygun şekilde kullanma durumudur. Pek çok hasta, özellikle de yaşlı hastalar devamlı ve doğru dozda ilaç almak zorundadırlar. En uygun ilaç alma şekli günde bir kez ve sabah alma şeklidir. Sık sık alınan ilaçların zamanını unutmaya olasılığı vardır. İlacı iki veyahut dört günde bir almak yerine ilacın her gün kullanılması hata payını azaltmaktadır. Otomatik Sistem, “Her sabah uyanınca hapımı alacağım,” şeklinde düşünmek üzere eğitilebilir. Bu durum Otomatik Sistem tarafından kontrol edilen bir alışkanlık halini alır. Öte yandan, ilacı iki günde bir

almayı hatırlamak zordur. Bazı ilaçlar haftada bir alınır ve hastaların çoğu onları pazar günleri alır. Doğum kontrol hapları bu konuda bir sorun oluşturur çünkü bunlar üç hafta boyunca her gün alınır, sonra bir hafta alınmaz. İlacın kullanım kılavuzuna uygun şekilde kullanılmasını sağlamak için haplar yirmi sekiz hap içeren özel kutularda satılır ve her hap numaralı yuvasındadır. Hastalara günlük olarak ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmaları söylenir. 22. gün ile 28. gün arasındaki haplar “İnsan” kullanıcıların işini kolaylaştırmak için konmuş boş kapsüllerdir.” (Sunstein ve Thaler, 2008: 87-90).

1.3.3. Geribildirim

Sistemlerin tasarım şekilleri, sistem kullanıcılarını geribildirim sağlayarak eylemlerini uygun şekilde gerçekleştirdikleri ya da hatalı bir işlem yaptıkları hususunda uyarıyorsa bu sistem iyi bir tasarımdır denilebilir.

- “Dijital kameralar kullanıcılarına analog kameralardan daha çok şey öğretir, yardımcı olur. Fotoğraf çeken kişi her çekisten sonra çekilen fotoğrafın küçük bir örneğini görebilir. Böylece filmin iyi takılmaması, objektif kapağının kapalı kalması, fotoğraftaki hedef kişinin başının çerçeve dışında kalması gibi tüm hataların önlenmesi sağlanır. Fakat ilk dijital kameralarda da geribildirim verme konusunda eksiklikler vardı. Fotoğraf çekilirken imajın yakalandığını haber veren sesli uyarı yoktu. Modern modellerde fotoğraf çekildiğini haber veren tatmin edici ama sahte bir “objektif tıkırtısı” sesi çıkar.” (Sunstein ve Thaler, 2008: 90-91).

- “Hata yapıldığını hatta hata yapılacağını haber veren uyarılar önemli bir geribildirim tipidir. Fakat uyarı sistemleri, sürekli uyarılarla kişileri rahatsız edecek seviyeye gelirse kişi o kısımdaki varsayılanı basıp geçecek ve uyarı yararsız bir hal alacaktır. ABD Güvenlik Dairesinin renk kodlu terör uyarı sistemi gereksiz sıklıkta uyarı içermese de işe yaramayan uyarı mekanizmasına güzel bir örnektir. 2002 yılından sonra

her Amerikan havaalanında sık sık “Ülke Güvenlik Departmanı Ulusal Tehdit Düzeyini Portakal Rengine Çıkarmıştır” anonsu duyulur. Buna vatandaşların alabileceği bir önlem yoktur. Ülke Güvenliğinin web sitesine girerseniz bunun cevabını alabilirsiniz. Orada size, “Tüm Amerikalılar uyanık olmalı, çevrelerine dikkat etmeli, şüpheli cisim ya da kişileri hemen güvenlik yetkililerine bildirmeli” denir. Aslında bu anonslar gereksizdir.” (Sunstein ve Thaler, 2008: 90-91).

1.3.4. Eşleştirmeyi Anlama

Geçirilen bir hastalık için tedavi türü seçmek tadına göre dondurma çeşidi seçmek kadar kolay değildir. Tercihler ile refah arasındaki bağa “eşleştirme” diyelim. Dükkânda daha önce denemediğiniz bazı tatlar varsa bile dondurmacı size onlardan tattırarak “eşleştirme” yapma probleminizi çözmeye yardımcı olabilir. Fakat bir hastalığın tedavi türü konusunda seçim yapmak tamamen farklıdır. Size prostat kanseri tanısı konduğunu; ameliyat, radyasyon tedavisi ya da gözetim altında bekleme seçenekleri bulunduğunu varsayın. Tedavi yöntemi seçiminde seçeneğin hayat kalitesini etkileme biçimi, yaşam süresine etkisi, yan etkileri gibi durumların etkisi vardır. Alternatifler arasında kıyas yapılırken, “Ömrümü birkaç yıl uzatmak için üçte bir iktidarsızlık ya da idrar kaçırmaya razı mıyım?” sorusunu hasta iç dünyasında kendisine sormalıdır. Bu tipte verilecek bir kararın zorluğu hastanın hangi yöneme başvurulursa başvurulsun olası risklerin ne olabileceğini bilmiyor olmasıdır. Böyle durumlarda tercihler ya hastalığın doktordan öğrenildiği anda hemen bir yöntemin seçilmesi veya seçilecek tedavi şeklinin doktorun cerrah mı yoksa radyasyon uzmanı olma durumuna göre tercih mimarı olması olgusundan etkilenilmeye bağlıdır. Bu tür karmaşık durumlarda, RECAP denilen ve “Kaydet (Record), Değerlendir (Evaluate) ve Alternatif Fiyatları Kıyasla (Compare Alternative Prices)” anlamına gelen özgürlükçü paternalizm uygulaması kullanılmalıdır. Sağlık harcamalarına ilişkin olarak kullanılacak bir RECAP programı daha iyi seçim yapma yeteneği sunabilir

(Sunstein ve Thaler, 2008: 91-94). Tercih mimarı tarafından bireylere yapılan yönlendirmeler sunulan seçenekleri açıklayıcı olma özelliğini de barındırmalıdır. Örneğin, yemek listelerinde kalori miktarlarının yazılması daha sağlıklı beslenmeye yönlendirme yönünden önemlidir (Solek, 2014: 38).

1.3.5. Karmaşık Seçimleri Yapılandırma

Teorik bir endişenin pratikte gerçekleşip gerçekleşmeyeceği pratikte fiilen kullanılan davranışsal uygulamaların türüne bağlıdır. Tercih mimarları, davranış değişikliği önerisinin savunulduğu daha geniş politik, kurumsal ve toplumsal bağlamı görmeden davranış değişikliğinin tasarımına ve uygulanmasına kendilerini kaptırmaktadır (Lepenies ve Małecka, 2019). Kişiler, verecekleri kararlarda belirsizlik yaşadıklarında karşılarında çıkan sorunları çözmek amacıyla “özelliklere göre eleme” stratejisini kullanabilir (Tversky, 1973: 207-208). Tercih mimarı, fazlaca bilgi sahibi olunması gereken durumlarda seçenekleri azaltmakla ve karar sürecini kolaylaştırmakla sorumludur. Seçeneklerin sahip oldukları niteliklere göre sınıflandırılması karar sürecini kolaylaştıracaktır (Solek, 2014: 33-34).

Az sayıda seçenek arasında birini seçmek pek zor değilken seçenek sayısının arttığı ve fayda-maliyet durumunun daha karmaşık hale geldiği durumlarda alternatifler arasında seçim yapmak zorlaşmaktadır. Mevcut ikamet yerinden farklı bir kentte iş imkânı bulan birinin, çalışabileceği olası 3 ofisten hangisini seçeceği konusunda ofisin şekli, büyüklüğü, yanındaki komşuları ve en yakın tuvalete olan mesafesi gibi değişkenler üzerinden kıyas yapılarak tercih yapılır. Bir niteliğin yüksek değeri (ofisin büyüklüğü), bir diğeri düşük değerini (gürültülü oluşu) telafi edeceğinden, seçme dilinde buna “telafi edici” strateji denir. Bu tür basitleştirici stratejiler kullanılırken, bireyin minimum standartlarını karşılamayan seçenekler diğer açılardan mükemmel olsalar bile saf dışı edilir. Seçenek sayısının artması tercihler arasında

makul bir yapılanmayı gerektirecek ve tercih bundan etkilenecektir (Sunstein ve Thaler, 2008: 94-97).

1.3.6. Teşvikler

Tercih mimarlarının bir sistemi dizayn ederken ürünlerin arz durumunu ve talep dengesini göz önüne alarak teşvik konusunu ele almalıdır. Bir seçim mimarisi tasarımı hakkında önemli dört soru vardır. İlki sistemin kimin tarafından kullanılacağı, ikincisi kimin seçeceği, üçüncüsü kimin ödeyeceği, dördüncü soru ise kimin yararlanacağıdır. Haftalık öğle yemeği buluşmasına arkadaşlarınızla gidiyorsanız ve herkes yemek parasını her hafta sırayla ödüyorsa ödemeyi başkasının yapacağı hafta daha pahalı bir yemek isteyebilir, kendinizin ödeme yapacağı hafta ise daha ucuz bir yemek sipariş edebilirsiniz. Ya da arkadaşınızın yemek ücretini karşılayacağı gün ahlaki duygularınız ağır bastığından daha ucuz bir menü tercih edebilirsiniz. (Sunstein ve Thaler, 2008: 97-99).

ABD sağlık sigortası sisteminde hastanın tedavisi doktorun istediği şekilde yapılır, sigorta tedavi masraflarını öder ve sağlık ekipmanı üreticilerinden ilaç firmalarına, görevini kötüye kullanan avukatlara kadar herkes bu olayın bir şekilde içinde yer alır. Yukarıda saydığımız aktörlerin hepsinin farklı bir motivasyonu vardır ve sonuç hastalar ya da doktorlar için ideal olmayabilir. Görünürlük sağlamak, standart teşvik analizine ilişkin yararlı bir yenilik olacaktır. Tercih mimarları önlerindeki teşviklere serbest piyasalarda genellikle dikkat ederler. Ancak önemli durumlarda bu pek mümkün değildir. Görünürlük stratejisi manipüle edilebilir ve iyi seçim mimarları insanların dikkatlerini teşviklere yöneltmek için gerekli adımları atabilirler. Fransa’da bulunan INSEAD İşletme Yüksek Okulunda telefonlar uzun mesafe konuşmalarının ücretlerini gösterecek şekilde programlanmıştır. Eğer çevreyi korumak ve enerji tasarruflarını artırmak istiyorsak maliyetlere dikkat çekmek için benzer stratejiler uygulanabilir. Evdeki termostatin sıcak günlerde ısıyı birkaç derece azaltınca saatte ne kadar

tasarruf yapılacağını bildirecek şekilde programlandığını varsayalım. Böylece ay sonunda gelecek faturayı beklemeden evinizdeki ısıyı ayarlama konusunda bir fikir edinir ve kendinizi ayarlarsınız. Hükümetin enerji tasarrufunu artırmak istediğini varsayalım. Elektrik fiyatını artırmanın hiç kuşkusuz belirli bir etkisi olacaktır fakat fiyat artışı daha görünür kılınırsa daha büyük bir etki görülebilir. Tasarruf konusunda elektrik harcamasını ayarlayan termostatların etkisi hiç kuşkusuz küçük fiyat artışlarının sağlayacağı tasarruftan daha etkili olacaktır (Sunstein ve Thaler, 2008: 97-99).

1.4. Dürtme ve Tercih Mimarisi Konusuna İlişkin Değerlendirme

Seçenekleri yasaklamadan ve ekonomik teşvikleri değiştirmeden kişileri yönlendirme gücüne tercih mimarisi, karar vericileri tercihler arasında yönlendirme sorumluluğunu yüklenen kurum/bireye tercih mimarı, amaca ulaşmak için kullanılan enstrümanlara dürtme denir. Kamu gücü ya da tahakküme başvurulmadan kişilerin bilinçaltını etkileyerek kişinin kendisine fayda sağlayacak davranışlara kişiyi yönlendirme eylemi özgürlükçü paternalizm kapsamındadır. Öte yandan; dürtme ve özgürlükçü paternalizm kavramlarının birbirinden ayrılan tarafı ise, özgürlükçü paternalizmin tercih özgürlüğü sunan koruyucu yönlendirmeler içermesi ve kişi yararına olmayan dürtmelerin bu kapsama girmemesidir.

Bölümün başında, seçeneklerden herhangi birini yasaklamadan ve iktisadi özendirme yapılarını ciddi şekilde değiştirmeden kişilerin davranışlarına gözle görülür biçimde yön veren ufak müdahalelerin dürtme teorisi kapsamında değerlendirildiği söylemiştik. Yukarıda bazı boyutlarıyla açıklandığı üzere dürtme teorisi, kişilerin davranışlarının bilinç dışı olması, otomatik bilişsel sistemle kararlar verilmesi, bireylerin muhakeme kabiliyetlerinin sınırlı olması (Galizzi, 2017: 422) gibi durumların varlığı bu teorinin kamu politikalarında uygulanmasını gerekli kılmaktadır.

Çalışmamızda; Varsayılan Seçenek, Hata Payının Hesaplanması, Geribildirim, Eşleştirmeyi Anlama ve Karmaşık Seçimleri Yapılandırma ve Teşvikler başlıkları altında çeşitli dürtme örneklerine yer verilmiştir. İlerleyen kısımlarda çalışmamızda karşılaşılan dürtmelerin bu gruplardan hangisinde yer aldığına da yer verilmektedir. Tercih mimarları kişilerin özellikle insan beyninin otomatik sistemi üzerinde etki sağlayarak dürtme eylemleri vasıtasıyla kişiye ve topluma fayda sağlayacak özgürlükçü paternalist uygulamalara başvurabilirler. İlerleyen kısımlarında güncel sağlık politikalarının uygulanabilirliğinin arttırılabilmesi için başvuru alan dürtme tekniklerinden bahsedilmiştir.



İKİNCİ BÖLÜM

2. TÜRKİYE’DE AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARI

Ülkelerdeki sağlık yapılanmasını ve sağlık değişkenlerinin ne şekilde tanımlanıp konumlandırılacağını sağlık politikaları belirler. Sağlık politikası ve sunulan hizmet anlayışları temelde iki eksene oturtulmuştur. İlk eksen, sağlıklı yaşama ve tıbbi bakım gibi haklar doğuştan kazanılmış olan temel insanlık hakları grubunda olup bu hakkın vatandaşlara sağlanması Devletin sorumluluğundadır. İkinci eksen ise; sağlık hakkı bireysel sorumluluğa tabi olup piyasa koşullarına göre talebin varlığına karşılık oluşan arz neticesinde kişilerin imkânları oranında mevcut sağlık hizmetinden faydalanması öngörülmektedir (Akdur, 1998: 1984-1985).

“Sağlıklı bir toplum için çizilen yol” tanımlamasına uygun şekilde sağlık alanında görev yapan politikacıların topluma sağlamayı planladığı sağlık hizmetinin; içeriğinin, hizmet ettiği amacın ve hangi yöntemle uygulanmasının öngörüldüğünün belirlenmesi, toplum yararına uygun politik hedeflere tevessül edilmesi ve bunların kamuya açıklanması sağlık politikası kavramı içinde yer alır (Kumbasar, 2016: 8). Bir başka deyişle sağlık politikası; mevcut sağlık hizmetlerini, sosyo-ekonomik etkileri ve çevresel etkileşimleri bünyesinde barındıran, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin strateji ve yaklaşımları oluşturan kararlar ağıdır (Sarıkaya, 2012: 22). Sağlık siyasetinin paydaşları arasında Devlete bağlı olarak hizmet sunan, özel sektör kurallarına tabi ve sağlık hizmeti verilirken gönüllü olarak uygulamaya dâhil olan kesimleri içine alır. Bu çerçevede sağlık politikası; sağlık alanına etki eden çevresel ve sosyo-ekonomik değişkenleri de kapsar (Er, 2011: 83-84).

Bu tanımlama ve açıklamalar minvalinde, sağlık politikalarının çevresel ve diğer etkenler nedeniyle zaman içerisinde değişmeye mahkûm olduğu gerçeği göz önüne alınarak

sağlık politikalarında sosyal ve çevresel etmenlere bağlı ve zamanın ruhuna uygun planlamalar yapılması gerektiği değerlendirilmesi yapılabilir.

2.1. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri “Dünya Sağlık Teşkilatı Anayasası”nda; insan sıhhatine ilişkin çeşitli ve farklı faktörlerin ortadan kaldırılabilmesi, teşhis konulabilmesi için hastaların muayene edilmesi ve gerektiğinde iyileştirme, bedensel, zihinsel kabiliyetleri kaybetme ya da kabiliyetlerin eksilmesi durumunda bu kabiliyetlere tekrar kavuşturulmasına ilişkin tıbbi çalışmaların tümü olarak belirtilmektedir (Atabey, 2012: 11).

Genel anlamıyla sağlık hizmetleri, sağlık sorunlarına ilişkin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini kapsamaktadır. Hastalıkların teşhisi, uygun tedavi sağlanması ve rehabilitasyon çalışmalarının yanında hastalığın oluşmasının önlenmesine ilişkin koruyucu hizmetler de sağlık hizmeti kavramının kapsamına girmektedir. Bu bağlamda, “koruyucu sağlık hizmetleri”, “tedavi edici sağlık hizmetleri” ve “rehabilitate edici sağlık hizmetleri” başlıkları altında hizmetler sınıflandırılmaktadır. Bütüncül pencereden bakıldığında sağlığın geliştirilmesi çalışmalarının da sağlık hizmetleri kavramına eklenmesi gerekmektedir (Şeker ve Bulduklı, 2017: 31).

2.2. T.C. Sağlık Bakanlığı

1 sayılı CB Kararnamesi Onikinci Bölümünde Sağlık Bakanlığına yer verilmiştir. Anılan Kararnamenin 352’nci maddesinin birinci fıkrasında “Herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığının görev ve yetkileri şunlardır:” denilerek sağlık kavramının temel bir tanımının yapıldığı ve Bakanlığın görev ve yetkilerinin sıralandığı görülmektedir.

1 sayılı CB Kararnamesinin 352'nci maddesinin (e) fıkrasında belirtilen hususlar; Sağlık Bakanlığının kaynakları kullanım yetkisi, paydaşlar arasındaki koordinasyon ve yönetim gücü, hizmet sunumu ve planlamadaki yeri ve diğer boyutlarla tercih mimarı olduğunu göstermekte ve çalışmamız kapsamında tercih mimarisinin ilk halkası olarak değerlendirilmektedir. (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2018). Bakanlığın misyonu, vizyonu ile Bakanlığın ulaşmak istediği nihai amaca ilişkin yayınlanan metinlerde, kalite sunumunun arttırılmasının hedeflendiği, yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve daha sağlıklı bir toplumsal hayat için uğraşıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022: 29). Bu içerikler tarafımızca, tercih mimarisi ve özgürlükçü paternalizm gibi kavramların kullanılabileceği davranışsal iktisat bilimini ilgilendiren hususlar olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4. 29.07.2021 tarihi itibarıyla Sağlık Bakanlığının Personel Sayısı

Statü	T.C. Sağlık Bakanlığı	Üniversite H.	Özel Has.	Yekün
Uzman hekim	46 563	15 488	26 889	88 940
Asistan hekim	60 792	25 837	4 253	90 882
Diş hekimi	11 647	2 608	19 243	33 498
Eczacı	4 130	1 205	30 921	36 256
Ebe ve Hemşire	210 434	38 795	39 002	288 231
Diğer Sağlık Personeli	367 829	82 754	168 280	618 863
Yekün	701 395	166 687	288 588	1 156 670

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022: 17)

Sağlık Bakanlığının 29.07.2021 tarihi itibarıyla 179.822'i tabip ve uzman tabip olmak üzere toplam 1.156.670 personelinin bulunduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının tercih mimarı oldukları hususu ele alındığında etki alanının büyüklüğü anlaşılabilmektedir.

Tablo 5. Alt Plan Hedefleri ve Stratejik Plan İlişkisi

PROGRAM	ALT PROGRAM	HEDEF	İLİŞKİLİ STRATEJİK AMAÇ
BAĞIMLILIK İLE MÜCADELE	Bağımlılığa Karşı Rehabilitasyon ve Tedavi	Bağımlılık yapan maddelerin tedavisi ve rehabilitasyon çalışmaları	Bütünleşik sağlık hizmet modelinin gerçekleştirilmesi
	Bağımlılığın Önlenmesi	Bağımlılığın önlenmesi çalışmaları	Sağlıklı yaşam teşviki ve yaygın duruma getirilmesi
KORUYUCU HİZMETLER	Aile Hekimliği	Aile hekimliğinin etkinliğini arttırma	1. basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme ve bu hizmetlerin etkinliğini artırma
	Halk Sağlığına İlişkin Koruma	Hasta olunmasını önlemeye ilişkin çalışmalar	Bütünleşik sağlık hizmet modeli kurma
TEDAVİ EDİCİ HİZMETLER	Tedavi Hizmetleri	Daha erişilebilir, daha etkin, etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması	Kalite, memnuniyet, sürdürülebilirlik
	Sağlıkta Uluslararası İşbirliği	Sağlık alanında uluslararası işbirliği ve tecrübelerin talep eden ülkelerle paylaşılması	Sosyoekonomik kalkınma, küresel sağlık ve milli teknolojiye katkı

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022: 32)

Tablo 4’te yer alan Alt Plan Hedefleri ve Stratejik Plan İlişkisi incelendiğinde; Bakanlığın sağlık politikaları kapsamında hazırlanan programında; bağımlılıkla mücadele, “koruyucu hizmetler” ve “tedavi edici hizmetler” üst başlıkları altında stratejik plan hedeflerinin belirlendiği görülmektedir. Çalışmamızın Covid-19 ile mücadeleye yer verilen kısmı koruyucu sağlık programının halk sağlığının korunması alt programını, MHRS ile kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına gerekli olmamasına rağmen hasta yönlendirilmesi kısımları ise tedavi edici sağlık programının tedavi hizmetleri alt programını ilgilendirmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARI

Ülkemizde davranışsal iktisat biliminden yararlanılarak uygulanmakta olan güncel kamu politikalarına değinmekte yarar vardır. Dürtme teorisinden aktüel olarak yararlanan ülkeler sahip oldukları yönetsel yapı ve rejimler yönünden farklı karakterlere sahip olduğundan dürtme teorilerini kullanma şekilleri farklı olabilmektedir. Ancak nihai hedef, birey ve toplumun faydasına olacak kamusal yararın sağlanmasıdır (Aldemir ve Kaya, 2020: 127). Çok sayıda ülke sosyolojik yapı ve koşullarına uygun şekilde hem kamusal politikalarda hem de özel sektörde tercih mimarisi araçlarından yararlanmıştır. 2008 yılından bu yana, uluslararası kuruluşlarla işbirliği halinde, dürtme teorisini organizasyonlarında uygulayan 202 takım ya da yapı mevcuttur (OECD, 2022). İngiltere'nin başını çekmekte olduğu Asya, Avrupa ve Amerika kıtasından birçok ülke çeşitli davranışsal politikalar kapsamında dürtme takımları kurmuş olup Türkiye de bu ülkelerden biridir (Kaya, 2021: 64).

