

بررسی رفتار بیماران در زمان احساس نیاز به خدمات درمانی و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان - سال ۱۳۸۳

دکتر سید اصغر رسولی نژاد^۱، دکتر مهدی شاعری^۲، دکتر عبدالحسین داوودآبادی^۳، مریم سادات رسولی نژاد^۴

خلاصه

سابقه و هدف: عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و نیز پرداخت هزینه های درمانی تاثیر بسیاری بر رفتار بیماران در هنگام نیاز به خدمات درمانی دارد. با توجه به هزینه های سنگین بخش درمان، همچنین نقش اقدام بیماران در کنترل مالی هزینه های درمان و در نهایت سیر بهبودی و نیز عدم اطلاع از رفتار بیماران در اولین نقطه رفتار کمک جویانه، این مطالعه به منظور بررسی عوامل موثر بر رفتار بیماران هنگام نیاز به خدمات درمانی در سال ۱۳۸۳ در شهر کاشان انجام گردید.

مواد و روشها: این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در آن ۴۱۴ نفر از افراد جامعه به طور تصادفی انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد. بدین صورت که ابتدا شهر کاشان به ۵ منطقه تقسیم، سپس ۱۰ مرکز بهداشت انتخاب شد و آنگاه افراد مراجعه کننده برای دریافت خدمات بهداشتی در خوشه های مختلف مورد مطالعه قرار گرفتند. در مرحله بعد، رفتار کمک جویانه آنها مانند مراجعه مستقیم به متخصص یا بی توجهی به مشکل بعنوان یک رفتار غیر بهینه و مراجعه به پزشک عمومی یا مرکز بهداشت به عنوان یک رفتار بهینه توسط فرد آموزش دیده به روش مصاحبه بررسی و پاسخها در فرم اطلاعاتی ثبت گردید. در نهایت اطلاعات جمع آوری شده از نمونه ها تنظیم و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: ۳۴۵ نفر (۸۳/۳ درصد) از نمونه های مورد مطالعه تحت پوشش یک نوع بیمه و ۶۹ نفر (۱۶/۷ درصد) آنان فاقد بیمه بودند. میانگین مراجعه به پزشک در یک ماه اخیر در زنان ۰/۹۶ مرتبه با (انحراف معیار ۱/۲۹) بود، در حالیکه میانگین مراجعه به پزشک در مردان ۰/۴۹ مرتبه (با انحراف معیار ۰/۹۳) نشان داده شد. این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. رفتار مناسب مراقبت جویانه در زنان ۱۵/۷ درصد و در مردان ۲۱ درصد بوده است. بطور کلی میزان رفتار مناسب مراقبت جویانه در افراد تحت پوشش بیمه ۱۹/۱ درصد و در افراد غیر بیمه ای ۱۴/۵ درصد بوده است.

خلاصه و نتیجه گیری: با عنایت به نتایج بدست آمده از این مطالعه، رفتار نامناسب بیماران شامل بی توجهی به مشکل از یک سو و تمایل برای مراجعه نزد متخصص و فوق تخصص از سوی دیگر منجر به کاهش کارایی و اثربخشی خدمات درمانی می شود. یافته های این مطالعه می تواند مورد استفاده و کاربرد عملی سازمانهای خدمات بهداشتی - درمانی و بیمه جهت طراحی و تنظیم برنامه های بیمه بهداشتی قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خدمات درمانی، رفتار کمک جویانه، احساس نیاز، کاشان

۱- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه بهداشت و مدیریت

۲- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه چشم

۳- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه جراحی

۴- مریم سادات رسولی نژاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی

کج: دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مجتمع مسکونی، جی ۲، شماره ۷۴

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۳/۱۶

تاریخ تایید مقاله: ۸۴/۷/۲۰

مقدمه

استفاده اضافی از تسهیلات سطوح بالاتر و افزایش هزینه ها بوده است (۱ و ۲). از طرف دیگر ساختار عرضه خدمات بهداشتی - درمانی و نوع پرداخت هزینه، تاثیر بسیاری بر چگونگی مراجعه بیماران دارد. هزینه های بالا در عرصه درمان و محدودیت منابع، مطالعه برای ارتقای کارآمدی بخشهای درمانی را ضروری تر می سازد (۱ و ۲). مطالعات نشان می دهند ۸۵ - ۷۵ درصد افراد بیمار در طول یک سال نیاز به مراقبتهای اولیه دارند. به بیان دیگر