Davranışsal iktisat ve dürtme uygulamalarının kamu politikalarında uygulanması amacıyla ilk “Dürtme Birimi”, T.C. Ekonomi Bakanlığı (halen T.C. Ticaret Bakanlığı) hiyerarşik düzeninde yer alan “İhracat Genel Müdürlüğü” bünyesinde “Davranışsal Kamu Politikaları ve Yeni Nesil Teknolojiler Dairesi Başkanlığı”na bağlı olarak Eylül 2015’te açılmıştır (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 15). 2018 yılında anılan Bakanlıkça yayınlanan “Senin Kararın! (mı?), Kamu Politikası Tasarımında Davranışsal Yaklaşım” adlı eser, kamu politikalarında davranışsal iktisat ve tercih mimarisinden ne şekilde yararlanılabileceği konusunda önemli bir başucu kaynağı olup bu alanda yol gösterici pek çok bilgi barındırmaktadır. Anılan birim “T.C. Ticaret Bakanlığı” hiyerarşik yapısı altında “Türkiye Davranışsal Aksiyon Takımı (Nudge Turkey)” ismiyle çalışmalarını sürdürmektedir (Özdemir, 2019: 260). Birimin amacı “dış ticaret ve yatırım politikalarını yenilikçi ve katılımcı bir

yaklaşım” geliştirmek iken hedefi “ihracatta sürdürülebilirlik ve çeşitlendirme, piyasaya kaliteli ve güvenli ürün arzı, yatırım potansiyelinin artırılması ve e-ihracatın kolay ve ulaşılır kılınması” şeklinde kaydedilmiştir (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 9). Anılan birimde çalışan uzmanlar, İngiltere merkezli faaliyetlerini sürdüren ve davranışsal kamu politikalarının uygulanması alanında dünyaya öncülük eden BIT (Behavioural Insights Team) ile 2015 yılında görüşme yaparak izlenecek yol hakkında mentörlük almıştır. Anılan dönemde bir fon kapsamında Ekonomi Bakanlığımız, ülkemizin bazı önemli üniversitelerinde görev yapmakta olan akademisyenlerin de teşrik-i mesailerini ile Ernst ve Young danışmanlık firmasının proje partneri olarak yer aldığı davranışsal kamu politikalarını ilgilendiren iki proje gerçekleştirmiştir (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 16-20). 27.03.2018 tarihli ilk projede; Bakanlığın “ihracata yönelik devlet destekleri hakkında farkındalık yaratılması”nı amaçlayan ve “devlet destekleri başvurularında %20’lik bir artış sağlama hedefi güden” bir deney yapılmıştır (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 108-116). Proje sonucunda, proje kapsamında hizmet vermeye bağlayan “kolaydestek.gov.tr” internet adresine daha önceki süreçlerde kullanılan devlet desteği sunulması içeriklerini barındıran benzer nitelikli internet sitelerine kıyasla başvuruların beş kat arttığı açıklanmıştır (Çakır, 2019). 18.03.2018 tarihli³ ikinci proje; Bakanlıkça “ihracata yönelik devlet desteklerine başvuru sürecinin kısaltılması amacıyla eksik belgelerin tamamlanma süresinde %20’lik bir azalış sağlama hedefi” barındıran bir deneydir (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 117-120). İkinci proje kapsamındaki çalışma sonucunun kamuoyu ile paylaşılmadığı ve herhangi bir akademik çalışmada da sonuçlara ilişkin veri bulunmadığı anlaşılmıştır (Kaya, 2021: 108).

TEPAV ve Dünya Bankası işbirliği ile kadın işgücü piyasası üzerine, İŞKUR ve Dünya Bankası işbirliği ile “iş arama süreçleri” üzerine, KOBİ ve Dünya Bankası işbirliği ile “e-ihracat seviyelerini yükseltmek” amaçlı projeler, ağaçlandırma oranlarının artırılması hedefiyle

³ Projeler, RCT 1 ve RCT 2 olarak isimlendirildiğinden tarih sırasına göre değil isimlendirme şekillerine göre projelere atıf yapılmıştır.

Orman ve Su İşleri Bakanlığınca kişiye özel zarflarla evlere karaçam tohumu gönderilmesi, BES uygulaması davranışsal iktisat uygulamalarının kamu politikalarında uygulandığını göstermektedir (T.C. Ekonomi Bakanlığı, 2018: 123-129; Torunoğlu vd., 2019: 195-215). Ticaret Bakanlığımızca dış ticaretin güçlendirilmesi hedefiyle, özel sektörde yer alan firmalara, geçmiş faaliyetlerine uygun pazar önerileri sunulması keza davranışsal iktisat alanına işaret etmektedir (T.C. Ticaret Bakanlığı, 2022).

T.C. Ekonomi Bakanlığında sürdürülmekte olan yapıya benzer şekilde T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde de davranışsal iktisat biliminin sağlık politikalarına uygulanmasında lokomotif olabilecek kurumsal bir yapı oluşturulmasının gerekli olduğu değerlendirilmektedir. Çalışmanın bu bölümünde devamla; Merkezi Hekim Randevu Sistemi, Covid-19 pandemisinin Bakanlıkça yönetilmesi ve kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme konuları davranışsal iktisat perspektifinde incelenmiştir.

3.1. MHRS

Bakanlığa bağlı kamu hastanelerinden randevu alınması suretiyle polikliniklerde muayene olunabilmesini sağlayan sistem MHRS olarak adlandırılmıştır. Bu sistem, “Sağlıkta Dönüşüm” çerçevesinde Avrupa Birliğince kabul edilmiş olan başlıca hizmetlerden biri olarak kamunun kullanımına sunulmuştur. MHRS, Kamu hastaneleri ile dış hastaneleri gibi kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında ayrı ayrı uygulanan randevu sistemlerini merkezileştirmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018). MHRS vasıtasıyla vatandaşlar, kamuya bağlı bulunan hastaneler ile “Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri”nde poliklinik hizmeti alabilmek için 24 saat hizmet sunan operatörlerden “182 Çağrı Merkezi”ni telefonla aramak suretiyle randevu alabilmektedir.⁴

⁴ Orijinal bilgilere yer verilebilmesi amacıyla, Aralık 2012’de yayımlanan Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu’ndan alıntı yapıldığından, MHRS’ye online erişim ve elektronik aygıtlar üzerinden erişim sağlanarak randevu alınabildiği hususu yukarıda belirtilmemiştir.

MHRS'nin hedefleri şunlardır:

- ✓ “Hastanelerde teçhizat ve iş gücünün efektif ve faydalı şekilde planlanması ile sunulan hizmete ilişkin hoşnutluğun artırılması ve hastanelerde sıra beklenmeden hizmet alınmasının sağlanması,”
- ✓ “Hastane kaynaklarının faydalanma ve tevzisinin ölçülmesi; verimli ve kaliteli hizmete erişim”
- ✓ “MHRS’den elde edilen verilerin sağlık politikası oluşturmada kullanılması” (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

MHRS kapsamında verilecek muayene poliklinik hizmetlerine “Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” EK-2 “*Hekim Çalışma Cetvelinin Sisteme Tanımlanmasına İlişkin Esaslar*” başlıklı 2’inci bölümde yer verilmiştir. Randevu cetvellerinin ne şekilde oluşturulacağı, hasta sevk ve yönlendirmelerinin nasıl yapılacağı gibi hususlar, diğer maddeler meyanında, bu madde altında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Bir hekim tarafından günlük kaç hasta bakılabileceği, tercih mimarı olarak hekimin nasıl bir hareket alanının bulunduğu çalışma kapsamında sunulan diğer verilerle birlikte değerlendirilecektir.

T.C. Sağlık Bakanının imzası ile bütün illerimizde bulunan Bakanlığa bağlı Sağlık Müdürlüklerine iletilen 09.12.2021 tarihli 2021/12 sayılı MHRS konulu Bakanlık Genelgesinde;

- Az vakitte çok hasta muayenesi ile değil yaygın poliklinik hizmeti planlaması ile randevulu muayene kapasitenin artırımı,
- Randevu aralıklarının hekimlerce etkin oluşturulması, muayenelerin beş dakikalık zamana sıkıştırıldığına benzer söylemler yaratacak durumlardan kaçınılması,
- MHRS’ye esas poliklinikler için hekimler için aylık çalışma cetveli oluşturulması, periyodik güncellenmesi ve sistemdeki görünürlüğünün 15 günün altında olmaması,
- Gerekirse mesai dışı poliklinik hizmeti sunulması,
- Bakanlık SİNA uygulamasından MHRS verilerinin takibi,

Maddelerine yer verilerek MHRS ile ilgili güncel talimatların iletildiği görülmektedir. (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2021).

3.1.1. 2017 Yılı MHRS Hizmet Raporu

Bakanlıkça 2017 Yılı MHRS Hizmet Raporunda 81 ili kapsayan bir çalışma yapıldığı ve 2013-2017 yıllarını kapsayan istatistiklerin bulunduğu görülmüştür. Kamuya açık kaynaklardan daha güncel verilere ulaşılamadığından çalışmamız kapsamında anılan Rapordan alınan 2017 yılı verilerine yer verilmiştir.

3.1.1.1. Raporda Kullanılan Hesaplamalar

Çalışmamız kapsamında, MHRS ile ilgili bilgiler verilirken bazı teknik tanımlamaların bilinmesine ihtiyaç duyulmaktadır, Bu tanımlar, Sağlık Bakanlığı “2017 Yılı MHRS Hizmet Raporu”nda belirtilen halleri ile aşağıda sunulmuştur:

“MHRS’ye Esas Muayene Sayısı: Randevulu hizmet veren polikliniklerin muayene sayısıdır.”

“Açılan Kapasite Oranı (AKO) : MHRS’ye açılan toplam randevu kapasitesinin, MHRS kullanarak hasta kabul edebilen polikliniklerde (MHRS’ye esas polikliniklerde) yapılan toplam muayene sayısına oranıdır.”

“Randevu Doluluk Oranı (RDO)” : “Alınan randevuların açılan randevu kapasitesine” oranıdır. “Açılan randevuların ne kadarına randevu alındığına bakılır.”

“Randevu Muayene Oranı (RMO) : MHRS’ esas polikliniklerde randevu alarak muayene olan hasta sayısının toplam MHRS’ye esas muayene sayısına oranıdır.” (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018, s. 7).

Tablo 6. Stratejik Planda MHRS

STRATEJİK PLANDA MHRS	2017	2018	2019	2020	2021	2022
“MHRS üzerinden yapılan randevulu hasta muayenesi oranı” (%)	28	35	40	45	50	60
Şehir Hastaneleri- MHRS kapsamında Hasta muayenesi oranı (%)	28	35	42	48	55	65
Hekimlerin MHRS’ye açtığı poliklinik kapasitesinin oranı (%)	60	70	75	80	82	85
MHRS kapasitesi doluluk oranı (%)	60	68	72	75	77	80

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 12)

“Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu”nda; “Kamu idareleri; kalkınma planları, programlar, ilgili mevzuat ve benimsedikleri temel ilkeler çerçevesinde geleceğe ilişkin misyon ve vizyonlarını oluşturmak, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptamak, performanslarını önceden belirlenmiş olan göstergeler doğrultusunda ölçmek ve bu sürecin izleme ve değerlendirmesini yapmak amacıyla katılımcı yöntemlerle stratejik plan hazırlarlar.” denilmektedir (Mevzuat Bilgi Sistemi, 2003). 30344 sayılı RG’de yayımlanan “Stratejik Planlama Yönetmeliği” kapsamında Bakanlıkların stratejik planlarını hazırlamaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2018). Ülkemiz Sağlık Bakanlığınca 2017 yılında hazırlatılan beş yıllık Stratejik Planı kapsamındaki MHRS verilerinden; Türkiye’de yıllara göre randevulu hasta muayene oranı, şehir hastanelerinde randevulu muayene oranı, açılan kapasite ve kapasite doldurma oranlarının stratejik plan hedefi içerisinde yer aldığı, sağlık tesisleri tarafından MHRS’ye açılan toplam randevu kapasitesinde yıllık % 5 gibi bir artışın hedeflendiği, 2022 yılında randevulu hasta oranında % 60’a ulaşılmaya çalışıldığı, vatandaşların hekimler tarafından açılan MHRS kapasitesini doldurma oranında yıllara sari bir artış gözlemlenmesinin ve Bakanlık hedefi olan % 80’e 2022 yılı itibariyle ulaşılmasının hedeflendiği görülmektedir. Tercih mimarı olarak

Bakanlığın bu hedeflere ulaşmak için kullandığı enstrümanların dürtme teorisi kapsamında ne şekilde ele alınabileceğine bakılmasında fayda görülmektedir.

3.1.1.2. 2017 Yılı MHRS’de Türkiye Genel Durum

2013-2017 yılları arasında MHRS kullanım sayılarına ilişkin bilgiler Tablo 7’de görülebilmektedir.

Tablo 7. 2013-2017 Yılları İstatistikleri

Randevular ile Çağrı İstatistikleri	2013	2014	2015	2016	2017
“Toplam Çağrı Adedi”	67 909,875	86 535 014	99 347 650	108 365 018	128 981 855
“Ortalama Günlük Çağrı Adedi”	186 054	237 082	272 189	296 079	353,375
“Toplam Randevu”	68 156 577	83 795 226	93 040 090	104 822 902	121 270 608
“Ortalama Günlük Randevu”	270 371	332 493	360 608	418 713	344 519
“Bir Günde Yapılan En Yüksek Randevu”	393 125	435 676	488 621	529 450	610 697
“Randevu Cetveli Oluşturulmuş Aile Hekimi”	18 120	16 872	14 207	11 875	13 590
“ALO 182 Randevu Oranı”	%59,48	% 61,39	%65,18	% 64,82	%63,93
“Web Randevu Oranı”	%36,28	% 29,33	%22,99	% 11,09	%10,05
“MHRS Mobil Randevu Oranı”	%2,14	% 6,40	%8,60	% 20,45	%20,92
“Diğer Kanallar Randevu Oranı”	%2,09	% 2,88	%3,23	% 4,26	%5,10
“Randevu Cetveli Oluşturulmuş Uzman Hekim”	32 534	35 768	38 328	40 856	40 074

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 14)

Tablo 7’de, ülkemizde yıllara göre MHRS randevu ve çağrı istatistikleri analiz edilmiştir. Tabloda kullanılan veriler üzerinden, yıllara göre alınan randevu oranları, çağrı oranları ve randevu cetveli oluşturulmuş hekim oranları ele alınmıştır. Verilere bakıldığında her geçen yıl alınan çağrı sayısı, MHRS randevu oranları ve cetvel oluşturulan hekim sayısının arttığı, hastaların MHRS’den randevu alırken sırasıyla; “Alo 182 çağrı merkezi”, “MHRS web uygulaması”, “MHRS mobil uygulaması” ve diğer kanallar tercih yöntemlerinin sıralandığı görülmektedir.

Tablo 8. MHRS 2017 Yılı Genel İstatistikleri

MHRS (TÜRKİYE)	
2017 YILI TÜRKİYE	
MHRS İl Sayısı	81
Hastane Adedi (81 İl MHRS Bünyesindeki Toplam)	834
Uzman Hekim Adedi	40 074
Aile Hekimi Adedi	13 590
Günlük Ort. Randevu Sayısı (2017)	344 519
Günlük En Yüksek Randevu Adedi (2017)	610 697
İptal Dahil Randevu Sayısı (Toplam)	121 270 608

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 16)

2017 yılı MHRS Genel İstatistikleri tablosunda, 2017 yılı Türkiye geneli MHRS kapsamındaki toplam sağlık tesisi, hekim sayıları ve 2017 yılına ait randevu sayılarına yer verilmiştir.

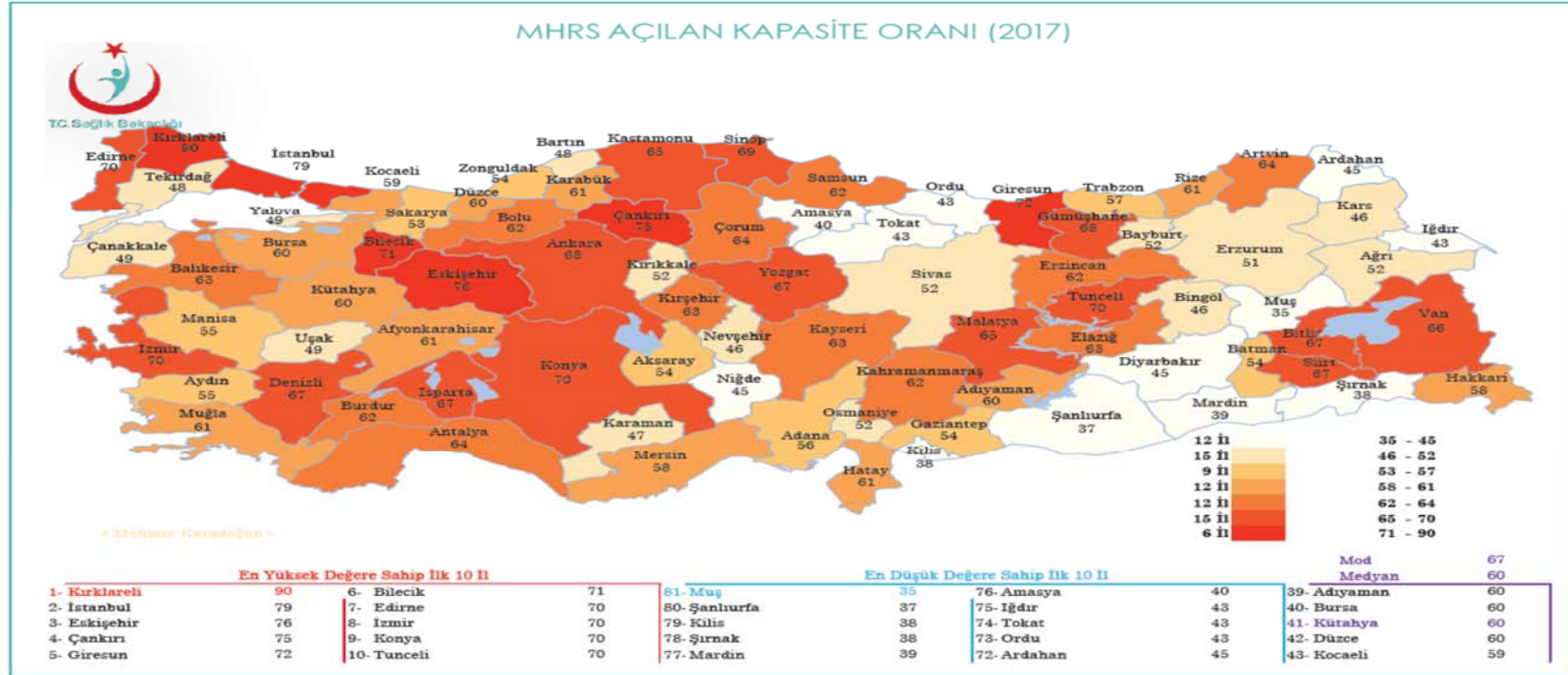
Tablo 9. 2017 Genel Durum

2017 GENEL DURUM							
Açık Kapasite	Toplam MHRS'ye Esas Muayene	Kapasite Açma O.	Alınan Randevu S.	Randevu Doluluk O.	Gerçekleşen Randevu O.	Gerçekleşme Oranı	Randevulu Muayene Oranı
165 278 142	266 732 699	% 62	100 318 886	% 61	76 211 526	% 76	% 29

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 16)

Tablo 9’da; Türkiye geneli 2017 MHRS genel durumuna ilişkin veriler analiz edilmiştir. 2017 yılında ülkemiz geneli sağlık tesisleri tarafından MHRS’ye açılan toplam randevu kapasitesi 165.278.142 iken alınan randevu sayısının 100.318.886 olduğu görülmekte olup açılan kapasitenin sadece % 61’i doldurulmuştur. Randevu sadakatine bakıldığında, alınan 100.318.886 randevu sayısından 76.211.526’sının gerçekleştiği, randevu alanların %24’ünün randevusuna gelmediği görülmektedir. Randevulu Muayene oranı MHRS’ye esas toplam muayenenin %29’unu oluşturmaktadır. MHRS’ye esas muayene oranlarının düşük olduğu tablodan anlaşılabilmektedir.

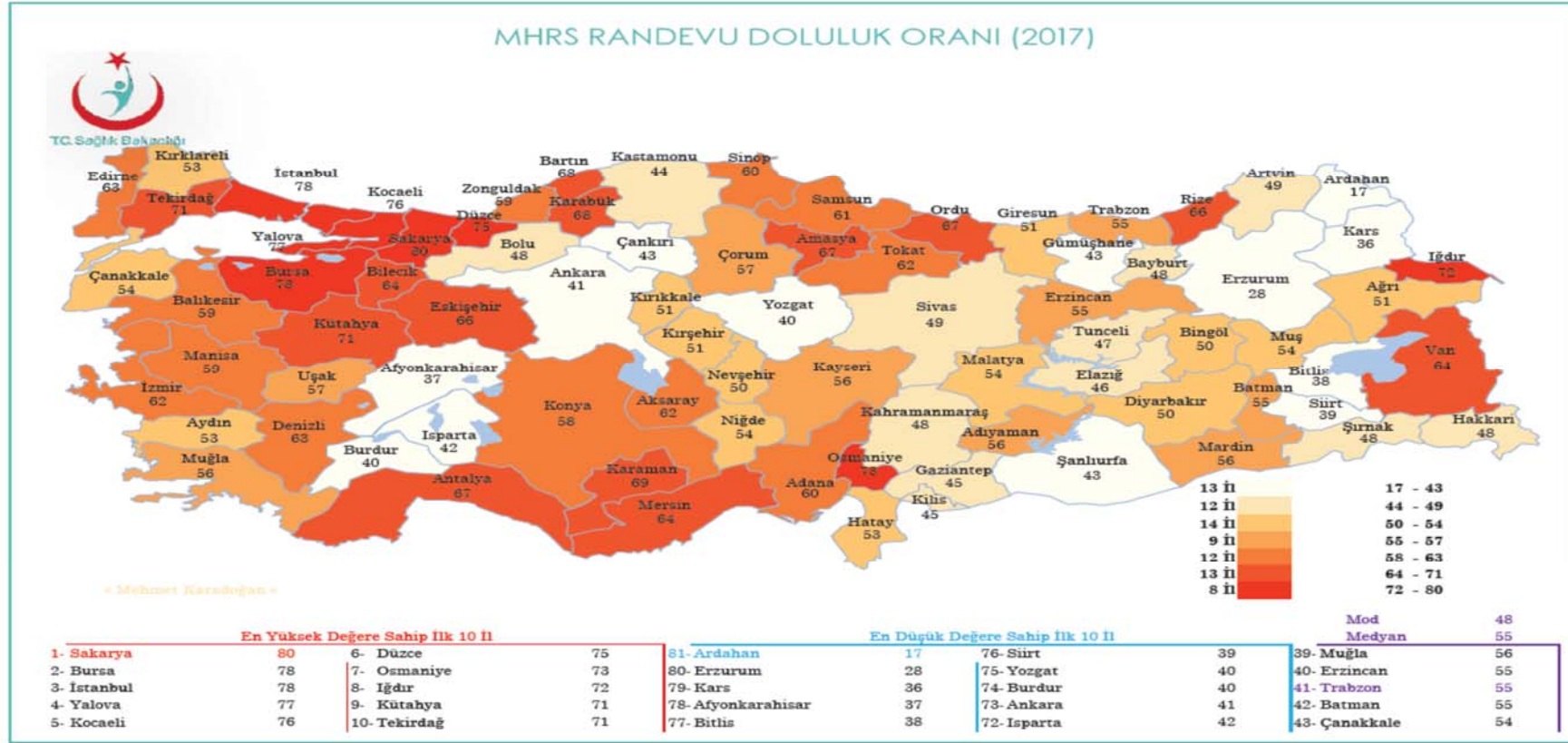
Grafik 1. MHRS Açılan Kapasite Oranı



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 17)

Grafik 1, ülkemizde 2017 yılında MHRS kapasite oranının düşük seyrettiğini göstermektedir. Bu tablo tercih mimarına, iller arasında MHRS açılan kapasite oranları arasında kıyas yapma imkânı sunmaktadır.