افزایش روزافزون هزینه های درمانی برای سازمانهای خدمات بهداشتی - درمانی مشکل ساز و غیر قابل تحمل گشته است بطوریکه در سال ۲۰۰۰ در آمریکا حدود ۲۰ درصد تولید ناخالص ملی صرف بخش بهداشت شده است (۱). یکی از دلایل این وضعیت، مراجعه مستقیم بیماران به سطوح بالاتر عرضه خدمات، در خواست برای خدمات درمانی پیچیده تر و در نتیجه

در مورد کارکرد سطح اول تماس و تاثیر آن بر نتایج خدمات درمانی اطلاعات محدودی از کل کشور به ویژه شهر کاشان وجود دارد که، با توجه به تغییرات عوامل موثر بر فرایند مدیریت درمان مطالعات مستمر و گسترده ای را طلب می کند. هدف این مطالعه بررسی رفتار بیماران در هنگام احساس نیاز برای دریافت مراقبتهای درمانی در شهر کاشان بوده است. و نتایج آن می تواند در بازنگری و طراحی مجدد ساختار عرضه خدمات بهداشتی درمانی و سیستمهای تنظیم کننده مراقبتی و نیز بهینه سازی بیمه ها مورد استفاده مدیران بهداشت و درمان قرار گیرد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است. در این تحقیق ۴۱۴ نفر از افراد بالغی که به طور مستمر به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند (با احتمال ۵۰ درصد رفتار بهینه از نظر الگوی مراجعه) به طور تصادفی مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت انتخاب نمونه ها از روش نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد، بدین صورت که ابتدا شهر کاشان به ۵ منطقه تقسیم و سپس ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی بطور تصادفی انتخاب شدند آنگاه رفتار کمک جویانه مراجعین مورد بررسی قرار گرفت بدین منظور که آیا در طول یک ماه گذشته بیمار شده اند یا خیر؟ در صورت جواب مثبت به منظور رفع مشکل خود چه کرده اند؟ بی توجهی به مشکل، خوددرمانی، و یا مراجعه به متخصص به عنوان یک رفتار ناکارآمد و تماس با پزشک عمومی یا مراجعه به درمانگاه به عنوان یک رفتار اثربخش در نظر گرفته شد. اطلاعات با استفاده از یک پرسشنامه و مصاحبه توسط کارمند آموزش دیده جمع آوری شد و پس از تایید اعتبار و اعتماد آنها در فرم اطلاعاتی ثبت شد. آنگاه به صورت جداول و نمودار نشان داده شد و نقش سن، جنس و بیمه در رابطه با رفتار بهینه و غیر بهینه با استفاده از آزمون کای دو بررسی گردید.

یافته های پژوهش

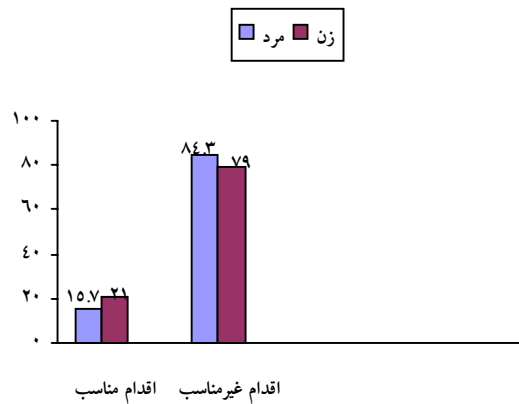
۱۹۷ نفر (۴۷/۷ درصد) از نمونه های مورد مطالعه مذکر و ۲۱۷ نفر (۵۲/۳ درصد) مونث بودند. سن نمونه های مورد مطالعه بین ۷۵ - ۱۶ سال با میانگین ۳۵/۳ سال و انحراف معیار ۱۱/۱ بود. میزان مراجعه نمونه ها به پزشک در یک ماه اخیر در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مراجعه به پزشک در یک ماه اخیر در افراد

شرکت کننده در مطالعه به تفکیک جنس - کاشان ۱۳۸۳	
آماره	مراجعه به پزشک (انحراف
جنس	فراوانی
	(میانگین معیار