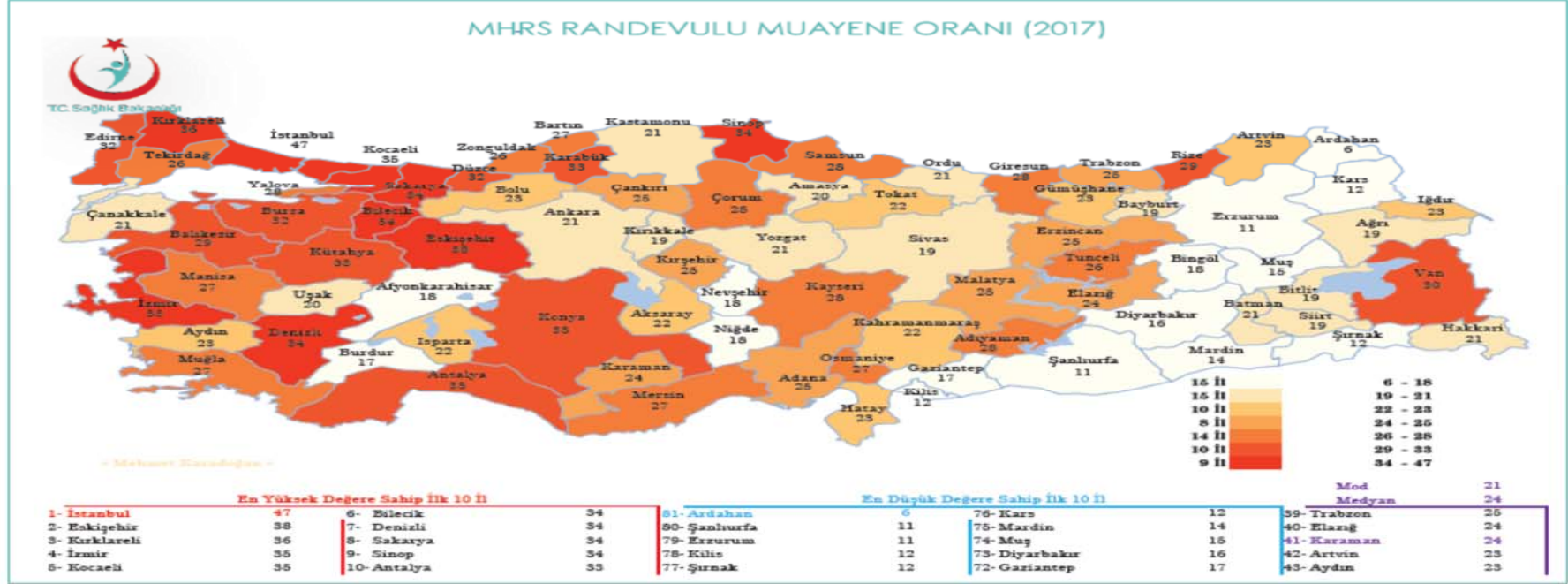
Grafik 2. MHRS Randevu Doluluk Oranı



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 18)

Sağlık Bakanlığı tarafından dolulukla ilgili orana ilişkin hedef % 80 olarak belirlenmiştir. Açılan randevuların “ne kadarına randevu alındığına” bakıldığında oranın Türkiye genelinde düşük olduğu ve belirlenen hedefin altında kaldığı görülmektedir. En yüksek Orana Sahip il %80 doluluk oranı ile Sakarya; en düşük il ise % 17 oranı ile Ardahan'dır.

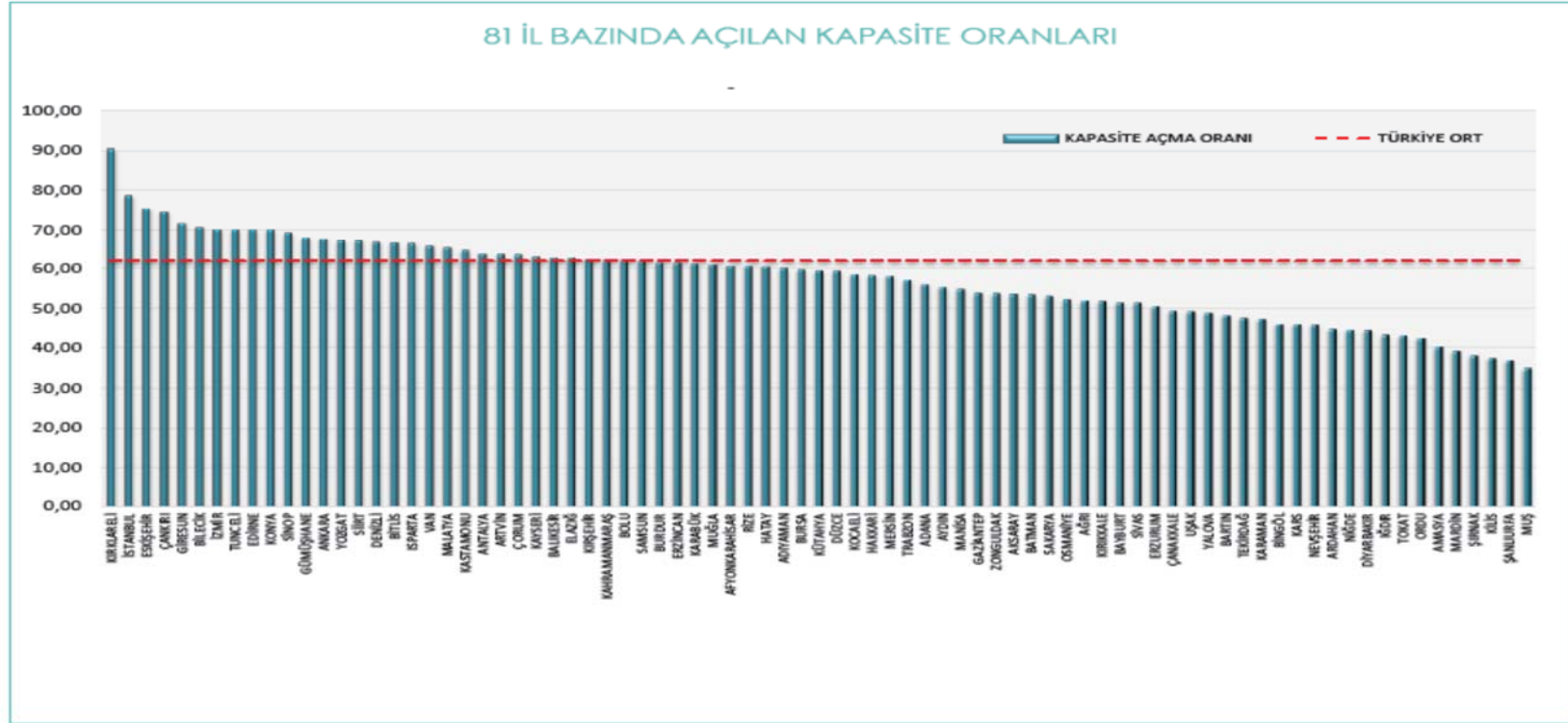
Grafik 3. MHRS Randevulu Muayene Oranı



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 19)

Grafik 3'ten, Türkiye genelinde randevulu muayene oranının çok düşük olduğu, en yüksek il olan İstanbul'un dahi %50 oranının altında kaldığı görülmektedir. En düşük orana sahip 10 il ülkenin doğusundaki illerden oluşmaktadır.

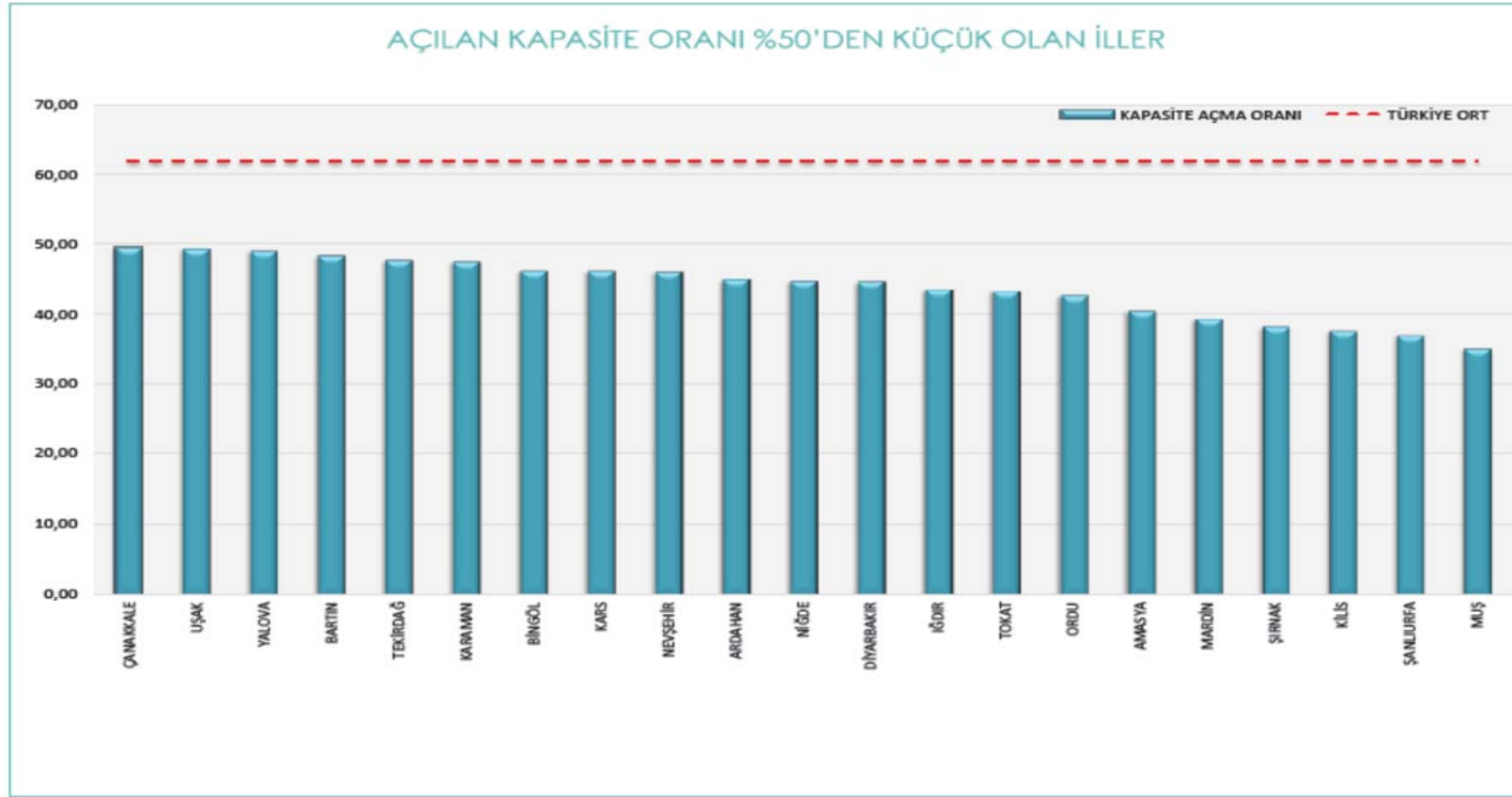
Grafik 4. 81 İl Bazında Açılan kapasite Oranları



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 20)

Türkiye ortalamasının altında ve üstünde kapasite açan iller ve illerin oranlarını göstermektedir. Kırklareli ili en yüksek orana ulaşan il olurken listenin en alt kısmında Muş ili bulunmaktadır.

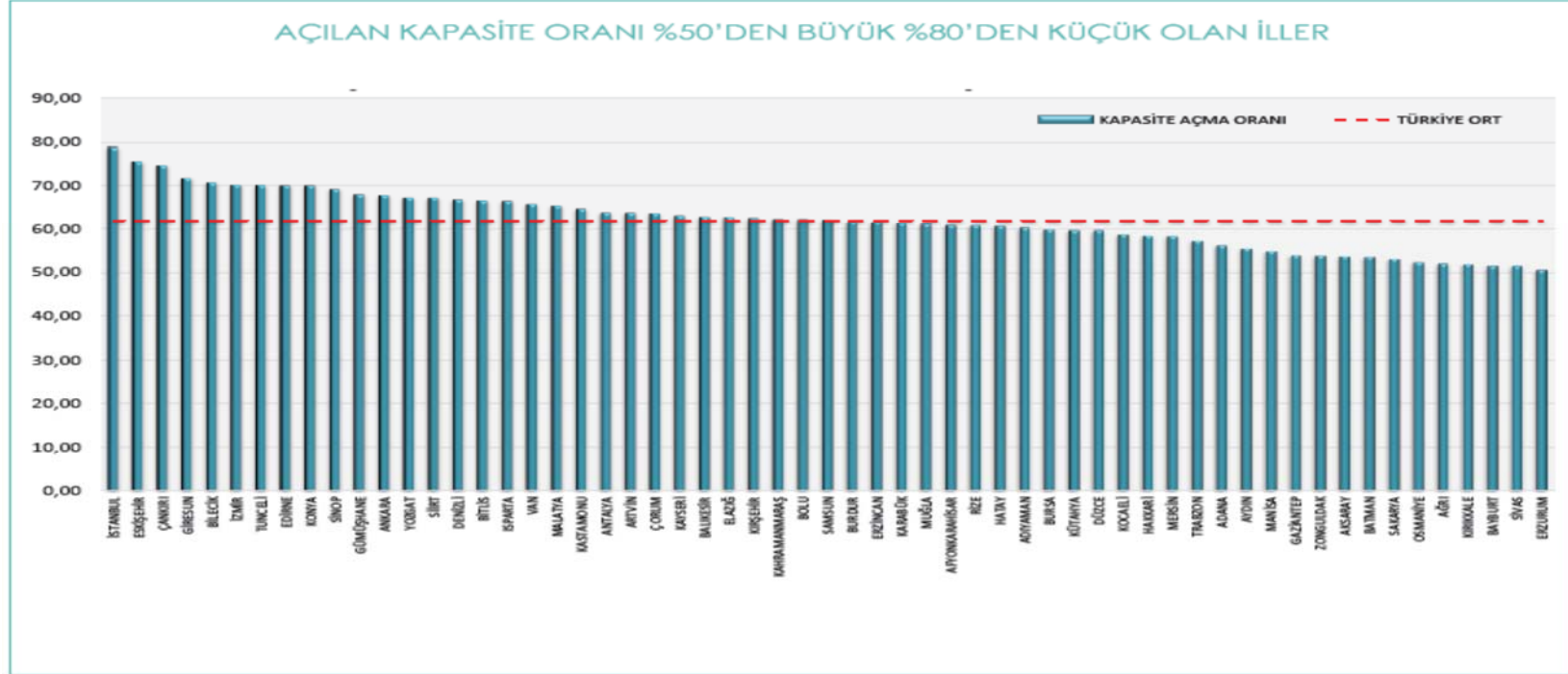
Grafik 5. %50'den Düşük AKO'lu İller



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 21)

Kapasite Açma Oranı %50 'den küçük olan illeri göstermektedir. 20'den fazla şehirde bu oranın % 50'nin altında olduğu görülmektedir.

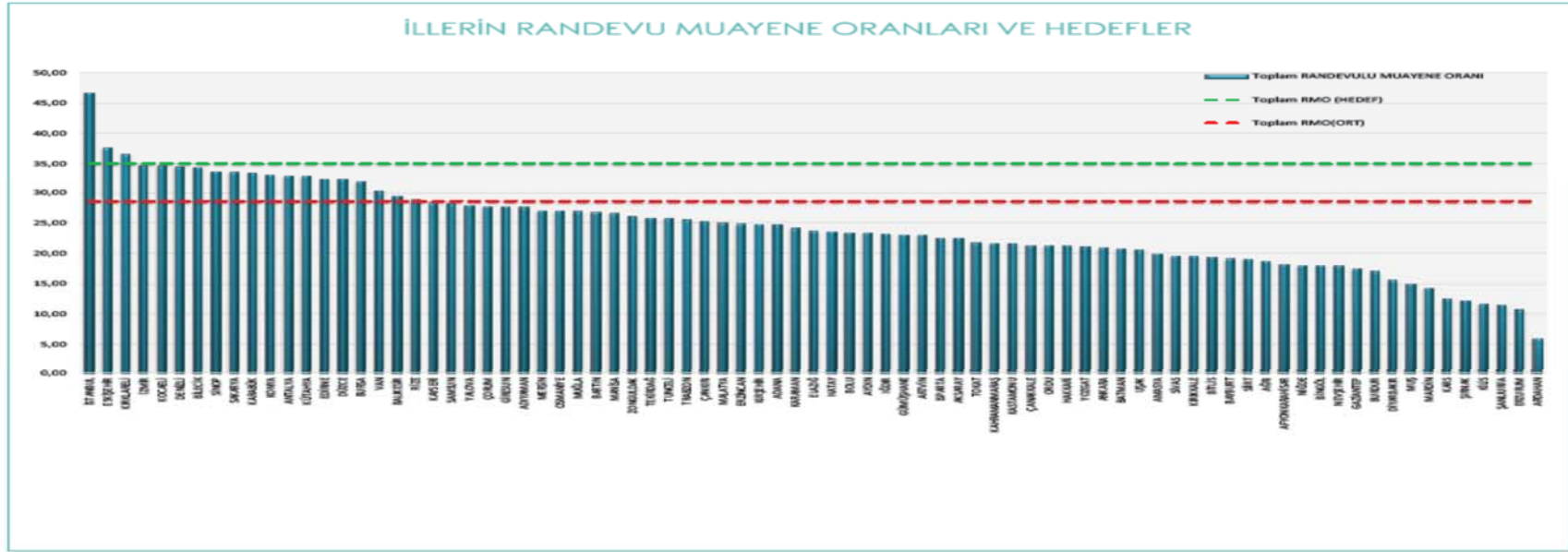
Grafik 6. %50'den Büyük AKO'lu İller



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 22)

Kapasite Açma Oranı %50-%80 arasında bulunan iller Grafik 6'da gösterilmiştir. Türkiye geneli kapasite açma oranının %60 olduğu görülmektedir. Bu oranlar, MHRS bakılan hastaların yanı sıra %40'lık bir kapasitenin MHRS dışı hastalar için kullanıldığını göstermektedir.

Grafik 7. İllerin Randevu Muayene Oranları ve Hedefler



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, 2018: 23)

Grafik 7 incelendiğinde; Bakanlıkça belirlenmiş olan toplam randevu muayene oranı hedefine yalnızca 3 şehrin ulaştığı, ortalama randevu muayene oranlarının ise çoğunlukla büyük şehirlerde tutturulduğu, küçük şehirlere genellikle hastaların randevu almadan hastanelere başvurdukları ve kendilerine randevusuz poliklinik hizmeti sunulduğu anlaşılmaktadır. Bu sayıların politikaya uygun hedeflere yükseltilmesi için bölgesel ya da şehrsel bazda dürtme uygulamalarına ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM Bakan Yardımcısı imzası ile 81 ilin İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilen Mart 2022 tarihli yazıda, Bakanlığa bağlı hastanelerdeki planlama ve Bakanlık hedefleri kapsamında **randevusuz ve randevulu şekilde** poliklinikde hastalara muayene hizmeti verileceği belirtilmiştir (Posta Gazetesi, 2022). Genelge niteliğindeki bu yazı, MHRS ile verilen randevuların güncel durumda emredici mahiyette olmadığını kanıtlamakta ve MHRS'nin tercih mimarisi boyutuyla çalışmamıza uygun bir mahiyette olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, MHRS kapsamında sunulan hizmetin tercih mimarisi ekseninde değerlendirmeye alınabileceğini göstermektedir.

MHRS kullanımının vatandaşa sağladığı faydalardan biri hastanın sıra beklememesidir. Muayene saatini bilen hasta doğrudan muayene olup diğer işlemler için daha geniş zaman ayırma olanağına sahiptir.

Mobil uygulama, web ve Alo182 Randevu hattından istenilen hekime anında randevu alınabildiğini belirten “Hızlı Randevu”, mobil uygulama ve web üzerinden konum bilgileri paylaşarak en yakın hastanenin bulunabildiği “En Yakın Hastane”, MHRS üzerinde istenilen hekime randevu alma özgürlüğü sunan “İstedığınız Doktor”, şikâyeteye özel tanıların bulunduğu ve böylece poliklinik randevusu alınabilen “Neyim var?” mottoları kullanılarak vatandaşların kamu hastanelerinde muayene olmadan önce sistemden sıra alarak hastanelere gitmeleri, randevu alınmadan poliklinik hizmetleri için kamu hastanelerine gidilmemesi sağlanmaya çalışılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Bakanlıkça hazırlatılan 45 saniyelik bir kamu spotu videosu ile randevu alınarak tedavi olunmasının rahatlığı anlatılarak ve “siz hastanede beklemeyin hastane sizi beklesin” sloganı kullanılarak MHRS uygulamasının kullanımı için vatandaşların yönlendirilmeye çalışıldığı görülmektedir (YouTube, 2022)⁵.

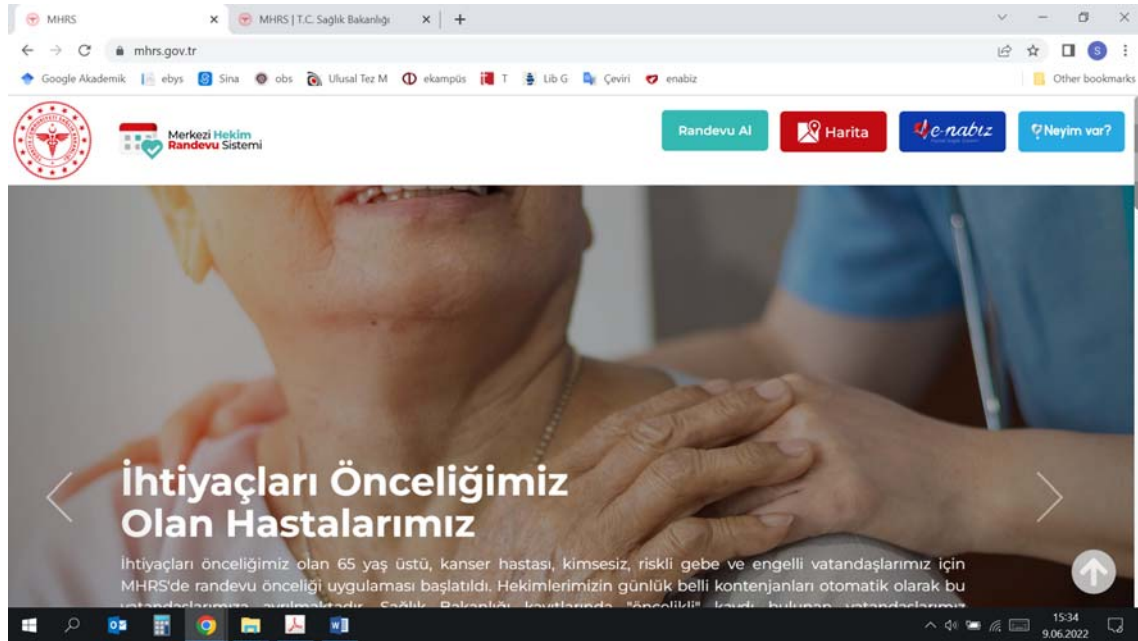
⁵ “Siz hastanede beklemeyin hastane sizi beklesin”,
“URL: <https://www.youtube.com/watch?v=JZjyURDLnLM>”
“Erişim Tarihi: 29.05.2022”

Ülkemizin demografik yapısı itibariyle MHRS kullanım oranlarının iller arasında ciddi farklılıklar gösterdiği anlaşılmaktadır. MHRS kullanımının özendirilmesi için bölgeden bölgeye farklı mesajlar içeren ya da illere özgü hazırlanmış bir tercih mimarisi çalışmasına rastlanmamıştır. İstenilen seviyeye henüz ulaşmadığı anlaşılan MHRS kullanım oranlarının arttırılabilmesi için illerin kendine has yapıları ele alınarak ve illerin demografik yapısına uygun şekilde tıbbi branşların farklı özelliklerine göre dürtme teorisinin kullanılmasında yarar görülmektedir.

3.1.2. MHRS Randevuları ve Tercih Mimarisi

MHRS'nin vatandaşlar tarafından ne düzeyde kullanıldığı hususu ile fiili durumda vatandaşlara kamu hastanelerince randevulu ve randevusuz olarak poliklinik hizmetleri sağlanabildiğinden konunun tercih mimarisi ekseninde ele alınabileceğine yukarıda değinilmişti. Aşağıda; MHRS uygulamasına ne şekilde başvurulduğu ve burada dürtme kavramının kullanılıp kullanılmadığı hususuna yer verilmiştir.

Şekil 1. MHRS Ana Sayfası



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

MHRS’ye ilgili web sayfası üzerinden erişim sağlanabilmektedir. “Randevu Al” butonuna tıklandığında, kullanıcı MHRS vatandaş giriş sayfasına yönlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu görsel, konunun açıklanabilmesi için giriş mahiyetinde sunulmuştur.