ارجاع و مشاوره با متخصص تنها ۱۲ - ۱۰ درصد و ارجاع به سطوح بالاتر مراقبت فقط حدود ۵ درصد ضروری می باشد (۲۰۳). بنابراین کلید اصلی یک مراقبت جامع و همه جانبه در سطح اول تماس می باشد که پزشک عمومی دارای نقش اصلی در آنست و بیماران در اولین اقدام بجز موارد اورژانسی باید به او مراجعه کنند. سوال اساسی آنست که بیماران و مددجویان در صورت احساس نیاز برای گرفتن خدمات درمانی چه رفتاری دارند؟ بی توجهی به مشکل یا مراجعه مستقیم؟ به کجا، کدام مرکز و کدام فرد؟ علاوه عوامل تاثیرگذار بر این رفتار کدامند؟ علیرغم مکانیزمهای مختلف برای تقویت اولین سطح تماس و نقطه آغازین خدمات درمانی، رفتار جستجو گرانه بیماران تحت تاثیر عوامل متعدد دیگری قرار می گیرد. در این رابطه اغلب سازمانهای بیمه و مدیریت درمان تلاش می کنند با تقویت سطح اول تماس یا نقطه شروع عرضه خدمات و اعمال سیستمهای کنترل، از مراجعه مستقیم بیماران به پزشک متخصص یا سطوح بالاتر جلوگیری کنند. بدین منظور برای بررسی میزان خود ارجاعی در یک طرح بیمه مطالعه ای انجام گرفت که در آن ۹۶-۹۳ درصد افراد شرکت کننده از طریق پزشک مراقبت اولیه یا فرد ارجاع دهنده (*gatekeeper*) به متخصص ارجاع شده بودند و تنها حدود ۵ درصد خودارجاعی کرده بودند (۴). در آمریکا حدود ۴/۵ درصد بیماران توسط پزشک خانواده به متخصص ارجاع می شوند و منبع ارجاع به متخصص توسط پزشک خانواده ۴۵ درصد است اما عوامل متعددی از جمله ویژگی بیماران، پزشک ارجاع کننده، متخصص، وضعیت بیماری و ساختار نظارت و کنترل بر فرایند درمان بر این پدیده تاثیر دارد (۵). در یک مطالعه ۸۸ درصد پاسخ دهندگان مهارت پزشک متخصص را بعنوان مهمترین عامل ارجاع می دانستند، اولویت دوم تجربه خوب قبلی (۵۹ درصد) و اولویت سوم وقت شناسی پزشک متخصص بود (۶). در مطالعه دیگری دلایل ارجاع به بیمارستان توسط پزشک عمومی موارد زیر عنوان گردید: سابقه بیمارستان ۲۹ درصد، توصیه دیگران ۱۳ درصد، مناسب بودن و راحتی در بیمارستان ۲۷ درصد، تحقیق شخصی ۱۳ درصد، نظر دیگران ۸ درصد و شهرت و اعتبار بیمارستان ۳ درصد بود (۷). مطالعه دیگری توسط *Imanaka* و همکاران (سال ۱۹۹۲) که در شهر توکیو و به منظور بررسی کیفیت خدمات درمانگاهی و رضایت بیماران انجام گرفت، نشان داد سیر بهبودی بیمار، صلاحیت پزشک، اعتبار بیمارستان، برخورد مناسب و رابطه خوب با بیمار مهمترین عوامل تعیین کننده در انتخاب بیماران، رضایت و مشارکت موثر آنان است (۸).

بین جنس و رفتار مددجویان ارتباط معنی دار آماری وجود داشت. چنانچه در جدول ۳ نشان داده شده است رفتار مددجویان بین نمونه های زن و مرد اختلاف دارد.



نمودار ۲- توزیع فراوانی رفتار مددجویان ۴۱۴ فرد شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنس - کاشان ۱۳۸۳

۳۴۵ نفر (۸۳/۳ درصد) از نمونه های مورد مطالعه تحت پوشش یک نوع بیمه بودند که ۱۹۵ نفر (۵۶/۴ درصد) بیمه تامین اجتماعی، ۱۳۱ نفر (۳۸ درصد) بیمه خدمات درمانی، ۱۹ نفر (۵/۶ درصد) سایر بیمه ها و ۶۹ نفر (۱۶/۷ درصد) فاقد هرگونه بیمه بودند.