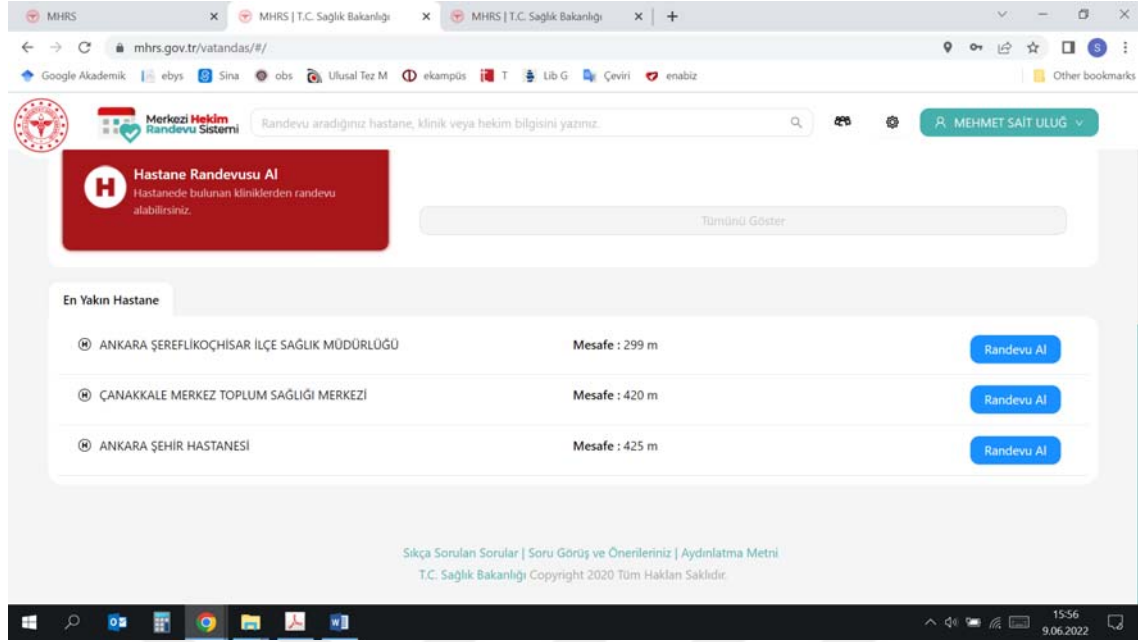
Şekil 2. MHRS Vatandaş Girişi

The screenshot displays the MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) login interface. The page is titled 'MHRS' and 'Merkezi Hekim Randevu Sistemi'. It features a login form with two input fields: 'T.C. Kimlik No' and 'Parola'. Below these fields are three buttons: 'Giriş' (green), 'e-Devlet ile Giriş' (red), and 'Üye Ol' (blue). A link 'Parolamı Unuttum' is also present. A banner on the right side of the page shows a smiling woman with the text 'MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ ile her zaman öndesiniz.' The footer contains a cookie policy notice and the date '9.06.2022'.

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şekil 2’de belirtilen vatandaş giriş sayfasında sisteme giriş için iki yöntem mevcuttur. İlki MHRS’ye daha önce kayıt yapıldığından MHRS şifresi ile giriş ikincisi ise e-Devlet şifresi kullanılması suretiyle sisteme giriş yapılmasıdır. MHRS şifresi olmayan vatandaşlar “Üye Ol” butonunu tıklayarak sisteme kayıt yapabilmektedir. Bu kısımda dürtme uygulanmamakta olup sonraki aşamaların anlaşılabilmesi için görsele yer verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

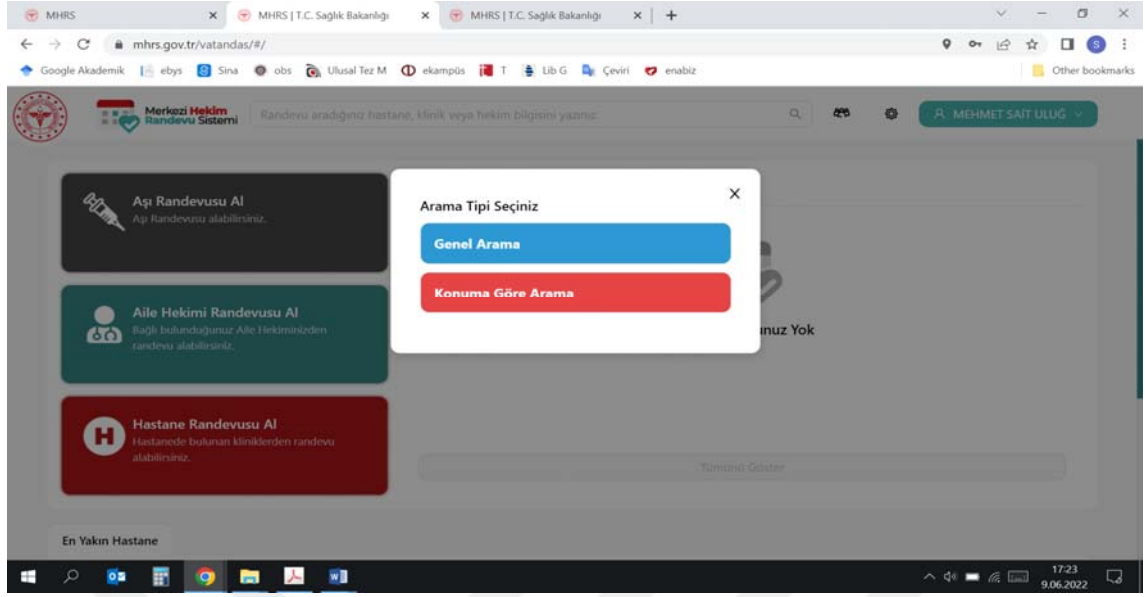
Şekil 3. En Yakın Hastane



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şekil 3'te, MHRs vatandaş girişi açılış sayfasında en yakın hastaneler gösterilerek vatandaşların bu hastanelerden birini seçmeye yöneltildiği görülmektedir. Ancak, girilen cihazın GPS sinyallerinden belirlenen konumda hata olabileceği göz önüne alınmalıdır. Aynı anda hem Çanakkale ili hem de Ankara ilinde bulunan hastanelere en yakın hastane başlığı altında yer verilebiliyor olması sistemin eksik yanlarının olabileceğini göstermektedir. Hastanelerin yoğunluk durumu hesaplanarak hasta kabulüne en uygun hastaneye bu kısımda yer verilmesinin daha efektif bir dürtme olabileceği değerlendirilmektedir.

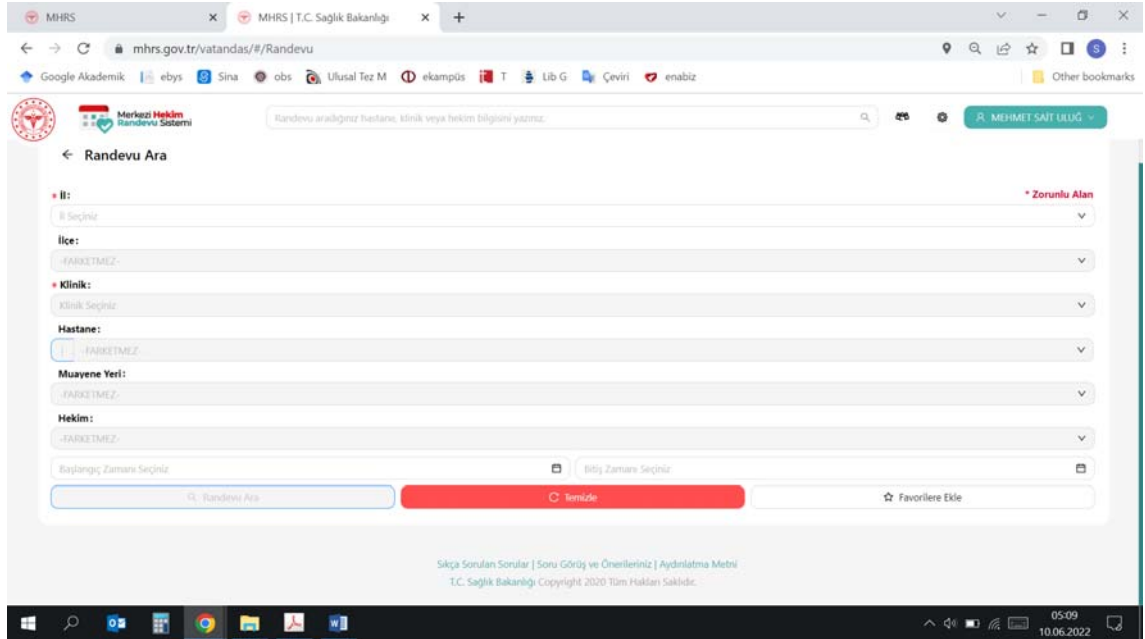
Şekil 4. Hastane Randevusu Alma



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

“Hastaneden Randevu Al” butonu tıklandığında mavi arka fon ile “Genel Arama”, kırmızı arka fon ile “Konuma Göre Arama” seçenekleri yer almaktadır. Arka fonda farklı renklerin kullanılması kullanıcının genel arama yapmaya yönlendirildiği şeklinde değerlendirilebilir.

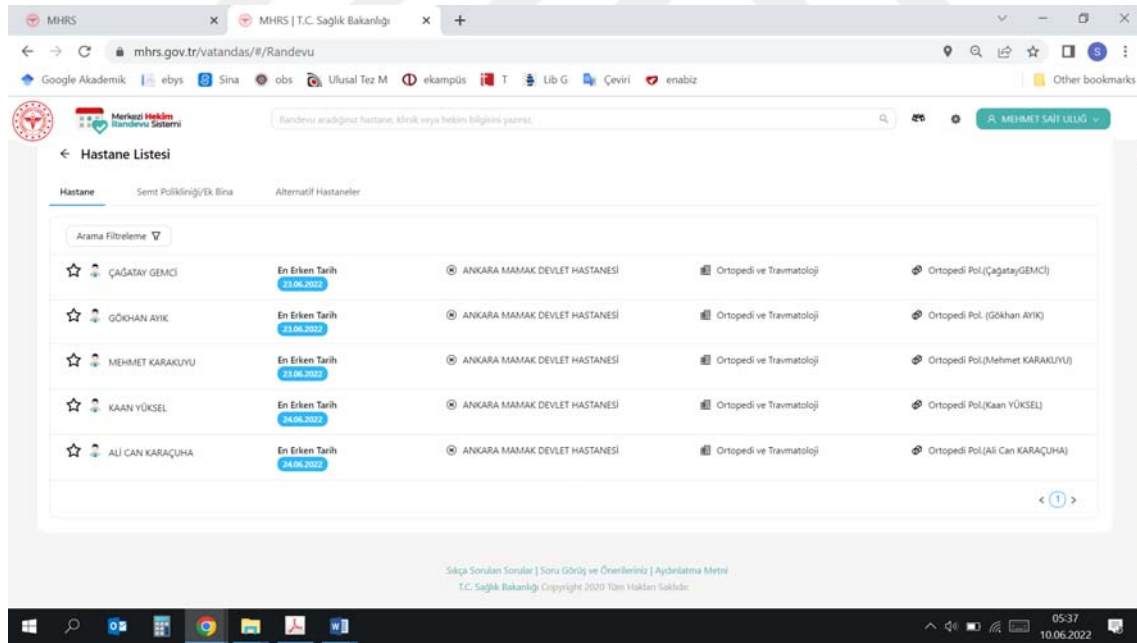
Şekil 5. Randevu Ara



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Tercih mimarisi konusu anlatılırken, karar vericilerin aşamalı onay gerektiren durumlarda “bir sonraki aşamaya geçmeden önce mevcut seçeneklerden birini” seçmeleri gerektiğine ilişkin “gerekli seçim” ya da “zorunlu seçim” diye adlandırılan bir seçim yapmak zorunda oldukları belirtilmişti. Ancak zorunlu seçim uygulamasının kullanılması insanlara zor geldiğinden tercihlerden birinin “varsayılan seçenek” olarak belirlenmesinin daha uygulanabilir olduğuna değinilmişti. Şekil 5’te, “Genel Arama” butonu tıklandığında il ve klinik isimlerinin zorunlu seçim alanları olarak karşımıza çıktığı; ilçe, hastane, muayene yeri, hekim sekmelerinin ise “farketmez” uyarısı ile varsayılan olarak belirlendiği görülmektedir. Bu durum, Çalışmamızın 1.3.1. Bölümünde anlatılan “Varsayılan Seçenek” dürtme yönteminin MHRS’nin bu kısmında aktif kullanıldığı görülmektedir.

Şekil 6. Ortopedi Branşı Hekim Seçimi



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şekil 6; örnek olarak seçilen Ankara ili “Mamak Devlet Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniği”nden alınabilen poliklinik sırasını göstermektedir. 10.06.2022 tarihinde yapılan aramada en erken 21.05.2022 tarihi için sıra bulunabildiği ve hekimlerin

uygunluk durumlarının “en yakın tarihten en uzak tarihe” olmak üzere yukarıdan aşağıya doğru sıralandığı görülmektedir. Bu aşamada, çalışmamızın 1.3.5. Bölümünde anlatılan “Karmaşık Seçimleri Yapılandırma” dürtme yöntemi kullanıldığı ve kullanıcının en yakın hangi tarihte muayene olabilecekse o tarihi seçmeye yönlendirilerek seçilecek hekimin isminin ne olduğu konusunun arka plana itildiği görülmektedir.

Sonuç olarak; vatandaşlar tarafından MHRS’den poliklinik sırası alınması işleminde, tercih mimarı T.C. Sağlık Bakanlığınca davranışsal iktisat bilimi araçlarından yararlanma kastı olup olmadığı bilinmemekle birlikte, “Varsayılan Seçenek” ve “Karmaşık Seçimleri Yapılandırma” dürtme ilkelerinin uygulandığı görülmüştür.

3.2. COVID-19

Koronavirüsler, tek zincirli pozitif poariteli, zarflı RNA virüsleri olup yüzeylerinde çubuğa benzeyen uzantılar vardır. Bu çıkıntılar Latince “corona” yani “taç” anlamı ile ilişkilendirilerek virüse taçlı virüs anlamına gelen Coronavirus adı verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

3.2.1. Ülkemizde Covid-19 Süreci

Türkçede “Yeni Koronavirüs Hastalığı” olarak isimlendirilen Covid-19, öksürük, nefes almada zorlanma, yüksek ateş gibi belirtilere sahip bazı hastalardan alınan veriler sonucu 03.01.2020’de tanımlanan bir virüstdür. Koronavirüsler insanlarda SARS, MERS gibi ağır hastalıklar ile daha hafif nitelikte seyreden soğuk algınlığı gibi hastalıklara sebebiyet vermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

2020 yılının Ocak ayında Türkiye’de herhangi bir Covid-19 hastalığı görülmeden önce bu hastalıkla mücadele etmek amacıyla “Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilim Kurulu” oluşturuldu. Havaalanlarında termal kameralar kuruldu. Hastalığın ilk

çıkış yeri olan Çin halk Cumhuriyeti'nden ülkemize yapılan uçuşlarla ülkemize ulaşan yolcular, iner inmez termal kameralar vasıtasıyla tarandı, karantina odaları, negatif basınçlı sedyeler, koruyucu ekipman ve malzemeler tüm illerde ihtiyaç halinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Ülkemiz İçişleri Bakanlığı'nın 2020 yılı 3 Nisan tarih 6235 sayılı Genelgesi kapsamında Zonguldak ili ile büyükşehir statüsünü haiz 30 ilde on beş günlük şehirlere girişve şehirlerden çıkış yasağı getirilmişti. Anılan Bakanlığın sonraki E.6484 sayılı "Sokağa Çıkma Yasağı" Genelgesi ile de Zonguldak ve büyükşehir statüsünü haiz 30 ili içine alacak biçimde, "İl İdaresi Kanunu" ve "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"nun ilgili maddelerine istinaden "10.04.2020 tarihi saat 24:00'dan 12.04.2020 tarihi saat 24:00 arasında aşağıda belirtilecek Büyükşehir statüsündeki 30 ilimiz ile Zonguldak il sınırları içinde bulunan tüm vatandaşların sokağa çıkmalarının yasaklandığı" bildirilmiş ve ilave kısıtlamalara da anılan Genelgede yer verilmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2020).

Covid-19 salgınının yayılma hızı ve mutasyon geçirmesi durumlarına göre sonraki süreçte ülkede sokağa çıkma yasaklarının genişletilmesi, kamu personellerine ilişkin idari izin uygulamaları, iş sektörlerine göre farklı yaptırımlar, maske takma zorunluluğu, birçok alanda HES Kodu kullanımı gibi uygulamalar yaşamımıza girdi. Tercih mimarisi, insanların karar verecekleri konuya ilişkin bağlamı organize ederken kişilerin bunu yapmaya zorlanamayacağını konu edindiğinden yukarıda belirtilen kısıtlamaların hiçbirisi çalışma kapsamına girmemektedir. Öte yandan, Covid-19 virüsüne karşı geliştirilen aşılardan kişilerin tarafından uygulanması halen zorunlu değildir. Aşıları yaptırap yaptırmama seçeneğinin yanı sıra kişilerin geliştirilen aşılardan da seçim yapabiliyor olması Covid-19 aşılardan tercih mimarisi yönünden incelenebilir bir konu haline getirmektedir. Konunun devamında Covid-19 sürecinde kullanılan bazı dürtme ve tercih mimarisi örnekleri ile birlikte dürtme olarak değerlendirilemeyecek paternalist

uygulamalara yer verilmiş ve Covid-19 aşısının vatandaşlara uygulanması sürecinde tercih mimarisinin işlevselliği değerlendirilmiştir.

3.2.2. Covid-19 Sürecinde Bakanlık

Tercih mimarı olarak Sağlık Bakanlığınca, sigara ile mücadele kapsamında daha önceki süreçte “Onlar Kazanırken Biz Kaybediyoruz”, “Bu Hilal Sensiz Olmaz”, “Sigarayı Bırakmanın Tam Zamanı” gibi kamu spotlarıyla sigara bağımlılığı olan vatandaşların bu bağımlılıktan kurtulması ve sigaranın toplumun diğer kesimlerine verdiği zararın da yok edilmeye çalışılmasına ilişkin çalışmalar bulunmaktaydı. (T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM, 2022). 2020 Mart ayından itibaren devam eden Covid-19 sürecinde, T.C. Sağlık Bakanlığınca; vatandaşlara, sağlık personellerine ve sektörlere yönelik afişler, broşürler, billboard-CLP’ler, videolar, radyo spotları, hazırlanan sözlük ve uygulamalı eğitim programlarıyla sürecin bilgi akışı ve yönlendirme penceresinde kontrol edilmeye çalışıldığı ve vatandaşların özgürlükçü paternalist uygulamalarla korunmaya çalışıldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Aşağıda, tercih mimarı olan Bakanlık tarafından kullanılan çeşitli paternalist uygulamalara yer verilmektedir. Bu başlık altında sunulan örneklerin dürtme teorisi kavramı çerçevesinde değerlendirilip değerlendirilmeyeceğinden çok tercih mimarının pandemi sürecinde neler yapmış olduğunun görülmesi istenmiştir. Pandeminin en yoğun seyrettiği dönemde vatandaşların ne yapmaları gerektiği konusunda kullanılan bilgilendirme ve yönlendirme metodlarının bilinmesi, tercih mimarisinin bu alanda ne şekilde uygulandığını yahut uygulanabileceğini görebilme konusunda da yol gösterici olacaktır.

Şekil 7. Maske ve Mesafe



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

Bakanlık sitesinden alınan halkla ilişkiler örneklerinden biri Şekil.7’de gösterilmiştir. Covid-19 salgınının yayılmasının önlenmesi amacıyla vatandaşlar tarafından maske kullanımını özendirmek ve belirlenen sosyal mesafeye uymayı sağlamak amacıyla “*Koronavirüs’e Karşı Gücümüz*” sloganının kullanılmıştır. Burada maske kullanımının zaten kanuni bir zorunluluk olduğu, bu nedenle tercih mimarisine konu olamayacağı akla gelebilir. Ancak, 83 Milyon kişinin yaşadığı bir ülkede yalnızca tahakküm ile kişilerin maske takıp takmadığının denetlenmesi imkânsızdır. Bu nedenle, kişilerin bilinçaltını etkileyerek istenilen yönde yönlendirilmeye çalışılması gerekli hale

gelmektedir. Ancak bu örnekte insan beyninin otomatik sistemine tercihler arasından birine doğrudan yönlendirme şeklinde güçlü bir etki olmadığı değerlendirilmektedir.

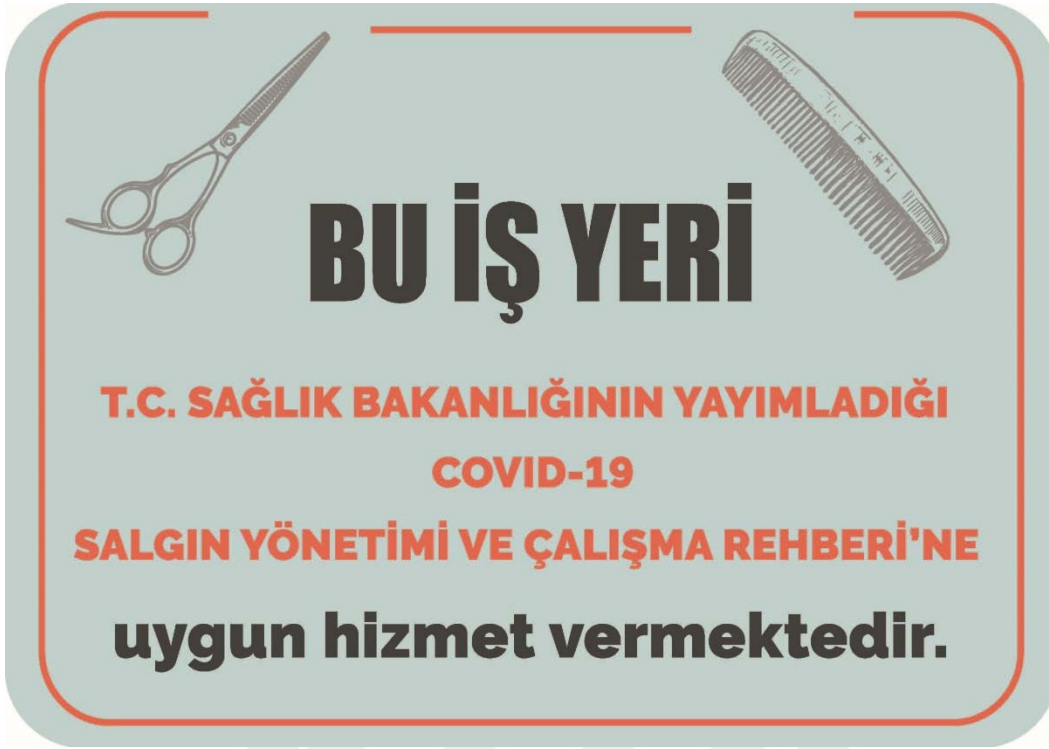
Şekil 8. Ellerimizi Nasıl Yıkamalıyız?



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

Pandemi koşullarında olsun ya da olmasın kişilerin uydukları takdirde sağlıklı yaşamalarına yardımcı olacak el yıkama alışkanlığının Covid-19 salgınının yayılmasının önlenmesi için bir araç olduğu değerlendirilerek Bakanlıkça Şekil 9’da gösterilen afişe benzer uyarılarla halk bilinçlendirilmeye çalışılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Şekil 9. Berber ve Kuaförlerde Kullanılan Afiş



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

Şekil 4’te konunun ayrıntılarına değinilmeden, berber ve kuaför salonlarında Bakanlıkça yayımlanan “Covid-19 Salgın Yönetimi ve Çalışma Rehberi”ne uygun hizmet verildiği belirtilerek, “maske, mesafe ve temizlik kurallarına riayet edilmesi” gerektiği hatırlatılmaktadır. Herhangi bir zorlama unsuruna afişte yer verilmeden, kişilerin bilinçaltına kurallara uymaları gerektiklerine ilişkin mesaj verilmektedir.

“Hayat Eve Sığar” sloganının baş harfleri kullanılarak oluşturulan HES Kodu, “toplu taşıma araçları, toplu kullanım alanları gibi yerlerde geçirilecek süre boyunca” Covid-19 virüsünün bulaşma riskini azaltmak için kullanılan bir kamusal tedbir metodudur. Covid-19 hastası ya da hasta ile temaslı bulunan vatandaşların toplu ulaşım aracı kullanmalarına engel konulması, “birlikte seyahat edilen kişilerin sonradan Covid-19 testinin pozitif çıkması halinde” kişinin bilgilendirilmesi için bu uygulama kullanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Şekil 10. HES Kodu Nedir?

HES KODU NEDİR?

Hayat Eve Sığar (HES) Kodu,
Kontrollü Sosyal Hayat döneminde ulaşım, kurum ziyareti veya bireysel iletişim gerektiren kamusal alanda bulunma durumunda COVID-19 açısından herhangi bir risk taşıyıp taşımadığınızı güvenli şekilde paylaşmanızı sağlayan ve böylece salgının takibine destek olan bir uygulamadır.

HES KODU NASIL ALINIR?
HAYAT EVE SİĞAR UYGULAMASI İLE

"Hayat Eve Sığar" uygulaması üzerinden "HES Kodu İşlemleri" bölümüne girilir.

"HES Kodu Oluştur" butonuna tıklanır. Kod kullanım süresi seçilir ve kod oluşturulur.