جدول ۴- توزیع فراوانی رفتار مددجویان افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب پوشش بیمه - کاشان ۱۳۸۳

جمع	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتار غیرمناسب (درصد) تعداد
دارای بیمه	۶۶ (۱۹/۱)	۲۷۹ (۸۰/۹)
فاقد بیمه	۱۰ (۱۴/۵)	۵۹ (۸۵/۵)
جمع	۷۶ (۱۸/۴)	۳۳۸ (۸۱/۶)

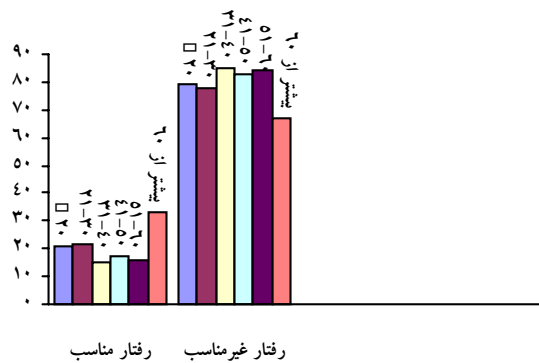
زن	۲۱۰	(۰/۹۶ ± ۱/۲۹)
مرد	۲۰۴	(۰/۹۳ ± ۰/۴۹)
کل	۴۱۴	(۰/۷۳ ± ۱/۱۵)

چنانچه در جدول فوق دیده می شود میانگین مراجعه به پزشک در زنان بیشتر از مردان می باشد. این تفاوت با استفاده از آزمون آماری *t student* معنی دار نشان داده شد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۲- توزیع فراوانی رفتار مددجویان افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب سن - کاشان ۱۳۸۳

سن (سال)	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتار غیرمناسب (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد
کمتر از ۲۰	۶ (۲۰/۷)	۲۳ (۷۹/۳)	۲۹ (۱۰۰)
۲۱-۳۰	۲۶ (۲۱/۹)	۹۳ (۷۸/۱)	۱۱۹ (۱۰۰)
۳۱-۴۰	۲۴ (۱۵)	۱۳۶ (۸۵)	۱۶۰ (۱۰۰)
۴۱-۵۰	۱۲ (۱۷/۴)	۵۷ (۸۲/۶)	۶۹ (۱۰۰)
۵۱-۶۰	۴ (۱۶)	۲۱ (۸۴)	۲۵ (۱۰۰)
بیشتر از ۶۰	۴ (۳۳/۳)	۸ (۶۶/۷)	۱۲ (۱۰۰)
جمع	۷۶ (۱۸/۴)	۳۳۸ (۸۱/۶)	۴۱۴ (۱۰۰)

همچنین بین سن افراد و رفتار مددجویان آنها ارتباط معنی دار آماری وجود داشت که در جدول ۲ و نمودار ۱ به تصویر کشیده شده است.



نمودار ۱- توزیع فراوانی رفتار مددجویان ۴۱۴ فرد شرکت کننده

در مطالعه بر حسب سن - کاشان ۱۳۸۳

جدول ۳- توزیع فراوانی رفتار مددجویان افراد شرکت کننده در

مطالعه بر حسب جنس - کاشان ۱۳۸۳

جنس	رفتار مناسب (درصد) تعداد	رفتار غیرمناسب (درصد) تعداد	جمع (درصد) تعداد
مرد	۳۲ (۱۵/۷)	۱۷۲ (۸۴/۳)	۲۰۴ (۱۰۰)
زن	۴۴ (۲۱)	۱۶۶ (۷۹)	۲۱۰ (۱۰۰)
جمع	۷۶ (۱۸/۴)	۳۳۸ (۸۱/۶)	۴۱۴ (۱۰۰)

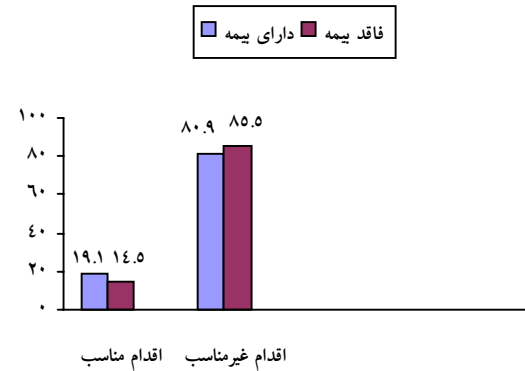
در این مطالعه، ۱۹/۱ درصد افراد تحت پوشش بیمه و ۵/۱۴ درصد افراد فاقد بیمه نسبت به مشکل خود رفتار مناسب نشان دادند، در حالی که ۸۰/۹ درصد بیمه شدگان و ۸۵/۵ درصد افراد فاقد بیمه مستقیماً به متخصص یا فوق تخصص مراجعه کردند (رفتار مددجویانه نامناسب) نتایج مطالعات نشان می دهد. (که یکی از عوامل مراجعه مستقیم به مراکز تخصصی تر، دسترسی آزاد بیماران به پزشکان متخصص می باشد (۱۴-۱۲)).

در شبکه بهداشت و درمان کاشان با توجه به وجود دانشگاه علوم پزشکی و تعداد زیادی از پزشکان متخصص، نوعی تمایل به مراجعه به متخصص در بیماران وجود دارد. علیرغم مکانیزمهای مختلف برای تقویت اولین سطح تماس به عنوان نقطه آغازین خدمات درمانی، عوامل متعددی بر رفتار جستجو گرانه بیماران تأثیر می گذارند. از طرف دیگر بعضی از مطالعات، اثربخشی سیستم ارجاع (gatekeeper) را زیر سؤال برده اند. گالین بعنوان یک متخصص پزشکی اظهار می کند ۱۰ سال پیش همه بیماران توسط پزشکان ارجاع می شدند اما در حال حاضر ۶۲ درصد بیماران مستقیماً به سطوح بالاتر مراجعه می کنند زیرا قانون ارجاع حذف شده است.

از طرف دیگر ۱۰ سال پیش تقریباً هر بیمار یک پزشک خاص داشت درحالی که اینک ۳۵ درصد از بیماران، پزشک خاصی ندارند. به اعتقاد دکتر گالین بیماران خودارجاع آگاهترند و مشارکت بیشتری در درمان خود دارند و نتایج بهتری می گیرند (۱۵). اما در مطالعه ای که به منظور مقایسه میزان علاقه بیماران برای ویزیت متخصص بین دو گروه (در یک سازمان حفظ سلامت و یک گروه آزاد) انجام گرفت، ۳ درصد از گروه اول و ۱۳ درصد از گروه دوم شدیداً خواستار ویزیت توسط متخصص بودند (۱۶). در مطالعه دیگری (سال ۱۹۹۹) نشان داده شد که ۹۴ درصد بیماران پزشک مراقبت اولیه را بعنوان هماهنگ کننده درمانها می دانستند، ۹۱ - ۷۵ درصد بیماران با توجه به نوع بیماریشان، ترجیح می دادند که ابتدا پزشک مراقبت اولیه آنها را ببیند و ۲۳ درصد اعتقاد داشتند که نیاز به متخصص دارند. همگی این بیماران تحت پوشش سازمان مراقبت کنترل شده بودند (۱۸-۱۷).

نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از این مطالعه مبنی بر رفتار نامناسب بیماران (از یک سو بی توجهی به مشکل و از طرف دیگر تمایل برای مراجعه به متخصص و فوق تخصص) می تواند مورد استفاده سازمانهای خدمات بهداشتی - درمانی و بیمه جهت طراحی و تنظیم برنامه های بهداشتی و بیمه ای قرار گیرد.



نمودار ۳- توزیع فراوانی رفتار مددجویانه ۱۴ فرد شرکت کننده در مطالعه بر حسب پوشش بیمه و غیربیمه ای - کاشان ۱۳۸۳

جدول ۴ اختلاف رفتار مددجویانه بین نمونه های بیمه ای و غیربیمه ای را نشان می دهد. اما بین پوشش بیمه و رفتار مددجویانه ارتباط معنی دار آماری به دست نیامد.

بحث

در این مطالعه نشان داده شد که میانگین مراجعه به پزشک در زنان بیشتر از مردان و اختلاف آن از نظر آماری معنی دار بوده است.

نتایج مطالعه ای در انگلیس نشان داد که ۱۳ درصد مردان و ۱۸ درصد زنان طی دوهفته قبل از مصاحبه با یک پزشک مشاوره کرده اند و استفاده از خدمات پزشکی به طور کلی در زنان بیشتر از مردان بوده است که یکی از عوامل مربوط به این پدیده، مشاوره های حاملگی ذکر شد (۹). مطالعه دیگری در فنلاند نشان داد که ۷ درصد مردان و ۹ درصد زنان طی یک سال گذشته توسط پزشک عمومی ویزیت شده اند و کلاً ۸۶ درصد فنلاندی ها حداقل یک مشاوره پزشکی در طول سال داشته اند (۱۰).