HES KODU NASIL ALINIR?
KISA MESAJ (SMS) İLE

HES yazıp aralarında boşluk bırakarak sırasıyla T.C. Kimlik Numarası, T.C. Kimlik Seri Numarasının Son 4 Hanesi ve Paylaşım Süresi (gün sayısı olarak) yazılır ve 2023'e kısa mesaj (SMS) olarak gönderilir.

2023
HES 12345678901
1232 45

2023 SMS Numarası

- HES 12345678901
- 1232 45
- T.C. Kimlik Numarası
- T.C. Kimlik Seri Numarasının Son 4 Hanesi
- Paylaşım Süresi (gün sayısı olarak)

Hayat Eve Sığar uygulaması üzerinden dilediğiniz sayıda HES Kodu üretebilir, hangi kodu hangi kurumla paylaştığınızı listesi görüntüleyebilir, dilerseniz iptal edebilir veya yetkilerini kaldırabilirsiniz.

Kısa mesaj (SMS) göndererek HES Kodu alırken mesajınızın sonunda paylaşım süresini (gün sayısı olarak) belirtmezseniz kodun süresi 1 yıl ile sınırlı olacaktır. Sağ taraftaki SMS örneğinde olduğu gibi mesajınızın sonuna paylaşım süresi gün sayısını yazdığınızda ise HES Kodu, yazdığınız gün sayısı kadar geçerli olacaktır.

*e-Devlet Kapısı üzerinden de HES Kodu alabilirsiniz.

HES Kodu hakkında detaylı bilgi almak için hayatevesigar.saglik.gov.tr web sitesini ziyaret edebilirsiniz.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI
saglik.gov.tr
/SaglikBakanligi

Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

Şekil 10'da yer alan afişte, HES Kodunun ne olduğu, kodun neden edinilmesi gerektiği ve kullanım şekline ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Covid-19 virüsünün bulaş riskinin azaltılması için kullanılan kodun insanlar tarafından daha fazla kullanılmasını teşvik eden tercih mimarının, uygulamayı aşama aşama anlatarak vatandaşın bilinçaltına uygulamanın kullanılmasının aslında kolay olduğunu belirtmeye ilişkin bir çalışma gerçekleştirildiği görülmektedir.

Sonuç olarak; Covid-19 salgınının etkisini azaltmak amacıyla T.C Sağlık Bakanlığınca afişler, broşürler, billboard-CLP'ler, videolar, radyo spotları, eğitim programları hazırlanmış olsa da bu uygulamaların yukarıda açıklanan formatları paternalist birer uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak özgürlükçü paternalizm

ve dürtme teorisi penceresinden konuya “makul tercihe yönelik daha iyi seçimlere kişilerin yönlendirilmesi” prensibi ile bakmakta yarar vardır. Bu aşamada, maske takıp takmama, el yıkayıp yıkamama ya da evde kalıp kalmama tercihleri konusunda kişilerin yönlendirildikleri görülmektedir. Yukarıda saydığımız örneklerde, kemer takmayan bir sürücünün kemer ikaz ışığı öttüğünde kemerini hemen takmaya dürtülmesi kadar güçlü bir uyarıcı etkinin insan beynine yapılmadığı kanaati oluşmuştur. Bu nedenle, yukarıda sayılan reklam ve halkla ilişkiler çalışmalarının tercih mimarisi ve dürtme teorisi kapsamında verilecek iyi örnekler olmayacakları değerlendirilmektedir.

3.2.3. Covid-19 Aşısı

Covid-19 pandeminin sonlandırılabilmesi için en güçlü seçeneklerinden biri kullanım onayına sahip aşılardan uygulanmasıdır (Lurie vd., 2020: 1973). Pandemi ile mücadele edilebilmesi amacıyla birkaç aşı çeşidi geliştirilmektedir. Bunların tamamı bağışıklık sistemine “hastalığa sebep olan virüsü güvenli bir şekilde tanıtmayı ve yok etmeyi öğretecek şekilde” geliştirilmiştir. Bu türler aşağıda sıralanmıştır:

1. “İçeriklerinde etkisizleştirilmiş virüs bulunan, hastalık yapmayan ancak bağışıklık oluşturan aşılardan (inaktif aşılardan).”
2. “İçeriğinde zayıflatılmış virüs bulunan, hastalığa neden olmayan lakin bağışıklık oluşturan aşılardan (canlı atenüe aşılardan).”
3. “Güvenli bir şekilde bağışıklık yanıtı oluşturmak için Covid-19 virüsünün yapısını taklit eden protein parçalarını kullanan protein bazlı aşılardan.”
4. “Güvenli bağışıklık yanıtı oluşturmak için Covid-19 virüsünün RNA parçacıklarını taşıyan hastalık yapıcı etkisi olmayan virüslerin kullanıldığı viral vektör aşılardan.”

5. “Kendi başına güvenli bağışıklık yanıtı oluşturan protein üretmek için genetik olarak tasarlanmış RNA ve DNA parçacıklarını kullanan son teknoloji bir yaklaşım olan m-RNA ve DNA aşıları.”

Faz-3 çalışmalarına erken tarihlerde başlanan beş farklı aşının, üç yöntemle üretildiği görülmektedir. Aşılar için uygulanan yöntemler; viral vektör, inaktif ve mesajcı RNA (mRNA) şeklindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2.3.1. İnaktif Aşılar

Gelenekselleşmiş yöntemlerle üretilen bu aşı ile virüs parçalanıp etkisiz hale getirilirken vücuda zarar verilmemekle birlikte kişinin bağışıklığı uyarılarak güçlendirilir. İnaktif aşılar canlı virüsler yerine öldürülmüş virüsler içermelerinden dolayı güvenilirlik seviyesinin daha yüksek olduğu kanaati mevcuttur. Bu aşıların uzun dönemde etkisinin diğer aşılarla kıyas edildiğinde daha fazla olduğu fikri savunulmaktadır. Bu türün üretiminin diğer türlere oranla daha zor ve yavaş olduğu bilinir. Türkiyede yapılan faz-3 çalışması nihai olmayan (ara) değerlendirme skorlarına binaen aşının etki oranının % 91,25 olup Sinovac aşısının bu sınıftadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2.3.1.1. Adenovirüs (Viral Vektör) Aşıları

Soğuk algınlığı ya da grip yapıcı adenovirüsün “genetik müdahale sonrası Koronavirüs proteini ile desteklenerek bağışıklık oluşturmaları” hedeflenir. Bu aşılar canlı mikroorganizmalar ihtiva etmekle birlikte, bu canlı mikroorganizmalar güçsüzleştirilmiş olduğundan insanda hastalık yaratma gücüne sahip değildir. Bu aşılar, 2°C-8°C arasındaki aşı dolaplarında muhafaza edilebilir. Bu sınıf aşılar yeni aşı geliştirme teknolojilerindendir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2.3.1.2. Mesajcı RNA (mRNA) Aşıları

Yapay olarak laboratuvarlarda üretimi yapılan mRNA'lar insan vücudunun kendi mRNA'ları gibi işlev görerek virüse karşı bünyeyi uyarmayı amaçlamakta, vücutta doğal üretimi gerçekleşen protein sentezinde yer almaktadır. Bu moleküller sonrasında vücudun kendi molekülleri gibi yıkılarak vücuttan dışarıya atılır. Bu aşılar, son 25 yılda kanser ve başka hastalıkların tedavisinde kişiye özgü “immunoterapi yöntemleri”yle çalışılan teknolojiye yakın biçimde üretimi yapılan aşılardır. Dezavantajlı olunan taraf, bu sınıfa giren aşılarından “Biontech/Pfizer aşısı”nın -70°C’de, “Moderna aşısı”nın -20°C’de saklanma gereksinimi bulunmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2.3.2. Ülkemizde Uygulanan Aşılar

Ülkemizde Sinovac, Biontech/Pfizer ve TurkoVac olmak üzere vatandaşlara uygulanmakta olan üç aşı seçeneği bulunmaktadır.

3.2.3.2.1. Sinovac Aşısı

COVID-19 Aşısı CoronaVac Çin, Şili, Türkiye, Brezilya, Endonezya vb. dâhil olmak üzere düzinelerce ülkede acil kullanım/şartlı pazarlama için onaylanmıştır. İlk olarak 05.02.2021'de Çin'de şartlı pazar izni almıştır. Klinik öncesi ve klinik araştırma denemelerinin sonuçları “Science and Lancet Infect Diseases”de yayınlanmıştır. Faz I/II/III Klinik denemesinin sonucu, CoronaVac’ın her yaş için güvenilir olduğunu ve immünojenisiteye sahip olduğunu göstermiştir . Faz III Klinik deneme ve gerçek dünya çalışmaları, CoronaVac ile aşılanmanın Covid-19 enfeksiyonunun neden olduğu insidans, hastaneye yatış ve ölüm oranlarının düşmesinde etkisinin büyük olduğunu göstermiştir. İnaktive edilmiş Covid-19 Aşısı CoronaVac , WHO Acil Kullanım Listesi (EUL) için onaylanmıştır. Yıllık üretim kapasitesi 2 milyar dozun üzerindedir ve CoronaVac dünya

apında 50'den fazla ülkede/bölgede/kuruluşta acil kullanım için onaylanmıştır. Kasım 2021 itibariyle, CoronaVac'ın kümülatif küresel arzı 2,3 milyar dozdan fazla ve kümülatif aşılanmış dozlar 1,9 milyara ulaşmıştır (Sinovac, 2022).

3.2.3.2.2. BioNTech/Pfizer Aşısı

mRNA aşı türünde olan bu aşı 3-8 hafta arayla verilen 2 dozluk seri şeklinde uygulanır. 5 yaşından büyük, orta veya ciddi derecede bağışıklığı baskılanmış kişiler, ikinci dozun uygulanmasından itibaren minimum 4 hafta geçtikten sonra açıdan üçüncü doz almalıdır. Pfizer-BioNTech aşısı, 16 yaşından büyükler için kullanılmak üzere 23.08.2021 tarihinde “ABD Gıda ve İlaç Dairesinden (FDA) onay aldı” ve sonrasında ilaç dünya genelinde kullanılmaya başlandı. Aşı olduktan sonraki 7 gün içinde sık görülen, bazı kişilerin günlük aktivitelerini yapma yeteneklerini kısıtlayabilen ancak çoğunlukla hafif seyreden yan etkiler mevcuttur. (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). 12 yaş ve üzeri kişiler için bileşenler Tablo 10'da gösterilmiştir:

Tablo 10. Pfizer-BioNTech İçeriği

Malzeme Türü	Amaç
Haberci ribonükleik asit (mRNA)	Vücudun, COVID-19'a neden olan virüsten zararsız bir protein parçası oluşturmak için kullandığı talimatları sağlar. Bu protein, vücudun gelecekte COVID-19 hastalığına yakalanmasını önlemeye yardımcı olan bir bağışıklık tepkisine neden olur.
Lipitler (yağlar)	mRNA'nın hücelere girmesine yardımcı olmak için kullanılan bileşimlerdir.
Tuzlar ve şeker	Aşı üretilirken, dondurulurken, nakledilirken ve aşı alıcısına verilmeye hazır olana kadar saklanırken aşı moleküllerinin stabil kalmasına yardımcı olmak için kullanılan bileşimlerdir.

Kaynak: (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

3.2.3.2.3. TurkoVac Aşısı

Yerli Covid-19 aşısı Turkovac, izole edilen SARS-CoV-2 virüsünün büyüklüğü ile eşdeğer genomun yeni nesil sistemle dizilenmesiyle gen haritası oluşturularak aşı çalışmalarına başlanmıştır. Aşının Faz-1 ve Faz-2 çalışmaları belli sayıda gönüllü üzerinden yürütülmüştür. Faz-3 çalışması kapsamında yüksek sayıda başvuru olmuştur (TÜSEB, 2022).

Turkovac, bağımsız yerel etik komiteler ve TİTCK tarafından değerlendirilerek 22.12.2021’de ülkemizde “acil kullanım onayı” almıştır. Konuların bilimsel olarak ele alındığı toplantılar neticesinde, varılan anlaşma sonucunda Turkovac aşısının hatırlatma dozu için faz-3 klinik çalışmasına Azerbaycan’daki laboratuvarlarda başlanmasına karar verilmiştir. Aşıya ilişkin nihai çalışmalar henüz sonlanmamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.2.4. Covid-19 Aşısının Tanıtımı

Kullanılan kamu spotlarında, Covid-19 aşısının ikinci dozunun uygulanmasından sonra bağışıklık oluşmasının birkaç hafta aldığı, aşı olan kişi korunuyor olsa bile dışarıdan aldığı virüsü başkasına bulaştırma riski taşıdığı, “toplumsal bağışıklık oluşana kadar maske, mesafe ve temizlik tedbirlerinin sürdürülmesi” gerektiğine ilişkin bilgiler ile vatandaşların konuya ilişkin yeterince bilinçlendirilmesi amaçlı çalışmalar yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM, 2022).

Şekil 11. Kolları Sıvıyoruz Konulu Kamu Spotu (Sertap Erener-Demet Akbağ)



Kaynak: (TRT Haber, 2022)

Covid-19 aşılarının uygulanmasına ilişkin en yaygın kullanılan çalışmalardan biri, toplumun genelince tanınan ünlü kişilere “Kolları Sıvıyoruz” konulu kamu spotlarında yer verilmesidir. Dr. Mehmet Öz, Sertap Erener, Demet Akbağ, İlber Öltaylı, Engin Altan Düzyatan, Cedi Osman ve diğer sanat, cemiyet ve spor dünyasından isimler bu tema kapsamında ekran yüzü olarak kullanılmış ve vatandaşların aşı olma eğilimleri arttırılmaya çalışılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM, 2022).

Şekil 12. İlk Koronavirüs Aşısının Uygulanması.



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Uygulanan ikna tekniklerinden biri de siyaset ve sağlık alanında önde gelen kişilerin basın önünde Covid-19 aşısı olmaları ve vatandaşların bu şekilde aşı olmaya teşvik edilmeye çalışılmasıdır. Cumhurbaşkanı, 14.01.2021 tarihinde Ankara Şehir Hastanesinde, TİTCK tarafından analiz edilmiş olan CoronaVac aşısını yaptırarak bu durumu sosyal medyada paylaşmıştır. Paylaşımında, aşı programının başarıyla sürdüğü ve sağlık çalışanların çok büyük çoğunluğunun ilk doz aşılarını olduğu belirtilerek vatandaşların aşı olmaları gerektiğine ilişkin motivasyon konuşmasına yer verildiği görülmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı, 2022). Öte yandan, “ilk koronavirüs aşısının Sağlık Bakanı Fahrettin Koca’ya yapıldığı” basında yer almış ve Bakanlık resmi sitesinde konuya değinilmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Tercih mimarları olan kamu idarecileri tarafından yapılan bu eylemler özgürlükçü paternalist uygulama olarak değerlendirilebilir.

Tercih mimarı, dürtme uygulayacağı kitleye genel hitaplar yerine “kişiye özel” bir dil kullanarak yaklaşırsa dürtmenin etkinliği artacaktır. Örnek verilecek olursa, kurumlarca personel ya da vatandaşlara yazılan e-postalar “Sayın İlgili” gibi hitaplar

yerine hitap edilen kişilerin isimlerine özel gönderildiğinde okunma ve reaksiyon oranları artmaktadır (Solek, 2014: 38). Kişilerin evlerine gidilerek bizzat aşı olması gerektiğinin kendisine söylenmesi de benzer bir dürtmedir.

Şekil 13. Köylü kadına eşeğinin üstüneyken aşısı vuruldu



Kaynak: (İhlas Haber Ajansı, 2022)

Sonuç olarak, Covid-19 pandemisinin yaşamımıza girdiği andan itibaren, ülkemizde bu nahoş pandeminin yayılma hızının azaltılması, hasta vatandaşlara en uygun tedavi imkânlarının sağlanması gibi konularda kamu sektörü paydaşlarınca ciddi uğraşlar verilmiştir. Ülkemiz Sağlık Bakanlığınca, tercih mimarisi ve dürtme teorisinden yararlanıldığı bilimsel anlamda kayda geçirilmemiş olsa da ülke genelinde Covid-19 aşısının vatandaşlara uygulanma oranlarının arttırılması için ciddi bir dürtme tekniği uygulandığı anlaşılmıştır. Tatil günleri dâhil haftanın bütün günlerinde aşılama çalışmalarına ara vermeden ve uzun süre hiçbir izin kullanamadan devam eden sağlık yöneticileri ve emekçilerinin köy köy, mahalle mahalle vatandaşları aşı olma ya da olmama tercihleri arasından aşı olmayı seçmeye yönlendirmeleri çalışmamızın 1.3.4.

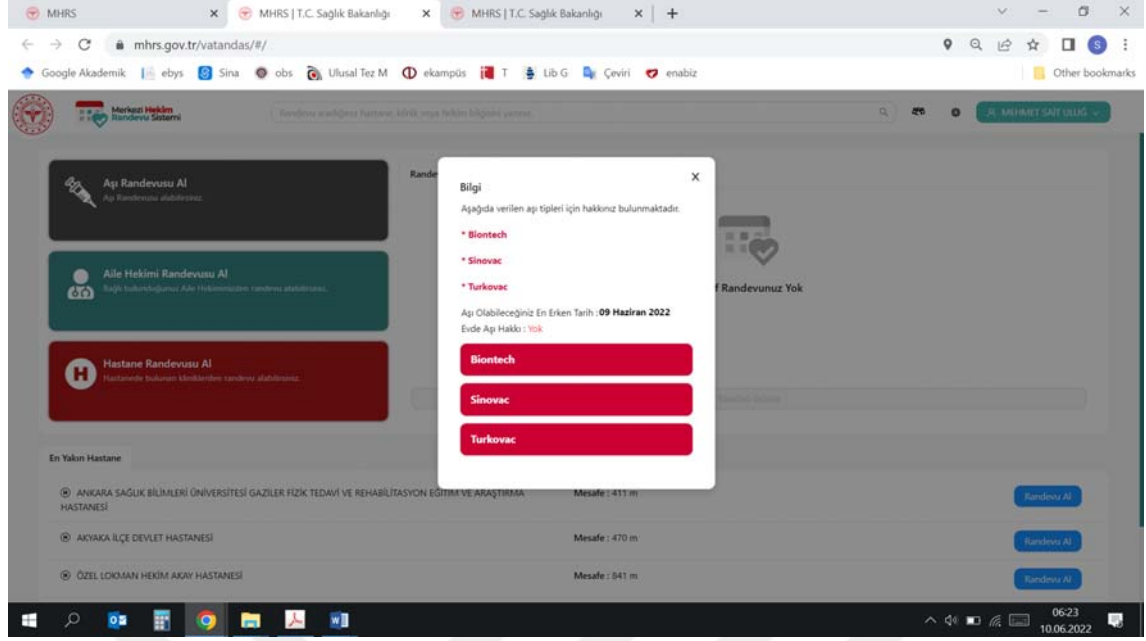
başlığı altında yer alan “Eşleştirmeyi Anlama” dürtme yöntemine uygun düşmekte ve özgürlükçü paternalist bir uygulama olarak değerlendirilmektedir. Aşı olması tavsiye edilen ve aşının faydaları ya da zararlı yönlerine ilişkin ayrıntılı bilgisi olmayan vatandaşın; RECAP denilen ve “Kaydet (Record), Değerlendir (Evaluate) ve Alternatif Fiyatları Kıyasla (Compare Alternative Prices)” aşamalarını beynin otomatik sistemi üzerinde anlık olarak işleme aldığı, aşı olması gerektiğine ilişkin tercih mimarından doğrudan gelen bir öneriden etkilenerek aşı yaptıрма yönünde karar verdiği değerlendirilmiştir.

3.2.5. Tercih Mimarisi ve Covid-19 Aşısı

Kırklareli ilinde yapılan bir araştırmayı içeren tez çalışmasında; aşılardan vatandaşlara uygulanması sürecinin dijital uygulamalar kullanılarak kolaylaştırılması ve aşı olmanın toplumsal faydalarının ön plana çıkarılmasının aşı olma kararını olumlu etkilediği, öte yandan, “aşı yaptıranların kararlarında etkili olan dürtme yöntemlerine ilişkin veriler analiz edildiğinde anketi cevaplayanlar arasında değerlendirme yapılabilecek sayıda aşı olmayan denek bulunmadığından anlamlı sonuca ulaşılamadığı” belirtilmiştir. “Varsayılan seçenek tasarımı, sahiplik etkisi, kullanılabilirlik yanlılığı ve sosyal etkilerin gücünü ölçebilecek mesajlar gibi dürtme araçlarının etkisini değerlendirebilmek için daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olduğu” vurgulanmıştır (Ufuk, 2022).

MHRS uygulaması üzerinden sıra alınarak olunabilen Covid-19 aşılardan tercih mimarisi ve dürtme teorisi kapsamında nasıl uygulamalara yer verildiğine aşağıda değinilmiştir.

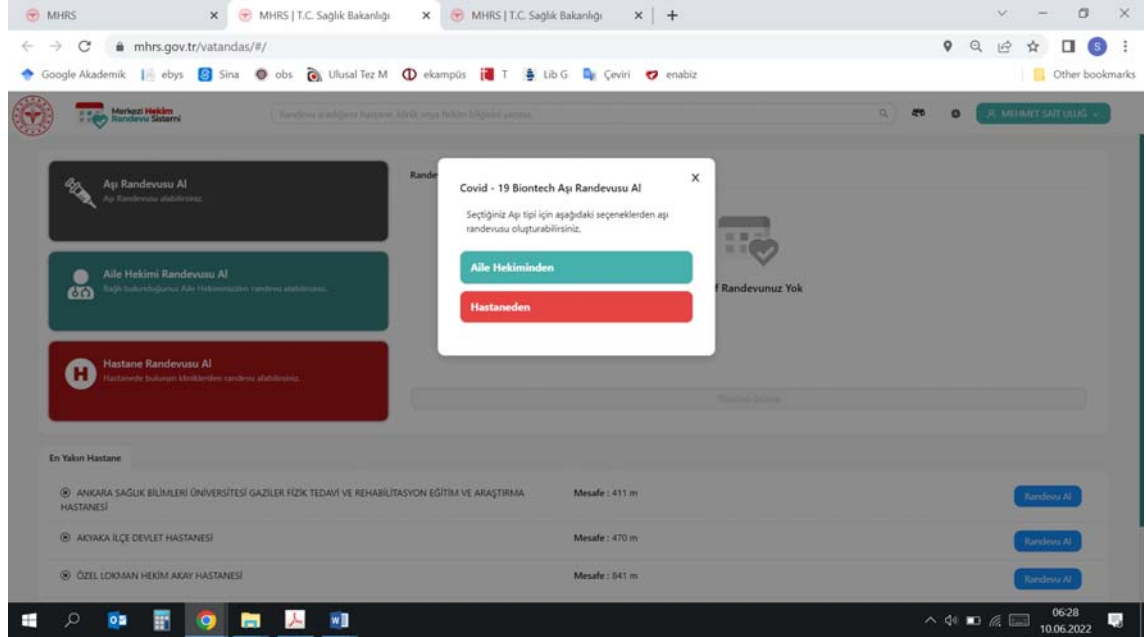
Şekil 14. Covid-19 Aşı Randevusu Alma



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şekil 14’de, ülkemizde uygulanmakta olan aşı türleri arasında seçim yapılması yönünden herhangi bir dürtme uygulamasına gidilmediği, uygulanmakta olan her üç aşı türünün de aynı arka fon rengi ile tercihe sunulduğu görülmektedir.