در این مطالعه نشان داده شد که بیماران در زمان احساس نیاز، برخورد شایسته ای با مشکل خود نمی کنند بطوریکه مراجعه به پزشک عمومی یا درمانگاه بعنوان رفتار مناسب، در مردان ۱۵/۷ درصد و در زنان ۲۱ درصد و مراجعه به متخصص و فوق تخصص به عنوان یک رفتار نامناسب در مردان ۸۴/۳ درصد و در زنان ۸۱ درصد بود.

نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهند که سن و جنس، فاکتورهای قادرساز مانند دسترسی راحت به مطب پزشک یا درمانگاه و عوامل نیاز مانند بیماری حاد یا مزمن می تواند بر رفتار مراقبت جویانه بیماران تأثیر داشته باشد (۱۱-۱۳).

تشکر و قدردانی

محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کاشان
به جهت حمایت مالی و مشاوره ای تشکر و قدردانی مضاعف می
نماید.

پژوهشگر از کلیه کسانی که به هر شکل در انجام این
مطالعه او را یاری و کمک نموده اند سپاسگزاری و از معاونت

References

1. Forrest CB. **Primary care in the United States: Primary care gate keeping and referrals: effective filter or failed experiment?** *BMJ* 2003; 326: 692-695
2. Molly Cheah. **Challenges and Prospects for Primary Health Care in Malaysia**, National Conference on Privatization & Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues and Concerns, April 5th - 6th 1997, p1-8
3. Starfield B. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1998; 213-241
4. Braun BL, Fowles JB, Forrest CB, Kind EA, Foles SS, Weiner GP. **Which enrollees bypass their gatekeepers in a point-of-service plan?** *Medical Care* 2003; 41: 836-841
5. Klea D, Bertakis, Edward J. Callahan. **Predictors of Patient Referrals by Primary Care to Specialty Care Clinics**. *Fam Med* 2001;33(3),p1-5
6. Starfield B. **Is primary care essential?** *Lancet*, 1994; 344(8930); 1129-1133
7. Christopher B. Forrest CB. **Self-referral in Point-of-Service Health Plans**. *JAMA* .vol .285, No .17, May2,2001;285:2223-2231
8. Imanaka Y. **Determinates of patient satisfaction and intention to continue services utilization: analysis of survey of outpatients at general hospital**. *Nippon. Koshu, Eisei Kasshi*, 1993; 40: 624-635
9. Bajekal M. **use of health services and prescribed medicines, health survey for England**. *Cardiovascular disease*,1998,p 1-15
10. Lykke A. **Frequent attainers in primary health care: A cross-sectional study of frequent attainers' psychosocial and family factors**. *chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre*, 1987,p 1-4
11. Timothy G. **Leaving gate keeping behind effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization**. *JAMA* ,Vol. 345,No 18, 2001: 1312-1317
12. Clancy CM, Franks P. **Utilization of specialty and primary care: The impact of HMO insurance and patients related factors**. *Journal of Family Practice* 1997; 45: 500-508
13. McCarthy E. **Open access newest managed care trend**. *American City Business Journals*. (Online) 28 August 1998. Available: <http://www.bizjournals.com/search.html> (Accessed 12 May 2004).
14. Grumbach K. **Resolving the gatekeeper conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists**. *JAMA*. 1999,Vol.282, No.3 ,pp 261-266
15. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. **Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician**. *Family Practice* 2000; 17: 222-229
16. Landers SJ. **Well-educated patients guide their own care, The big business of health care is generating an abundance, of medical information that is welcomed by savvy patients**. *AM News staff*. Sept. 20, 2004,p1-4.
17. Franks P. **On being new to an insurance plan: Health care use associated with the first years in a health insurance plan**. *Ann Fam Med* 2003;1:156-161
18. Vinker S, Nakar S, Alon Z, Abu-Amar H, Sadovsky G, Hyam E. **Urgent, unscheduled self-referral by ambulatory patients**. *Harefuah* 1998; 135: 92-95 [In Hebrew]