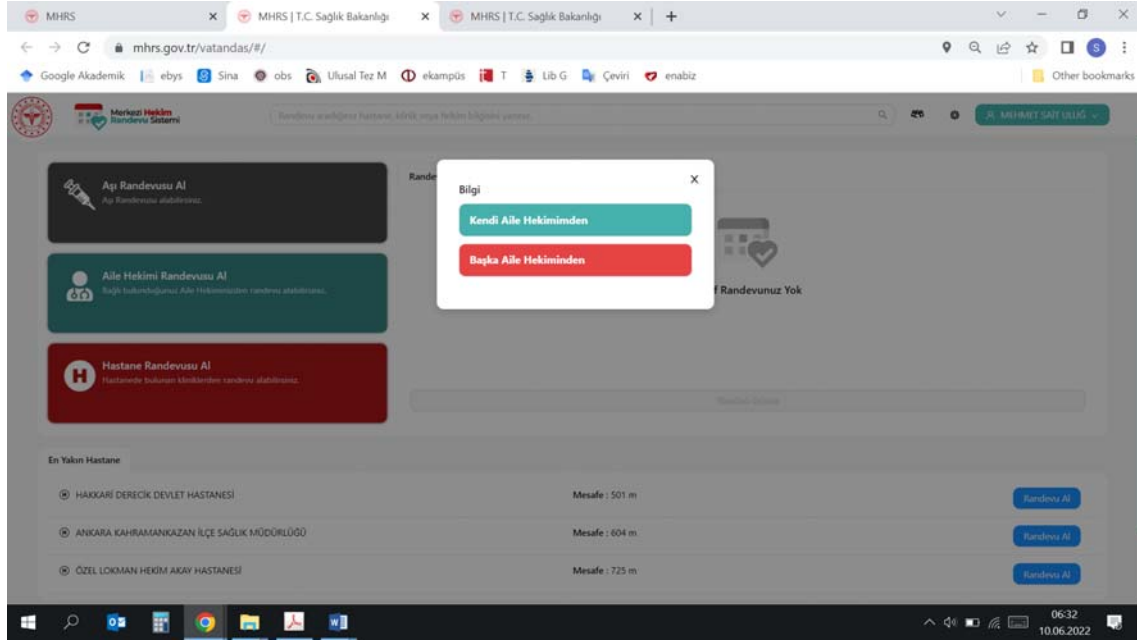
Şekil 15. Aile Hekimi ya da Hastanede Aşı Seçeneği



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Aile hekimi ya da hastanede aşı olabilme seçeneğine gelindiğinde ise tercih mimarisine başvurulduğu görülmektedir. İlk sırada verilen “Aile Hekimi” butonunun yeşil renkte sunulduğu, kişilerin aile hekimlerinde aşı olmaya yönlendirildikleri görülmektedir.

Şekil 16. Aile Hekiminde Aşı Olma Seçenekleri



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Şekil 16 incelendiğinde, vatandaşların herhangi bir aile hekiminde aşı olmak yerine bağlı bulunduğu aile hekiminde aşı olmaya dürtüldüğü görülmektedir.

Sonuç itibariyle; Sağlık Bakanlığınca Covid-19 salgınının önlenmesi amacıyla yapılan paternalist çalışmaların çoğunun dürtme teorisi kapsamında değerlendirilemeyeceği ancak MHRS sistemi üzerinden sıra alınarak yapılan yönlendirmelerin dürtme teorisi uygulamaları arasında yer aldığı anlaşılmıştır.

3.3. KAMU HASTANELERİNDEN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINA HASTA YÖNLENDİRME

Geçirilen bir hastalık için tedavi türü seçmek tadına göre dondurma çeşidi seçmek kadar kolay değildir. Tercihler ile refah arasındaki bağa “eşleştirme” diyelim. Dükkânda daha önce denemediğiniz bazı tatlar varsa bile dondurmacı size onlardan tattırarak “eşleştirme” yapma probleminizi çözmeye yardımcı olabilir. Fakat bir hastalığın tedavi türü konusunda seçim yapmak tamamen farklıdır. Size prostat kanseri tanısı konduğunu; ameliyat, radyasyon tedavisi ya da gözetim altında bekleme seçenekleri bulunduğunu varsayın. Tedavi yöntemi seçiminde seçeneğin hayat kalitesini etkileme biçimi, yaşam süresine etkisi, yan etkileri gibi durumların etkisi vardır. Alternatifler arasında kıyas yapılırken, “Ömrümü birkaç yıl uzatmak için üçte bir iktidarsızlık ya da idrar kaçırmaya razı mıyım?” sorusunu hasta iç dünyasında kendisine sormalıdır. Bu tipte verilecek bir kararın zorluğu hastanın hangi yönleme başvurulursa başvurulsun olası risklerin ne olabileceğini bilmiyor olmasıdır. Böyle durumlarda tercihler ya hastalığın doktordan öğrenildiği anda hemen bir yöntemin seçilmesi veya seçilecek tedavi şeklinin doktorun cerrah mı yoksa radyasyon uzmanı olma durumuna göre tercih mimarı olması olgusundan etkilenilmeye bağlıdır (Sunstein ve Thaler, 2008: 91-94). Örnekte hekimin tercih mimarı olduğu açık şekilde vurgulanmaktadır. Çalışmamızın 1.3.4. başlığı altında yer alan “Eşleştirmeyi Anlama” dürtme yöntemine hekimlerce başvurulduğu hususuna aşağıda değinilmiştir.

Bu aşamada konuyu kamu hastanelerinde görev yapmakta olan bir hekim üzerinden ele alalım. Varsayalım ki; kamu hastanelerinde görev yapmakta olan hekimlerin bir özel hastaneyle ilişkisinin istatistiksel olarak tespit edilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığımızca bir analiz yapılmış ve analiz sonucunda KAMU 1 Hastanesinde görevli “Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı Op. Dr. HEKİM 1”in riskli grupta

değerlendirildiği görülmüş olsun. Op. Dr. HEKİM 1'e muayene olduktan sonra toplam 128 hastanın özel sağlık kuruluşlarına gittiği bu hastalardan 82'sinin Özel 1 Tıp Merkezine gittiği ve anılan hekimin bu Merkezin anonim şirket ortaklarından biri olduğu değerlendirilsin. Bu durumda aşağıdaki sorular akla gelmektedir:

- KAMU 1 Hastanesinde muayene olmasına rağmen hasta tedavisini neden ÖZEL 1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde devam ettirmektedir?

- Hasta özel sağlık kuruluşunda ameliyat olmuş mudur?

- Tedaviyi ÖZEL 1 Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezinde devam ettirmesi konusunda KAMU 1 Hastanesinde görevli başta Op. Dr. HEKİM 1 olmak üzere herhangi bir hastane yetkilisi tarafından hasta yönlendirilmiş midir?

Herhangi bir kişiye bu hususta para ödenmiş midir?

Üçüncü Bölümün ilk iki maddesinde Sağlık Bakanlığımızın tercih mimarı olduğu durum ele alınmıştı. Bu iki durumun aksine bu maddede, kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme konusunda doktor ya da diğer sağlık emekçilerinin tercih mimarı oldukları durumlarda bu konumlarını nasıl kötüye kullanabilecekleri ve Bakanlığın kamu gücü kullanarak buna nasıl engel olmaya çalışıldığı aşağıda incelenmiştir. Konuya ilişkin mevzuat ile bu husustaki idari yaptırımlar örnek olaylarla aktarılmıştır. Doktor ya da sağlık çalışanının hangi gerekçelerle gayri resmi şekilde kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirdiği hususlarına da değinilmiştir.

3.3.1. Hasta Yönlendirmeye İlişkin Mevzuat ve İdari Yaptırım

Anayasamızın “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” madde başlıklı 56/3-4'te; “Devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlediği, Devletin, bu

görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirdiği” belirtilmektedir (RG, 1982). “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” madde üçte; “Sağlık Bakanlığının kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi vererek, bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetleyeceği” ve “bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması kapsamında sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesine dair esasların Sağlık Bakanlığınca düzenleneceği” hükmüne yer verilmiştir (Mevzuat Bilgi Sistemi, 1987).

“Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği-Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunucularına müracaat ve sevk işlemleri” ilgili maddesinde; hasta sevk ve yönlendirme işlemlerinin hangi sağlık kuruluşu basamaklarında ne şekilde yapılacağına, müracaat esaslarına, vatandaşların ikamet yerlerine göre nasıl bir uygulama izleneceğine, üniversite hastanelerinin sevk sistemi içinde nasıl yer aldığına, Hemodiyaliz hastalarına nasıl bir işlem uygulanacağına yer verilmektedir (RG, 2010).

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığınca 2021 yılında hazırlanan “Sağlık Personeli El Kitabı (Sıkça Karşılaşılan Sorunlar)” isimli el kitabının 31’inci bölümünde Özel Sağlık Kuruluşlarına Hasta Yönlendirilmesi konusuna yer verilmiştir. İlgili bölümde, “kamuda görev yapan sağlık personellerinin bazıları tarafından, kamuya ait sağlık tesislerinde tedavi edilebilecek hastaların, çıkar sağlamak amacıyla illiyet bağının olduğu özel sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği ya da yine menfaat temini amacıyla eczane, medikal firması ve yahut optisyonluk müessesesi gibi yerlerden işlem yapılmasının istendiği” belirtilmektedir. Ayrıca, usulsüz yönlendirmelerin disiplin yönünden değerlendirilmesi, kusurun mahiyetine uygun olarak muhakkak gerekli ve yeterli disiplin yaptırımının uygulanması gerektiği ifade edilerek şu açıklamalara değinilmiştir:

“Türk Ceza Kanunu” 257. madde; kişilere verilmesi öngörülen cezaların ne koşullarda ne kadar süreyi içereceği belirtilmiştir. “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” 7. maddesinde; meslek adabı ile meslek ahlakının önemine, 8. maddesinde; doktorların ticaret yapamayacağı hususuna, 12. maddesinde usulsüz hasta yönlendirme işlemine ce vaz verilmediğine yer verilmiştir. “Kamu Görevlileri Etik Yönetmeliğı”nin; 8. maddesi amaca ve misyona bağlılığı, 9. maddesi tarafsızlık ve dürüstlük konusunu, 10. maddesi görevi yaparken sağlanması gereken güven ile görevin saygınlık seviyesine uygun hareket edilmesi gerektiğini, 14. Maddesi menfaat aracı olarak görevin yerine getirilmemesi gerektiğı vurgulanmıştır (SB Teftiş Kurulu Başkanlığı, 2022).

“Hekimlik Meslek Etiğı Kuralları”nın; “Etik İlkeler” başlıklı 6. maddesi, “Ticari Amaç ve Reklam Yasağı” başlıklı 11’nci maddesi, “Aracılık Etme ve Aracıdan Yararlanma Yasağı” başlıklı 14’ncü maddesi, “Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı” başlıklı 24’ncü maddesi konumuzun içeriğini ilgilendirmekte olup usulsüz hasta yönlendirilmesinin hekim etiğine aykırı olduğı anlaşılmaktadır (Türk Tabipleri Birliğı, 2017).

3.3.1.1. İdari Yaptırım Örnekleri

Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığınca, muhakkiklerce yapılacak inceleme ve soruşturmalarda örnek teşkil etmesi amacıyla yapılan sunumda kullanılan örnek olaylar aşağıda irdelenmiştir.

“6698 sayılı Kanun”da kişisel veri, “kimliğı belirli ya da belirlenebilir olması kaydıyla gerçek kişinin her çeşit bilgisi” olarak belirtilmektedir. Her türlü bilgi deyimi ile “yalnızca bireyin kesin teşhisini sağlayan ad, soy isim, doğum yeri ve tarihi gibi bilgilerin yanı sıra; kişinin tanınmasını sağlayan iktisadi, fiziksel, sosyal ya da diğ er niteliklerle ilgili bilgilere” de işaret edilmektedir. Örneğ in, “R Kuruluşunun N Şubesinde görev

yapan, K marka, T model siyah aracın sahibi, pembe kıvrıkcık saçlı ve uzun boylu bir kadın” ifadesi, “tanıma uymakta olan belirli tek bir kişiyi” gösteriyorsa kişisel veri sayılır (Kişisel Verileri Koruma Kurumu, 2019: 1, 4).

Aşağıda sunulan örneklerde, “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu”na uygun şekilde kişisel veriler gizlenerek tamamen varsayımsal isimlendirmelerle olay örüntüleri sunulmaktadır.

3.3.1.1.1. Örnek Olay 1

“SGK Müfettişi tarafından düzenlenen raporda yapılan tespit ve iddia konularıyla ilgili olarak yürütülen inceleme ve soruşturma kapsamında; R.G., S.B., M.A., C.Ö., D.C. ve G.D.; Uzm. Dr. B. ve hemşiresi E.H.’nin yönlendirmesiyle T. Eczanesine gittiklerini, N.D. ise Uzm. Dr. C.’nin “tanıdık” diye N. Eczanesine kendisini yönlendirdiğini beyan etmektedirler. Kronik böbrek yetmezliği rahatsızlıkları nedeniyle; Y Devlet Hastanesinde görev yapan Uzm. Dr. B.’ye muayene olduklarını beyan edenlerden toplam 18 kişi, aynı hastanede görev yapan Uzm. Dr. C.’ye muayene olduğunu ifade edenlerden; toplam 13 hasta/hasta yakını; doktorların kendilerini özel diyaliz merkezlerine yönlendirdiğini beyan etmişlerdir. Soruşturma kapsamında görevlendirilen İl Sağlık Müdürlüğü personeli tarafından K-L tarihleri arasında farklı zaman dilimlerinde Y Devlet Hastanesi Polikliniklerinde yapılan gözlemler neticesinde “... tarihinde T. Eczanesi çalışanlarından İ.K.’nin elinde evrakların olduğu bir dosya ile saat 11:10’da Dr. B.’nin olduğu Nefroloji Polikliniğine girdiği ve saat 11:17 gibi elinde evrak olan dosyasıyla çıktığı” tutanağa bağlanmıştır. SGK Müfettişi raporunda; “Kronik böbrek yetmezliği rahatsızlığı bulunanların ilaç ve solüsyonlarının, ... Eczacı Odası tarafından eczaneler arasında sıralamaya tabi tutulmak suretiyle dağıtımından önce yani protokolün ... maddesinin yürürlükte olmadığı dönemde, aynı doktorlar tarafından tüm diyaliz ilaçları tek bir reçeteye yazılırken, ayrıca TEB ile SGK arasında imzalanan protokolün ... maddesinin fiilen yeniden yürürlüğe girdiği ... yılı ... ayından sonra da dağıtıma tabi olan ilaçlarla,

dağıtıma tabi olmayan ilaçlar yine tek reçetede yazılabilecekken, Uzm. Dr. B.'nin 5 hasta için, Uzm. Dr. C.'nin de; 4 hasta için; aynı gün içinde aynı hasta adına bölerek iki ayrı reçete düzenlediği, bu iki reçeteden birine dağıtıma tabi olan diyaliz ilaçlarını, diğerine dağıtıma tabi olmayan ilaçları yazdığı, dağıtıma tabi olan ilaçları içeren reçetelerin dağıtım sırası gelen eczane tarafından karşılandığı, dağıtıma tabi olmayan ilaçları içeren reçetelerin ise T. ve N. Eczanelerinden alınmasını sağladıkları, dolayısıyla Uzm. Dr. C.'nin N. Eczanesinin, Uzm. Dr. B.'nin ise T. Eczanesinin kazanç sağlaması amacıyla hareket ettiği, adı geçen doktorlarla anılan eczaneler arasında bir anlaşma ve menfaat birliğinin olduğu, Uzm. Dr. B.'nin G.D., Uzm. Dr. C.'nin ise; N.D., isimli hastanın talebi ve bilgileri olmadan adlarına birer aylık yerine üçer aylık ilaç ve solüsyon yazıldığı, bu kapsamda ... yılı ... ayında, yani serbest dağıtım döneminde birer aylık yerine birkaç aylık ilaç yazılmak suretiyle, menfaat ilişkisi bulunulan eczanenin daha fazla kazanç sağlanmasının temin edildiği, bu durumun T. ve N. Eczanelerinin hastanın bu yönde bir isteği olmadan kendi menfaati doğrultusunda adı geçen doktorlara rahatlıkla reçete yazdırabilmesinin, anılan eczanelerle hekimler arasında bir menfaat ilişkisi olduğunu ortaya koyduğu, bu şekilde söz konusu ilaçlardan 3 aylık yazılmasıyla anılan eczanelerin üçer aylık kazancı SGK'dan almayı garantilediği ve diğer eczanelerin bu hastalara birer aylık dozda yazılmaması nedeniyle bu kazançtan mahrum bırakıldığı" belirtmiştir." (Artvin İl Sağlık Müdürlüğü, 2019).

Örnek olay tercih mimarisi ekseninde değerlendirildiğinde; kamuda görevli "Nefroloji ve İç Hastalıkları" uzman tabipleri Dr. B. ve Dr. C.'nin; hastalarını menfaat sağladıkları eczanelere ve part-time görev yaptıkları özel diyaliz merkezlerine yönlendirdikleri anlaşılmaktadır. Özellikle diyaliz merkezine hekim tarafından hastaların yönlendirilmesi çalışmamızın 1.3.4. başlığı altında yer alan "Eşleştirmeyi Anlama" dürtme yöntemine uygun düşmektedir.

3.3.1.1.2. Örnek Olay 2

“X EAH’de muayene ettiği hastasını ortağı olduğu Y.D. Kardiyoloji Merkezine gönderen Dr. YD hakkında yapılan incelemede; hasta A.A.’nın a tarihinde X EAH’de anılan hekimce muayene edildiği ve sintigrafi tetkiki istendiği, akabinde adı geçen hekim tarafından myokard perfüzyon sintigrafi için YD Kardiyoloji Merkezine gönderilen hastanın ertesi gün ... sayılı protokol numarası ile kayda alındığı görülmüştür. YD Kardiyoloji Merkezinde myokard perfüzyon sintigrafisi tetkiki yapılamadığından, hastadan ...₺ tutarında ücret alınarak, söz konusu merkezin anlaşmalı olduğu Z Sintigrafi Merkezine gönderildiği, hastanın söz konusu merkezde yapılan myokard perfüzyon sintigrafi tetkiki sonrasında, verilen hizmetin karşılığı olan tutarın YD Kardiyoloji Merkezince SGK’ya fatura edildiği görülmüştür. Son iki yıllık kayıtlar incelenmiştir. Söz konusu dönemlerde; X EAH’de Kardiyoloji Uzmanına başvuran çoğu hastanın aynı gün ya da sonraki bir tarihte YD Kardiyoloji Merkezine gittiği belirlenmiştir. Kardiyoloji Uzmanı Dr. Y’nin ortaklık yüzdesi % 99 olan YD Kardiyoloji Merkezi ve Z Sintigrafi Merkezi arasında ... tarihinde hizmet alımı sözleşmesi yapıldığı ve ... “Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü”nce de uygunluk verildiği görülmüştür.”

“Dr. Y.D. tarafından muayene edilen bu hastaların aynı gün ya da başka bir tarihte ortağı olduğu YD Kardiyoloji Merkezine gittiği, akabinde de söz konusu Merkez tarafından Z Sintigrafi Merkezine gönderilerek, sintigrafi tetkikinin yaptırıldığı anlaşılmıştır. Rastgele seçilen 25 hasta/hasta yakını ile X EAH personelleri ifadelerinde; X EAH’de görevli Kardiyolog Dr. Y.D.’nin kardiyoloji polikliniğinde kendisine muayeneye gelen ya da adı geçen hastanede görevli diğer uzman hekimlerce konsültasyona gönderilen hastaları, tetkik işlemleri için % 99 ortağı olduğu ve part-time olarak görev yaptığı YD Kardiyoloji Merkezine yönlendirdiği belirtilmiştir. Sonuç itibarıyla; “Görevi ile ilgili olarak her ne şekilde olursa olsun çıkar sağlamak” hükmü uyarınca ilgili hekimin “Kademe İlerlemesinin Durdurulması” cezası ile cezalandırılması kanaatine varılmıştır.” (Artvin İl Sağlık Müdürlüğü, 2019).

Örnek olay tercih mimarisi kapsamında ele alındığında; doktor Y.D.’nin resmi olarak görev yaptığı X EAH kardiyoloji polikliniğinde hasta muayene ederken ya da diğer doktorların kendisine konsülte ettiği hastaları tercih mimarı olma ayrıcalığını kullanarak kendisinin hem yarı zamanlı çalıştığı hem de sahibi olduğu Kardiyoloji Merkezine bu hastalarını yönlendirdiği anlaşılmaktadır. Bu yönlendirmeler, çalışmamızın 1.3.4. başlığı altında yer alan “Eşleştirmeyi Anlama” dürtme yöntemine uygun düşmektedir. Ancak bu dürtme hasta yararının gözetilmesi yerine hekimin kendi menfaatini düşünerek yaptığı işlemler olduğundan paternalist uygulamalar değildir. Bu nedenle, kamu yararı gözetilmeden yapılmış olan dürtmelerin Kamu gücü kullanılarak engellenmeye çalışıldığı görülmektedir.

3.3.1.1.3. Örnek Olay 3

“X EAH’de görevli kulak, burun ve boğaz uzmanı Op. Dr. M’nin X EAH KBB 1 Polikliniğinde kendisine muayene olmak üzere başvuran hastalarını muayene edip, ameliyatlarını bizzat yapmak üzere Özel S. Hastanesine yönlendirdiği” ve diğer usulsüz davranışları da ele alınarak “Kademe İlerlemesinin Durdurulması” ile cezalandırıldığı anlaşılmaktadır. İlgilinin fiilinin adli yönden de değerlendirilmesinin gerektiği anlaşıldığından Op. Dr. M. hakkında; 4483 Sayılı Yasa kapsamında, yetkili mercii olan ... Valiliği tarafından ön inceleme yapılması gerektiği düşüncesiyle Tevdi Raporu düzenlenmiştir. Diğer taraftan, Op. Dr. M’nin 11 hastanın ameliyatını, X EAH’deki mesai saatleri içerisinde, Özel S. Hastanesinde yaptığı, hasta ya da hasta yakını ifadelerinden anlaşılmıştır. Özel S. Hastanesinde yapılan incelemede ise Op. Dr. M. adına herhangi bir kayda rastlanmamış, Özel S. Hastanesinde ilgili hastalar adına düzenlenen belgelerde ameliyatı yapan hekim olarak, hastanenin tek KBB uzmanı olan Op. Dr. A.’nın kaşe ve imzasının bulunduğu, dolayısıyla ameliyathane protokol defteri ile ameliyat notlarının gerçeği yansıtmadığı tespit edilmiştir.” (Artvin İl Sağlık Müdürlüğü, 2019).

Örnek olay tercih mimarisi ekseninde değerlendirildiğinde; “Op. Dr. M’nin X EAH KBB 1 Polikliniğine gelen bazı hastalarını muayene edip, ameliyatlarını bizzat yapmak üzere Özel S. Hastanesine yönlendirdiği, bazı hastalarından para aldığı, mesai saatleri içinde Özel S. Hastanesinde ameliyat yaptığı” anlaşılmaktadır. Hekimin hastalara özel hastanede de bizzat hizmet sunuyor olması, ücret konusunda makul bir anlaşma sağlanması vs. durumlar da ele alındığında hekimin kendi çalıştığı hastaneye hastaları yönlendirmesi durumunda hastaların yüksek oranda buna ikna olabilecekleri değerlendirilmektedir. Yapılan bu dürtme fiilleri, çalışmamızın 1.3.4. başlığı altında yer alan “Eşleştirmeyi Anlama” dürtme yöntemi kapsamında yer almaktadır.

3.3.1.2. Kamuda Çalışan Hekimlerin Anonim Şirket Ortaklığı

Devlet Personel Başkanlığına ait “*Devlet memurunun anonim veya limited şirket ortağı olup olamayacağı*” konulu 2014 tarih, 506 sayılı Görüşte; “limited ve anonim şirket tüzel kişileri tacir olarak değerlendirilmekle beraber sermaye hissedarlarının bu sıfatlarından dolayı tacir sayılmadıkları”, “anonim şirket ana sözleşmesinde ya da limited şirket sözleşmesinde şirketinde idareci ya da idareyi temsil edecek kişilerden olmamak ve bu şirketlerin yönetim kurulları ile denetim kurullarında bulunmamak kaydıyla “657 sayılı DMK”ya bağlı “Devlet memurunun anonim veya limited şirket ortağı olmasında yasal açıdan bir sakınca olmadığı”nın değerlendirildiği belirtilmiştir (Devlet Personel Başkanlığı, 2014).

3.3.1.3. Kamuda Çalışan Hekimler İçin İşyeri Hekimliği

1219 sayılı Kanun’un 12 nci maddesinde; “kamu kuruluşlarında görev yapan ve yönetici olmayan hekimler ile aile hekimlerinin, çalıştıkları kuruluştaki mesai saatleri haricinde ve kurum izni ile ayda 30 saati geçmemek kaydıyla **iş yeri hekimliği**

yapabileceği, tabiplerin, iş yeri tabipliği eğitimi alınmış olması ve iş yeri tabipliği belgesi alınması şartı olmaksızın ondan az sayıda işçi bulunduran az tehlikeli iş yerlerinin iş yeri tabipliği yapabileceği” belirtilmektedir (Mevzuat Bilgi Sistemi, 1928).

Mülga S.B. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığının “Mesai saatleri harici işyeri hekimliği” konulu ve 2014/1 sayılı Genelge’de “Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının merkez ve taşra teşkilatlarında, asaleten veya vekâleten ayrımı yapılmaksızın disiplin amiri olarak görev yapan personelin yönetici olarak değerlendirileceği ve işyeri hekimi olarak görev yapamayacağı, aile hekimleri dâhil **hekimlerin**, mesai saatleri dışında ve tutulması gereken her türlü nöbet saatleri ile çakışmamak üzere **işyeri hekimliği yapabileceği**, buna ilişkin izinleri; Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez teşkilatında en üst yönetici, taşra ve periferde ise doktorun görevli olduğu kuruluşa göre yöneticisi tarafından verileceği, öte yandan iznin aylık otuz saati aşmayacağı, tüm doktorların ondan (10) az çalışanı olan az tehlikeli sınıfa ait işyerlerinde işyeri hekimliği belgesi aranmaksızın işyeri hekimliği hizmeti verebileceği” belirtilmiştir (SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2014).

3.3.1.4. E-Nabız Sistemi

E-Nabız; T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet sunan kuruluş ve hastanelerden toplanan sağlığa ilişkin datalara vatandaşlar ve sağlık çalışanlarınca erişilebilmesini sağlayan web tabanlı bir uygulamadır. Birey, tetkik ya da tedavisini hangi sağlık kuruluşunda olmuş olursa olsun bu sisten sayesinde daha önce yararlandığı bütün tıbbi işlemleri online olarak görebilmekte, gerekli yerleri yönetebilmekte ve kişisel sağlık kayıtlarına ulaşabilmektedir. Kişiler; “laboratuvar tahlilleri, radyolojik görüntüleri, kullandığı reçete ve ilaç bilgileri, acil durum bilgileri, konulmuş teşhis, verilmiş her türlü rapor” gibi kişisel sağlık verilerine ilişkin geçmiş dönem bilgilerine sistem üzerinden

ulaşabilmektedir. Vatandaşlar ayrıca, verilerini görebilecek hekimleri de belli kısıtlar altında belirleyebilmektedir. Bakanlık internet sitesinde bu uygulamanın nasıl kullanılacağına ilişkin rehber kullanıma sunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Sistemin takibi ve yönetimi “T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Veri Yönetimi Dairesi Başkanlığı e-Nabız Birimi”nce yapılmaktadır. 2015 yılı Nisan ayından bu yana hizmet vermekte olan sistem, şimdiye değin 38.236.951 kullanıcı tarafından kullanılmıştır (Akın vd., 2022: 21). Karantina altında bulunan hastaların izolasyon alanlarını terk etmeden sunulacak sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için geliştirilen “Dr. E-Nabız” uygulaması hekimler ile hastalarının çevrimiçi bağlantı sağlayabilecekleri bir sistem olarak geliştirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022; Akın vd., 2022: 56). E-Nabız uygulamasında ayrıca; kişinin kan grubu, sigara içip içmediği, kilosu, boyu, yaşı ve günlük tükettiği yiyecek kalorisini görebildiği “Akıllı Asistan” sekmesi mevcuttur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.3.2. Hasta Yönlendirme Konusuna İlişkin Değerlendirme

Hekimler ile çoğu sağlık çalışanının sahip olduğu tıbbi bilgilerin hastalar tarafından çoğunlukla bilinmemesi, ayrıcalıklı ve nitelikli bir alanda hizmet vermeleri, kişilerin sosyal statü yönünden hekimleri gördükleri yer ve sayılabilecek başka nedenlerle bu kişiler tercih mimarı olup hastalara dürtme uygulama kabiliyetine sahiptir. Bu dürtmeler, “Eşleştirmeyi Anlama” dürtme yöntemi kapsamına girmektedir.

Kamuya bağlı sağlık kuruluşlarına başvuran bir hastanın anılan hastanede yeterli tedaviye ulaşamayacağını düşünmesi, fizik tedavi ve radyoloji gibi birimlerdeki randevu sürelerinin uzunluğu ve yakın bir tarihte kişiye sıra gelmeyecek olması gibi sebeplerle hastanın özel sağlık kuruluşlarından birine yönlendirilmesi ve hastanın bu yönlendirmeye

uyması mümkündür. Hasta eğer herhangi bir zorlamaya tabi tutulmadan bu öneriyi kabul etmişse hekim ya da sağlık çalışanınca yapılan dürtmenin başarıya ulaştığı değerlendirilir.

Bu durum; hastanın kamu hastanesi yerine özel sağlık kuruluşunda tedavi görmesi ya da ameliyat olmasının hastanın menfaatine olup olmadığı, Devlete gereksiz ilave bir maliyet getirip getirmediği, durumun özgürlükçü paternalizme uygun olup olmadığı sorularını karşımıza çıkarmaktadır.

Hastanın kamu hastanesinden yönlendirildiği özel sağlık kuruluşunda kamuya ilave bir maliyet getirmeyen ve hastaya iyi koşullar sunan tedavi sunuluyorsa bir sorun yoktur. Ancak hasta kamu hastanelerinden birinde eşit ya da daha iyi hizmet alabileceken özel sağlık kuruluşuna yönlendirilmiş ve kamuya olan maliyet de artmış ise bu durum özgürlükçü paternalizme aykırıdır. Tercih mimarının dürtme eylemini kötüye kullandığı böyle durumlarda, Devlet eliyle adli, mali, disiplin ve idari yönlerden gerekli işlemler uygulanarak duruma müdahale edildiği anlaşılmaktadır.

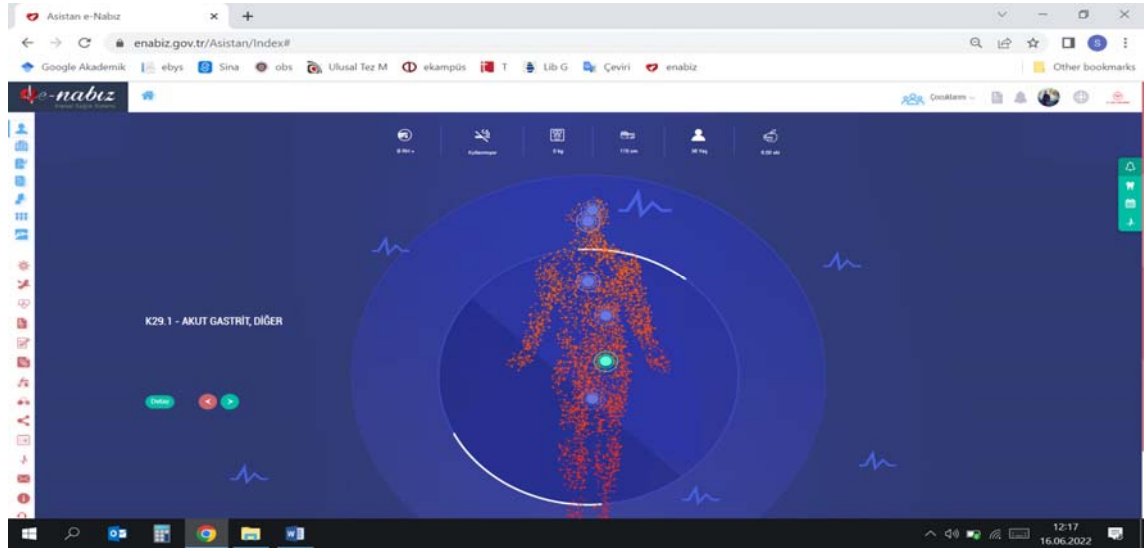
Sonuç olarak; hekim ya da sağlık çalışanının hastayı yönlendirdiği özel sağlık kuruluşunda “anonim şirket ya da limited şirketi ortağı” olması, hekimin hastayı yönlendirdiği özel sağlık kuruluşunda işyeri hekimi olarak çalışması ve sağlık çalışanının özel sağlık kuruluşu ile gayri resmi bir anlaşma sağlayarak yönlendirdiği hasta başına maddi menfaat temin etmesi özgürlükçü paternalizme aykırı uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının tercih mimarı olmaları durumunu kullanarak hastaları özel sağlık kuruluşlarına yönlendirebildikleri ve bunun sonucunda maddi menfaat elde edebildikleri mevcut sağlık hizmet sunumunda bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmet sunumundaki bu sorun, “e-Nabız Akıllı Asistan” uygulamasında yapılacak iyileştirmelerle çözüme kavuşturulabilir. Örneğin, 11 yaşındaki bir kız çocuğunun göz hastalıklarından nadir görülen “Retinitis Pigmentosa” hastalığına

yakalandığını varsayalım. Hastalığın tedavisi için herhangi bir kamu hastanesine başvurduğunda çözüm bulunamayıp hasta bir özel sağlık kuruluşuna yönlendirilebilir. Burada tedaviye ilişkin yeterli donanıma sahip hekim ve test mevcut değilse hasta mağduriyeti ortaya çıkar. Özellikle, nadir hastalık grubunda değerlendirilen hastalıklar için vatandaşların Sağlık Bakanlığınca geliştirilen web tabanlı sistemlerden yardım alması kıymetli bir kazanım olacaktır. Sistemde, kapsamlı şekilde bütün tıbbi branşlara ve hastalıklara yer verilmesi ayrıca önem arz etmektedir.

“E-Nabız Akıllı Asistan” uygulaması vatandaşlar ve hekimler için farklı ara yüzlerde tasarlanmalıdır. Vatandaş ara yüzünde; hastalığın türü, donanımlarına göre hangi kamu ya da sağlık kuruluşlarına erişilebileceği, sağlık kuruluşlarının konumu, burada görev yapmakta olan hekimlerin anadal ve yandal bazında bilgileri ve gerek görülebilecek diğer veriler bulundurulabilir. Hekim tarafından kullanılacak ara yüzde ise; hastalığı tedavi edebilecek nitelik ve nicelikte hekim bulunduran, teçhizat ve donanım yönünden yeterli, radyolojik tetkikler yönünden makul sürede hizmet sunabilecek, konum olarak en yakın sağlık kuruluşları bilgileri ile gerekli görülecek diğer bilgilere yer verilmesi uygun olacaktır. Seçilecek sağlık kuruluşu ve muayene işlemleri tercihine ilişkin nihai karar hastaya ait olmak kaydıyla, “Varsayılan Seçenek” dürtme prensibine uygun şekilde hekimin hastasını “e-Nabız Akıllı Asistan” uygulaması üzerinden en uygun sağlık kuruluşuna sevk etmesinin sağlanması durumunda, etik dışı ve gayri resmi hasta yönlendirme fiillerinin önüne geçilebilecektir.

Şekil 17. E-Nabız Akıllı Asistan



Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022)

Ayrıca, şirket ortaklığı ve işyeri hekimliğine ilişkin mevzuat açıklarının kanun koyucu ve Bakanlıkça uygun şekilde düzeltilmesi tercih mimarı sağlık çalışanlarının gayri meşru kazanç sağlamak için hasta yönlendirme çabasının önünde engel teşkil edecektir.

SONUÇ

T.C. Sağlık Bakanlığınca aktüel olarak sunulan kamu hizmetlerinde davranışsal iktisat bilimi uygulamaları ve enstrümanlarından yararlanılmakta mıdır? Anılan Bakanlık, milyonu aşkın çalışanı, 83 milyon insanla doğrudan ya da dolaylı şekilde bağlantısı bulunan, Devlet tüzel kişiliği altında yer alan devasa bir kuruluştur. Ülkenin il, ilçe, köy, mezra bütün hücrelerine anılan Bakanlık hizmetleri çeşitli yollarla ulaştırılmaktadır. Bakanlığın devasa yapısının içinden sınırları belirli bir alan seçmeyi ve belirlenen konuda davranışsal iktisat bilimi ve tercih mimarisi yaklaşımının ne şekilde ele alınabileceğini incelemeyi düşündük. Yaptığımız araştırmada, kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına gayri etik şekilde hasta yönlendirildiğine ilişkin örnekler bulunduğunu tespit ettik. Bunun üzerine; tez konumuzu “Türkiye’de Sağlık Politikalarına İlişkin Davranışsal İktisat Yaklaşımı Örneği: Kamu Hastanelerinden Özel Sağlık Kuruluşlarına Hasta Yönlendirme” şeklinde belirledik. İlk çalışma çizelgesi kapsamında; İstanbul ilinde Ocak 2018-Eylül 2019 dönemi arasında bir kamu hastanesinde muayene olduktan sonra, 30 gün içinde herhangi bir özel sağlık kuruluşuna başvuran hastaların sağlık çalışanlarınca (usule uygun şekilde) yönlendirilip yönlendirilmedikleri üzerinde çalışma yapmayı planladık. Bu çerçevede; 82 hasta ve 6 farklı kamu hastanesinde çalışan 10 hekim ile mülakat yapıldı. Elde edilen veriler ışığında “tercih mimarisinin etkinliği”nin non-parametrik testlerle ölçülmesi hedeflenmekteydi. Ancak, Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile yapılan görüşmede “hasta verilerinin gizliliği” ve bilgi güvenliği gerekçeleriyle mülakatların kullanımına izin verilmediğinden, zaman kısıtı da göz önünde bulundurularak, tezimizin konusu “Türkiye’deki Aktüel Sağlık Politikalarının Tercih Mimarisi Ekseninde İncelenmesi” şeklinde değiştirildi. Çalışmada; güncel sağlık politikalarından tercih mimarisi ile bağlantısı olduğu değerlendirilen, MHRS, Covid-19

ile mücadele ve kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına gerekli olmamasına rağmen hasta yönlendirilmesi konuları davranışsal iktisat perspektifi ile değerlendirildi.

Çalışma kapsamında; tercih mimarisi, dürtme ve özgürlükçü paternalizm kavramları bilinmesi muhakkak olan kavramlardır. İlgili kısımlarda ayrıntılara değinildiği için burada yeniden tanım yapmaya ihtiyaç olmamakla birlikte; etki altındaki kişilerin beyinlerinin otomatik sistemini etkileyerek kişilerin karar vereceği bağlamı yapacağı dürtmelerle belirleyen tercih mimarının eylemlerinin çalışmamızın temelini oluşturduğunu belirtmekte yarar vardır. MHRS kapsamında yaptığımız araştırmalar, T.C. Sağlık Bakanlığını tercih mimarı olarak kurumsal kimliği ile karşımıza çıkarmıştır. Önemli dürtme ilkelerinden olan “varsayılan seçenek” dürtme yönteminin MHRS’de hastanelerden randevu alınması işleminde kullanıldığı, MHRS’de muayene olunacak hekim seçiminde, kullanıcının hekim ismine göre seçim yapmak yerine olası en yakın tarihte gidip muayene olmaya yönlendirilerek “karmaşık seçimleri yapılandırma” dürtme ilkesi kapsamında dürtüldüğü görülmüştür. Ülkemizde vatandaşlara uygulanmakta olan Covid-19 aşıları arasında Bakanlıkça bir tercih üstünlüğü belirlenip belirlenmediği incelendiğinde, hangi aşının vatandaşlarca tercih edilmesi gerektiğine ilişkin bir seçim üstünlüğü sunulmadığı gözlemlenmiştir. MHRS üzerinden sunulan aşı seçimi hizmetinde aşılardan aile hekimi ya da hastanede yaptırılma seçenekleri incelendiğinde, “Aile Hekimi” butonunun yeşil renkte sunulduğu, kişilerin aile hekimlerinde aşı olmaya yönlendirildikleri, ayrıca vatandaşların herhangi bir aile hekiminde aşı olmak yerine bağlı bulunduğu aile hekiminde aşı olmaya dürtüldüğü anlaşılmıştır. Covid-19 başlığı altında yaptığımız araştırmada gözlemlediğimiz en önemli dürtme; hafta sonlarında bile aşılama çalışmalarına ara vermeyen doktor ve diğer sağlık çalışanlarının “eşleştirmeyi anlama” dürtme ilkesine uygun şekilde köy köy, mahalle mahalle vatandaşları aşı olma ya da olmama tercihleri arasında aşı olmayı seçmeye yönlendirmeleri olarak karşımıza

çıkmiştir. Aşı olması tavsiye edilen ve aşının faydaları ya da zararlı yönlerine ilişkin ayrıntılı bilgisi olmayan vatandaşın RECAP denilen ve “Kaydet (Record), Değerlendir (Evaluate) ve Alternatif Fiyatları Kıyasla (Compare Alternative Prices)” aşamalarını kafasından anlık olarak geçirdiği düşünüldüğünde aşı olması gerektiğine ilişkin tercih mimarından doğrudan gelen bir öneriden etkilenecek aşı yaptıрма yönünde karar vermesi olağandır.

Çalışmamızın asıl üstünde durduğu konu kamudan özele usulsüz hasta yönlendirme olmuştur. Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının tercih mimarı oldukları ve bu durumun çoğunlukla “eşleştirmeyi anlama” dürtme ilkesi kapsamında olduğu çalışmamızın ilgili kısmında örneklerle açıklanmıştır. Hastaların kamu hastanesinden yönlendirildiği özel sağlık kuruluşunda kamuya ilave bir maliyet getirmeyen ve hastaya iyi koşullar sunan tedavi alması kabul edilebilir bir durumken kamu hastanelerinden birinde eşit ya da daha iyi hizmet alınabilecekken hasta özel sağlık kuruluşuna yönlendirilmişse ve kamuya olan maliyet de artmış ise bu durum özgürlükçü paternalizme aykırıdır. Hekim ya da sağlık çalışanının hastayı yönlendirdiği özel sağlık kuruluşunda “anonim şirket ya da limited şirketi ortağı” olması, hekimin hastayı yönlendirdiği özel sağlık kuruluşunda işyeri hekimi olarak çalışması, sağlık çalışanının özel sağlık kuruluşu ile gayri resmi bir anlaşma sağlayarak yönlendirdiği hasta başına maddi menfaat temin etmesi gibi durumlar özgürlükçü paternalizme aykırı uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tercih mimarının dürtme eylemini kötüye kullandığı böyle durumlarda, Devlet eliyle adli, mali, disiplin ve idari yönlerden gerekli işlemler uygulanarak duruma müdahale edilmektedir.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının tercih mimarı olma durumunu kullanarak hastaları özel sağlık kuruluşlarına yönlendirmeleri ve bu durumdan maddi menfaat elde etmeleri sağlık hizmet sunumunda mevcut olan bir sorundur. Sağlık hizmet sunumundaki

bu sorun, “e-Nabız Akıllı Asistan” uygulamasında yapılacak iyileştirmelerle çözüme kavuşturulabilir. Henüz ortaokula başlamamış bir kız çocuğunun nadir görülen “Retinitis Pigmentosa” göz hastalığına yakalandığını varsayalım. Hastalığın tedavisi için herhangi bir kamu hastanesine başvurduğunda çözüm bulunamayıp hasta özel sağlık kuruluşlarından birine yönlendirilebilir. Burada tedaviye ilişkin yeterli donanıma sahip hekim ve test mevcut değilse hasta mağduriyeti ortaya çıkar. Özellikle, nadir hastalık grubunda değerlendirilen hastalıklar için vatandaşların Sağlık Bakanlığınca geliştirilen web tabanlı sistemlerden yardım alması kıymetli bir kazanım olacaktır. Sistemde, kapsamlı şekilde bütün tıbbi branşlara ve hastalıklara yer verilmesi ayrıca önem arz etmektedir. Bu konudaki önerimiz; “E-Nabız Akıllı Asistan” uygulamasının içeriğinin sorunun çözümüne uygun şekilde zenginleştirilmesidir. Yapılacak iyileştirmede “E-Nabız Akıllı Asistan” uygulaması vatandaşlar ve hekimler için farklı ara yüzlerde tasarlanmalıdır. Vatandaş ara yüzünde; hastalığın türü, donanımlarına göre hangi kamu ya da sağlık kuruluşlarına erişilebileceği, sağlık kuruluşlarının konumu, burada görev yapmakta olan hekimlerin anadal ve yandal bazında bilgileri ve gerek görülebilecek diğer veriler bulundurulabilir. Hekim tarafından kullanılacak ara yüzde ise; hastalığı tedavi edebilecek nitelik ve nicelikte hekim bulunduran, teçhizat ve donanım yönünden yeterli, radyolojik tetkikler yönünden makul sürede hizmet sunabilecek, konum olarak en yakın sağlık kuruluşları bilgileri ile gerekli görülecek diğer bilgilere yer verilmesi uygun olacaktır. Seçilecek sağlık kuruluşu ve muayene işlemleri tercihine ilişkin nihai karar hastaya ait olmak kaydıyla, “varsayılan seçenek” dürtme prensibine uygun şekilde hekimin hastasını “e-Nabız Akıllı Asistan” uygulaması üzerinden en uygun sağlık kuruluşuna sevk etmesinin sağlanması durumunda, etik dışı ve gayri resmi hasta yönlendirme fiillerinin önüne geçilebilecektir.

Ayrıca, şirket ortaklığı ve işyeri hekimliğine ilişkin mevzuat açıklarının kanun koyucu ve Bakanlıkça uygun şekilde düzeltilmesi tercih mimarı sağlık çalışanlarının gayri meşru kazanç sağlamak için hasta yönlendirme çabasının önünde engel teşkil edecektir.

Son olarak, ülkemizde davranışsal iktisat ve dürtme uygulamalarının, kamusal alanda profesyonel olarak yalnızca “T.C. Ticaret Bakanlığı” bünyesinde faaliyetlerini yürütmekte olan “Türkiye Davranışsal Aksiyon Takımı (Nudge Turkey)” tarafından sürdürüldüğü görülmüştür. “T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü”ne bağlı yeni bir daire başkanlığı kurularak davranışsal iktisat ve tercih mimarisinin sektöre katkıları üzerine kapsamlı çalışmalar yapılması önemli bir adım olacaktır. Bakanlığın gerek görülecek birimlerinden seçilecek çeşitli ve ilgili branşlarda çalışan kişilerin proje bazlı görevlendirileceği bir yapı oluşturulması ve il sağlık müdürlüklerinde yalnızca bu alana ilişkin çalışma yapacak bir uzmanın görevlendirilmesi yerinde bir uygulama olarak takdire sunulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akdere, Ç. ve diğerleri, (2015), İktisatta Davranışsal Yaklaşımlar. D. G. Dumludağ içinde, **Davranışsal İktisat ve Sınırlı Rasyonellik Varsayımı** (s. 106-137.). Ankara: İmge Kitapevi.
- Akdur, R. (1998), **Türkiye’de sağlık politika ve hizmetleri**, Yeni Türkiye, 4(23-24), 1984-1995.
- Akerlof, G. A. ve Shiller, R. J. (2010), **Hayvansal Güdüler: İnsan Psikolojisi Ekonomiye Nasıl Yönlendirir ve Küresel Kapitalizm İçin Niçin Önemlidir**, çev. Domaniç, N. ve Konyar, L., İstanbul: Scala Yayıncılık.
- Akın, A. S. ve diğerleri (2022), **Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Uygulamaları Tanıtım Kılavuzu**, Ankara: T.C. SB Teftiş Kurulu Başkanlığı.
- Aksoy, T. ve Şahin, I. (2015), **Belirsizlik Altında Karar Alma: Geleneksel ve Modern Yaklaşımlar**, İktisat Politikası Araştırmaları Dergisi, 2(2), 1-28.
- Akyıldız, H. (2006), **Freud’çu Liberal ve Marksist Kişilik Kuramlarının Türevi Olarak Toplum, İktisat ve Siyaset Teorileri**, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi, 11, 1-23.
- Aldemir, C. ve Kaya, M. (2020), **Dürtme Fikrinin Bir Kamu Politikası Aracı Olarak Covid-19 Döneminde Hükümetler Tarafından Uygulanması**, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19 (Covid-19 Special Issue), 122-142.
- Argun, A. İ. (2016), **Davranışsal İktisat Çerçevesinde Dini İnanç ve Rasyonalite İlişkisi** (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Artvin İl Sağlık Müdürlüğü, (2019, 12 17). **Özel Sağlık Kuruluşları ve Hasta Yönlendirme**, artvinism.saglik.gov.tr: <https://artvinism.saglik.gov.tr/TR-164210/ozel-saglik-kuruluslari-ve-hasta-yonlendirme.html#> adresinden alındı
- Atabey, S. (2012), **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Beşkaya, A. ve Ursavaş, U. (2014), **Eski ve Yeni Kurumsal İktisat: Karşılaştırmalı Bir Analiz**, Journal of Business Economics and Political Science, 3(5), 1-16.
- Byrne, M. D. ve Bovair, S. (1997), **A working memory model of a common procedural error**, Cognitive science, 21(1), 31-61.
- Camerer, C. F. (2004), **Advances in behavioral economics**, New Jersey: Princeton university press.
- Candan, E. ve Hanedar, A. Ö. (2005), **İktisat Neden Bir Kapalı Kutudur? Hakim İktisadın Değer Yargısı-Sınama İlişkisi**, Gazi Üniversitesi İİBF Ekonomik Yaklaşımlar Dergisi, Kongreler Dizisi, 11.
- Centers for Disease Control and Prevention (2022, 05 26), **Centers for Disease Control and Prevention**, Covid-19: https://www-cdc-gov.translate.goog/coronavirus/2019-ncov/vaccines/different-vaccines/Pfizer-BioNTech.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=tr&_x_tr_hl=tr&_x_tr_pto=op,sc adresinden alındı. Erişim Tarihi: 26.05.2022
- Chaiken, S. A. (1999), **Dual Process Theories in Social Psychology**, New York: Guilford.
- Conly, S. (2012), **Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism**, New York: Cambridge University Press.

Çakır, M. Ö. (2019, 11 05), **Ticaret Bakanı Pekcan: Rastgele Kontrol Deneyi'ni başarıyla yürüttük**, Anadolu Ajansı: Ticaret Bakanı Pekcan: Rastgele Kontrol Deneyi'ni Başarıyla Yürüttük. Erişim adresi:
<https://www.aa.com.tr/tr/ekonomi/ticaret-bakani-pekcan-rastgele-kontrol-deneyini-basariyla-yuruttuk/1636147> adresinden alındı. Erişim Tarihi:
22.05.2022

Çetin, M. (2021), **Dürtme Teorisi Kapsamında Sosyal Normların Bireysel Tasarruflara Etkisi Üzerine Nitel Bir Uygulama** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi.

Demir, S. (2009), Kavram Oluşturma ve Ölçüm. K. & B. Böke içinde, **Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri: detaylı ve açıklamalı anlatım** (s. 77), İstanbul: Alfa Yayınları.

Devlet Personel Başkanlığı (2014, 02 12), **Devlet memurunun anonim veya limited şirket ortağı olup olamayacağı**. [kilis.edu.tr: http://personel.kilis.edu.tr/dosyalar/18%20i.pdf](http://personel.kilis.edu.tr/dosyalar/18%20i.pdf) adresinden alındı

Dolan, P. H. ve diğerleri (2012), **Influencing behaviour: The mindspace way**, Journal of economic psychology 33(1), 264-277.

Dolan, P. H. ve diğerleri (2010), **Mindspace, Influencing Behaviour Through Public Policy**, London, UK.: Cabinet Office Institute for Government.

Doruk, Ö. T. (2019), **İktisat Okullarında Piyasa Başarısızlıkları ve Finansal Kriz Yaklaşımı: Türkiye’de 2001 Finansal Krizi Üzerine Post Keynesyen Bir Analiz**, Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(3), 99-105.

Dworkin, G. (1972), **Paternalism**, The Monist, 64-84.

Er, Ü. (2011), **Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Eryaşar, M. (2020), **Pazarlama Alanında Yapılan Dürtme Konulu Çalışmaların Bibliyometrik Analizi** (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Bilecik: Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi.

Galizzi, M. M. (2017), **Behavioral Aspects of Policy Formulation: Experiments, Behavioral Insights, Nudges**. M. Howlett, & I. Mukherjee içinde, Handbooks of Research on Public Policy (s. 410- 433). UK: Edward Elgar Publishing.

Grand, J. New, B. (2015), **Government Paternalism: Nanny State or Helpful Friend?** , New Jersey: Princeton University Press.

Hansen, P. G. (2016), **The definition of nudge and libertarian paternalism: Does the hand fit the glove?**, European Journal of Risk Regulation, 7(1), 155-156.

Hens, T. ve Bachmann, K. (2008), **Behavioural Finance for Private Banking**, Chichester: Wiley.

İhlas Haber Ajansı (2021, 07 08), **Sağlık**, İHA: <https://www.iha.com.tr/haber-koylu-kadindan-asi-ekiplerine-esek-sirtinda-moral-siiri-eseginin-ustundayken-asisi-vuruldu-950906/> adresinden alındı. Erişim Tarihi: 26.05.2022

Institute for Government of UK (2009), **MINDSCAPE**, London: Cabinet Office of UK.

İşler, B. (2018), **Yakın Toplumsal İlişkilerin Özendirici Aşı Politika Aracı Olarak Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi** (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

- Johnson, E. J. ve Goldstein, D. (2003), **Do defaults save lives?**, Science, 302(5649), 1338-1339.
- Kahneman, D. ve Tversky, A. (1979), **Prospect theory: An analysis of decision under risk**, Econometrica: Journal of the Econometric Society, 47(2), 263-291.
- Kahneman, D. (2011), **Hızlı ve Yavaş Düşünme**, çev. Osman Ç. Deniztekin, Filiz N. Deniztekin İstanbul: Varlık Yayınları.
- Kahneman, D. (2012). **The Behavioral Foundations of Public Policy**, Princeton NJ: Princeton University Press.
- Karaca, Ö. (2017), **Davranışsal İktisat Çerçevesinde Bireylerin Tüketim Davranış Eğilimleri: Kamu Çalışanları Örneği** (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Tokat: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaya, M. (2021), **Dürtmenin Davranışsal Kamu Politikası Aracı Olarak Kullanılması: “İngiltere ve Türkiye Karşılaştırmalı Analizi”** (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Muğla: Muğla sıtkı Koçman Üniversitesi.
- Kişisel Verileri Koruma Kurumu (2019), **Örneklerle Kişisel Verilerin Korunması**, Ankara: KVKK Yayınları.
- Kitapçı, İ. (2017), **Rasyonaliteden irrasyonaliteye: Davranışsal iktisat yaklaşımı ve bilişsel önyargılar**, Maliye Araştırmaları Dergisi, 3(1), 85-102.
- Korkut, M. (2019), **Davranışsal Ekonominin Tüketici Karar Verme Davranışı Üzerine Etkileri: Dürtme Teorisi Uygulaması** (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.

Kornblum, S. ve diğerkleri (1990), **Dimensional overlap: Cognitive basis for stimulus-response compatibility-A model and taxonomy**, Psychological Review, 97(2), 253–270.

Kultgen, J. (1995), **Autonomy and Intervention-Parentalism in the Caring Life**, New York: Oxford University Press.

Kumbasar, A. (2016), **Sağlık Politikaları**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Leggett, W. (2014) **The Politics of Behaviour Change: Nudge, Neoliberalism and the State**, Policy & Politics, 1(41), 3-19.

Lepenies, R. (2019), **Behaviour change: extralegal, apolitical, scientistic**, In Handbook of behavioural change and public policy. Edward Elgar Publishing.

Lunn, P. (2014), **Regulatory Policy and Behavioural Economics**, OECD Publishing.

Lurie, N. S. (2020), **Developing Covid-19 vaccines at pandemic speed**, New England Journal of Medicine, 382(21), 1969-1973.

Mevzuat Bilgi Sistemi (1928, 04 11), **Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**, mevzuat.gov.tr:

<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> adresinden alındı.

Erişim tarihi: 18.05.2022.

Mevzuat Bilgi Sistemi (1987, 05 07), **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**,

[www.mevzuat.gov.tr: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf](https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf)

adresinden alındı. Erişim tarihi: 14.05.2022.

Mevzuat Bilgi Sistemi. (2003, 12 10). **Kamu Malî Yönetimi ve Kontrol Kanunu**,

mevzuat.gov.tr: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5018.pdf>

adresinden alındı, Erişim Tarihi: 28.04.2022.

Mevzuat Bilgi Sistemi (2018, 07 10), **Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında**

Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (1 Sayılı), mevzuat.gov.tr:

<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf> adresinden alındı, Erişim

tarihi: 14.05.2022.

Nyborg, K. (2000), **Homo economicus and homo politicus: interpretation and**

aggregation of environmental values, Journal of Economic Behavior &

Organization, 42(3), 305-322.

OECD, (2022, 05 20), **Behavioural insights**, OECD:

<https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/behavioural-insights.htm>

adresinden alındı, Erişim tarihi: 22.05.2022.

Özdemir, Ş. (2019), **Bir Kamu Politikası Aracı Olarak Davranışsal İçgörü**, Türkiye

İletişim Araştırmaları Dergisi, 34, 247-274.

Pete, L. (2014), **Regulatory policy and behavioural economics**, OECD publishing.

Posta Gazetesi, (2022, 03 14), **Hastanelerde randevu kaldırıldı mı? Devlet**

hastanelerine randevusuz gidilecek mi? Randevusuz hasta muayene olacak

mı?, Posta Gazetesi: <https://www.posta.com.tr/saglik/beden->

[sagligi/hastanelerde-randevu-kaldirildi-mi-devlet-hastanelerine-randevusuz-](https://www.posta.com.tr/saglik/beden-sagligi/hastanelerde-randevu-kaldirildi-mi-devlet-hastanelerine-randevusuz-)

[gidilecek-mi-randevusuz-hasta-muayene-olacak-mi-2449180](https://www.posta.com.tr/saglik/beden-sagligi/hastanelerde-randevu-kaldirildi-mi-devlet-hastanelerine-randevusuz-gidilecek-mi-randevusuz-hasta-muayene-olacak-mi-2449180) adresinden alındı,

Erişim tarihi: 25.05.2022.

RG, (1982, 10 20), **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası**, Resmi Gazete:

https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/17863_1.pdf adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 14.05.2022.

RG, (2022, 05 25), **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**, Resmi

Gazete: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100325M1-1.htm>

adresinden alındı, Erişim Tarihi: 16.05.2022.

Sağlık Bakanlığı, (2018, 05 07), **Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve**

Esasları Hakkında Yönerge, saglik.gov.tr:

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11289/merkezi-hekim-randevu-sistemi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi:

22.05.2022.

Sarıkaya, D. (2012), Sağlık sistemleri ve bazı ülkelerde uygulanmakta olan sağlık

sistem modelleri, S. Atabey içinde, **Sağlık sistemleri ve sağlık politikası** (s.

22). Ankara: 1.Basım, Gazi Kitabevi.

SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, (2014, 01 28). **Mesai Saatleri Harici İşyeri**

Hekimliği, saglik.gov.tr: [https://www.saglik.gov.tr/TR,11170/mesai-saatleri-](https://www.saglik.gov.tr/TR,11170/mesai-saatleri-harici-isyeri-hekimligi.html)

[harici-isyeri-hekimligi.html](https://www.saglik.gov.tr/TR,11170/mesai-saatleri-harici-isyeri-hekimligi.html) adresinden alındı, Erişim Tarihi: 22.05.2022.

SB Teftiş Kurulu Başkanlığı, (2022, 06 13), **Sağlık Personeli El Kitabı (Sıkça**

Karşılaşılan Sorunlar), SB Teftiş Kurulu Başkanlığı:

<https://teftis.saglik.gov.tr/TR-87190/saglik-personeli-el-kitabi-sikca-karsilasilan-sorunlar.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 28.05.2022.

Shiffrin, S. V. (2000), **Paternalism, unconscionability doctrine, and accommodation**,

Philosophy & Public Affairs, 29(3), 216.

Simon, H. (1965), **Administrative Behavior**, (2nd Ed.). New York: Free Press., 78-80.

Simon, H. (1955), **A Behavioral Model of Rational Choice**, Quarterly, 69, 99-118.

Sinovac, (2022, 04 04). **Novel Coronavirus Inactivated Vaccine**, sinovac.com:

<http://www.sinovac.com/product/showproduct.php?id=66> adresinden alındı,

Erişim Tarihi: 16.05.2022.

Solek, A. (2014), **Behavioral Economics Approaches to Public Policy**, Journal of International Studies, 7(2), 33-45.

Stroop, J. R. (1935), **Studies of Interference in Serial Verbal Reactions**, Journal of Experimental Psychology, 643-662.

Suber, P. (1999), **Paternalism**, Philosophy of law: An encyclopedia.

Sunstein, C. R. ve Thaler R. H. (2008), **Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness**, New Haven & London: Yale University Press.

Şeker, M. ve Bulduklu, Y. (2017), Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmet Kuruluşları. N. Sarp içinde, **Sağlık Kurumları Yönetimi-I** (s. 31), Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 3511.

Şeniğne, B. (2011), **Rasyonalite Kavramına Deneysel ve Davranışsal İktisat Bağlamında Yeni Bir Bakış Açısı "Nöroiktisat"** (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi.

Şentürk, G. (2020), **Plastik Poşet Ücretinin Tüketici Davranışlarına Etkisinin Davranışsal İktisat Bağlamında Değerlendirilmesi** (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

T.C. Cumhurbaşkanlığı, (2021, 01 14), **Cumhurbaşkanı Erdoğan, Koronavirüse karşı CoronaVac aşısı yaptırdı**, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı:
<https://www.tccb.gov.tr/haberler/410/123567/cumhurbaskani-erdogan-koronaviruse-karsi-coronavac-asisi-yaptirdi> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 01.06.2022.

T.C. Ekonomi Bakanlığı, (2018), **Senin Kararın! (mı?), Kamu Politikası Tasarımında Davranışsal Yaklaşım**, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi Bakanlığı.

T.C. İçişleri Bakanlığı, (2020, 04 10), **2 Gün Sokağa Çıkma Yasağı**, Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı: <https://www.icisleri.gov.tr/2-gun-sokaga-cikma-yasagi> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 14.05.2022.

T.C. Resmi Gazete, (2018, 02 26), **26 Şubat 2018 Tarihli ve 30344 Sayılı Resmî Gazete**, Resmi Gazete:
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02/20180226.htm> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 19.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 04 04), **Covid-19 Aşısı Çeşitleri**, S.B. COVID-19 AŞISI Bilgilendirme Platformu: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77708/covid-19-asisi-cesitleri.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 26.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 04 04), **Covid-19 Aşısı Üretim Teknolojileri**, Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu: <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77709/covid-19-asisi-uretim-teknolojileri.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 14.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 06 09), **MHRS Vatandaş**, mhrs.gov.tr:
<https://mhers.gov.tr/vatandas/#/> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 19.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2012), **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020), **Covid 19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı**, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020, 01 31), **Koronavirüs Bilim Kurulu, Bakan Koca Başkanlığında Toplandı**, saglik.gov.tr:
<https://www.saglik.gov.tr/TR,63605/koronavirus-bilim-kurulu-bakan-koca-baskanliginda-toplandi.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 22.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020, 09 03), **Yayınlar**, SB COVID-19 Bilgilendirme Platformu: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66116/yayinlar.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 26.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022), **2022 Yılı Performans Program**, Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 06 16), **Asistan e-Nabız**, E-Nabız:
<https://enabiz.gov.tr/Asistan/Index#> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 23.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 04 04), **Covid-19 Nedir?**, Covid-19 Bilgilendirme Platformu: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 21.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 05 11), **Dr. e-Nabız**, Dr. e-Nabız:
<https://dr.enabiz.gov.tr/#/> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 27.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 05 25), **Hayat Eve Sığar**, HES Kodu Nedir?:

<https://hayatevesigar.saglik.gov.tr/hes.html> adresinden alındı, Erişim Tarihi:

21.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021, 13 01), **İlk Koronavirüs Aşısı Sağlık Bakanı Fahrettin**

Koca'ya Yapıldı, Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR,78148/ilk-koronavirus-asisi-saglik-bakani-fahrettin-kocaya-yapildi.html> adresinden alındı,

Erişim Tarihi: 28.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 05 29). **MHRS**, Merkezi Hekim Randevu Sistemi:

<https://www.mhrs.gov.tr/#> adresinden alındı, Erişim Tarihi: 30.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 06 09), **MHRS**, mhrs.gov.tr: <https://www.mhrs.gov.tr/>

adresinden alındı, Erişim Tarihi: 01.06.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2022, 05 26), **Turkovac Faz-3 Çalışması Azerbaycan'da**

Başlıyor, Sağlık Bakanlığı: <https://www.saglik.gov.tr/TR,87562/turkovac-faz-3-calismasi-azerbaycanda-basliyor-08032022.html> adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 29.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, (2021, 12 09), **MHRS Genelgesi 2021/12 Yayınlandı**,

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-86812/mhrs-genelgesi-202112-yayinlandi.html#> adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 29.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM, (2022, 05 26), **Tedbirler ve Aşı İle Covid-19'u**

Aşıyoruz Kamu Spotları (Ünlüler), SB Sağlığın Geliştirilmesi Genel

Müdürlüğü: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR-84493/tedbirler-ve-asi-ile-covid-19u->

asiyoruz-kamu-spotlari-unluler.html adresinden alındı, Erişim Tarihi:

29.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı SGGM, (2022, 05 26), **Yayında Olan Öncelikli Yayınlar**, SB

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü: [https://sggm.saglik.gov.tr/TR-](https://sggm.saglik.gov.tr/TR-54014/yayinda-olan-oncelikli-yayinlar.html)

54014/yayinda-olan-oncelikli-yayinlar.html adresinden alındı, Erişim Tarihi:

29.05.2022.

T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, (2018), **2017 Yılı MHRS Hizmet Raporu**, Ankara: TC

Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı KHGM, (2018, 09 28) **MHRS Nedir?**,

khgmistatistikdb.saglik.gov.tr: [https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-](https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-46765/mhrs-nedir.html)

46765/mhrs-nedir.html adresinden alındı, Erişim Tarihi: 24.05.2022.

T.C.Ticaret Bakanlığı, (2022, 06 22), **Kolay İhracat Platformu Zenginleşiyor**, Kolay

İhracat Platformu: <https://www.kolayihracat.gov.tr/> adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 24.06.2022.

Tarı, R.ve Çalışkan, Ş. (2010), **Kocaeli İlinde Tüketicinin Gelir Hipotezlerinin**

Analizi, Atatürk Üniversitesi. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 19(2), 1-19.

Torunoğlu, M. ve diğerleri (2019), **Başka Türlü Bir Kamu Politikası**, E. Aydınonat, &

B. Urhan içinde, Hayatın İçindeki İktisat: İktisadi Davranışlara Farklı Bir Bakış

(s. 195-215), İstanbul: İletişim Yayınları.

TRT Haber, (2021, 08 31), **Sanatçıların aşılama kampanyasına desteği sürüyor**,

TRT Haber: [https://www.trthaber.com/haber/gundem/sanatcilarin-asilama-](https://www.trthaber.com/haber/gundem/sanatcilarin-asilama-kampanyasina-destegi-suruyor-605481.html)

kampanyasina-destegi-suruyor-605481.html adresinden alındı, Erişim Tarihi:

26.05.2022.

Türk Tabipleri Birliği, (2017, 09 08), **Hekimlik Meslek Etiği Kuralları**, Türk Tabipleri

Birliği: [https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=0ec78cec-9474-11e7-](https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=0ec78cec-9474-11e7-914a-a458ccf77150)

914a-a458ccf77150 adresinden alındı, Erişim Tarihi: 30.05.2022.

TÜSEB, (2022, 05 26), **Türkovac Nedir**, TÜSEB:

<https://www.tuseb.gov.tr/turkovac/turkovac-nedir> adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 26.05.2022.

Tversky, A. ve Kahneman, D. (1973), **Availability: A heuristic for judging frequency and probability**, Cognitive psychology, 5(2), 207-232.

Ufuk, S. Ö. (2022), **Davranışsal Kamu Politikalarında Dürtme: Covid-19 Aşısı Yaptırma Kararı Üzerine Kırklareli İlinde Bir Araştırma** (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Kırklareli: Kırklareli Üniversitesi.

White, M. D. (2004), **Can Homo Economicus Follow Kant's Categorical Imperative?**, Journal of Socia Economics, 33(1), 89-106.

White, M. D. (2003), **Recounciling Homoeconomicus and John Dewey's Ethics**, Journal of Economic Methodology, 10(2), 223-243.

Yalçınkaya, T. (2004), **Risk ve Belirsizlik Algılamasının İktisadi Davranışlara Yansımalar**, Muğla: Muğla Üniversitesi İİBF Tartışma Tebliğleri.

Yıldırım, A. (1999), **Nitel araştırma yöntemlerinin temel özellikleri ve eğitim araştırmalarındaki yeri ve önemi**, Eğitim ve Bilim, 23, 7-17.

Yıldırım, A. vd. (2011), **Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri**, Ankara: Seçkin Kitabevi.

YouTube, (2013, 03 18), **Alo 182 Hastane Randevu Merkezi**, YouTube:

<https://www.youtube.com/watch?v=JZjyURDLnLM> adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 26.05.2022.

YouTube, (2013, 04 23), **Kamu spotu-T.C. İB EGM-Emniyet kemeri**, YouTube:

https://www.youtube.com/watch?v=-aM_GfE7WYA adresinden alındı, Erişim

Tarihi: 09.06.2022.

Yurdakul, F. ve Özcan, M. (2014), **Uyarlanmış ve Rasyonel Beklentiler Modellerinin**

Doğrusal Olmayan Eksik Regresyon Modelleri Çerçevesinde İncelenmesi,

Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 68 (2), 315.

Yüksel, H. (2021), **Dürtme Kuramı Perspektifinden Bağışçılık Davranışlarının**

Yönlendirilmesi Üzerine Deneysel Bir Çalışma (Yayınlanmamış Yüksek

Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi.

ÖZET

TÜRKİYE’DEKİ AKTÜEL SAĞLIK POLİTİKALARININ TERCİH MİMARİSİ EKSENİNDE İNCELENMESİ

ULUĞ, Mehmet Sait

Yüksek Lisans Tezi, İktisat Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Umut ÖNEŞ

Haziran, 2022, 104 Sayfa

Davranışsal iktisat bilimi araçlarından olan dürtme teorisi ülkemizde sağlık politikasına ilişkin programların uygulamasında da kullanılmaktadır. Konunun önemine binaen bu çalışmada; güncel sağlık politikalarında tercih mimarisinden ve tercih mimarının amaca ulaşmak için kullandığı enstrüman olan dürtme eyleminden nasıl yararlanıldığının ve özgürlükçü paternalizme aykırı durumlarda Devletin nasıl reaksiyon gösterdiğinin gözlemlenmesi amaçlandı.

Tezde, doküman analizine dayalı nitel araştırma tekniği kullanılarak Türkiye’deki aktüel sağlık politikaları tercih mimarisi ekseninde ele alındı. Covid-19 süreci ve MHRS kullanımı hususlarında tercih mimarisi ele alınarak yapılan ilk çalışmalardan biri olması, kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına hasta yönlendirme konusunun ise özgürlükçü paternalizm ekseninde değerlendirilmesi çalışmanın özgün değerini oluşturmaktadır.

Çalışma sonucunda, Sağlık Bakanlığınca MHRS kullanımı ve Covid-19 salgınına karşı mücadelede dürtme teorisi ile özgürlükçü paternalist uygulamalara başvurulduğu anlaşıldı. Kamuda çalışan hekimler ve sağlık çalışanları, sahip oldukları tıbbi bilgilerin hastalarca çoğunlukla bilinmemesi, ayrıcalıklı ve nitelikli hizmet vermeleri gibi nedenlerle tercih mimarı konumundadır. Çalışmada, kamu hastanelerinden özel sağlık kuruluşlarına gerekli olmamasına rağmen hasta yönlendirilmesi durumunda Devlet tarafından alınan ve alınması gereken önlemlere yer verildi.

Anahtar Sözcükler: Tercih mimarisi, dürtme, özgürlükçü paternalizm, hasta yönlendirme

ABSTRACT

REVIEW OF THE CURRENT HEALTH POLICIES IN TURKEY ON THE AXIS OF CHOICE ARCHITECTURE

ULUĞ, Mehmet Sait

Master Degree, Department of Economics

Supervisor: Assistant Professor Umut ÖNEŞ

June, 2022, 104 Pages

The nudge theory, which is one of the tools of behavioral economics, is also used in the implementation of health policy programs in our country. Based on the importance of the subject, in this study; it was aimed to observe how the choice architecture and the nudge action, which is the instrument used by the choice architect to reach the goal, are used in current health policies and how the State reacts in situations contrary to libertarian paternalism.

In the thesis, the current health policies in Turkey were discussed in the axis of choice architecture by using a qualitative research technique based on document analysis. One of the first studies in the Covid-19 process and the use of CDAS (MHRS) is to consider choice architecture, and the evaluation of patient orientation from public hospitals to private health care organizations on the axis of libertarian paternalism constitutes the original value of the study.

As a result of the study, it was understood that the use of CDAS by the Ministry of Health and the nudge theory in the fight against the Covid-19 epidemic and liberal paternalist practices were applied. Physicians and healthcare professionals working in the public sector are in the position of choice architects for the reasons that their medical information is mostly unknown to patients and the service they provide privileged and qualified. In the study, the measures taken and needed to be taken by the State are included, against the inducement of patients from public hospitals to private health institutions although it is not necessary.

Keywords: choice architecture, nudge, libertarian paternalism, patient orientation