

## Editorial/Van die Redaksie

### Tariff adjustments

Recent statements and commentaries in the news media with reference to medical tariff adjustments may have left the medical profession in a state of uncertainty about the economic future. We are therefore reproducing below a statement (English and Afrikaans) issued to the media by the Medical Association of South Africa on 21 January 1983, together with three letters from the Minister of Health and Welfare, the first two addressed on 18 January to the Registrar of the South African Medical and Dental Council and the third to the Secretary-General of the Medical Association of South Africa. This correspondence is published at the request of the Minister, who wishes to clarify the situation.

Time has not permitted a translation of the correspondence, but in essence the first letter from the Minister refers to the economic problems of the RSA, the need to keep the burden on the consumer within bounds, and the steps taken to control government spending. In these circumstances the Minister feels that the requested increases in the statutory tariff for medical services cannot

be granted, and hopes that the medical profession will see this in the right perspective, and agree to wait for the economy to improve and for a more acceptable system of determination of tariff adjustments to be negotiated. The Minister has therefore referred the proposed tariffs back to the Medical and Dental Council for reconsideration.

In the second letter the Minister expresses his dissatisfaction with the present system of tariff review, refers to his discussions with the Medical Association, the Dental Association, and the Representative Association of Medical Schemes and his requests to them for proposals for changes in the system, and asks the Medical and Dental Council for their proposals for improvement of the system.

In the third letter, to the Secretary-General of the MASA, the Minister states that he has not accepted the proposals of the Medical and Dental Council and that he has done this in order to gain more time for negotiations about the possibility of setting up another procedure for determination of tariffs.

#### Statement by the MASA

The Medical Association of South Africa was disappointed to learn that the Minister of Health and Welfare had not accepted the recommendation of the South African Medical and Dental Council for an increase in the statutory tariff of fees.

The Association is well-informed regarding the present economic situation and accordingly also has understanding for the problems being experienced by both the Government and members of the public in this regard. Note has also been taken of the fact that the Government has indicated that there will not be a salary increase for civil servants this year. However, if the tariff of fees for medical services is not adjusted to a realistic level the relative income position of doctors who are contracted in will be drastically weakened and many of them will find economic survival very difficult if not impossible.

In certain cases consulting room rentals for 1983 have increased by as much as 100% while staff salaries, especially those of nurses, have also increased considerably since the last tariff adjustment. It appears to the Medical Association that contracted-in practitioners will be left with two choices — either to contract out or to leave private practice. In both cases, unfortunately, the public, i.e. patients, will be the ones to suffer, on the one hand because private medical services will be difficult to

#### Verklaring deur die MVSA

Die Mediese Vereniging van Suid-Afrika het met teleurstelling kennis geneem van die besluit van die Minister van Gesondheid en Welsyn om nie die tariefverhoging wat deur die SA Geneeskundige en Tandheelkundige Raad aanbeveel is, toe te staan nie.

Die Vereniging is terdeë bewus van die huidige ekonomiese toestand en het begrip vir die probleme waarmee die Regering en die publiek in dié verband te kampe het. Kennis is ook daarvan geneem dat die Regering nie van voorneme is om vanjaar die salaris van staatsamptenare aan te pas nie. Indien die tarief vir mediese dienste egter nie realisties aangepas word nie, sal ingekontrakteerde geneeshere se relatiewe inkomsteposisie drasties verswak word en sal baie van hulle op ekonomiese gebied nie die mas kan opkom nie. In sommige gevalle is spreekkamerhuur vir 1983 met soveel as 100% opgesit terwyl salarisse van personeel, veral verpleegsters, aansienlik verhoog is sedert die vorige tariefaanpassing. Dit kom vir die Mediese Vereniging voor dat die meeste ingekontrakteerde geneeshere slegs met twee keuses gelaat sal word — om uit te kontrakteer, of om die private praktyk te verlaat. In beide gevalle sal dit egter die publiek, m.a.w. die pasiënte, wees wat skade ly — enersyds omdat private geneeskundige dienste nie beskikbaar is nie, en andersyds omdat hulle persoonlik

obtain and on the other hand because they will be personally responsible for paying the difference between the statutory tariff and the fees that the Medical Association and the profession regard as reasonable for the services rendered.

The Medical Association of South Africa will continue to do everything in its ability to see to it that the statutory tariff of fees is adjusted to a realistic and reasonable level as soon as possible.

**J. N. de Klerk**  
*Chairman of Federal Council*

21 January 1983

**Ministerie van Gesondheid en Welsyn**  
**Ministry of Health and Welfare**

Privaatsak 9070  
KAAPSTAD  
8000  
18 Januarie 1983

Die Registrateur  
Suid-Afrikaanse Geneeskundige  
en Tandheekkundige Raad  
Posbus 205  
PRETORIA  
0001

Geagte mnr. Prinsloo

**Wysiging van die geldetariëwe van dienste gelewer deur geneeshere en tandartse aan lede van geregistreerde mediese skemas**

Ek skryf in antwoord op u briewe M5/82 van 20 Oktober 1982 en M7/82 van 19 Oktober 1982.

Sedert ontvangs van die briewe het ek die Raad se versoeke vir die aanpassing van die geldetariëwe deeglik ontleed en bestudeer. Ek het onder andere die stelsel van geldetariëfbepaling soos neergelê in die Wet op Geneeshere, Tandartse en Aanvullende Gesondheidsdiensberoep, 1974, ook ontleed en met verskeie belanghebbendes, onder andere die Mediese Vereniging, die Tandheekkundige Vereniging en die Verteenwoordigende Vereniging van Mediese Skemas bespreek.

Tydens besprekings van die stelsel, waaroor ek afsonderlik aan u sal skryf, het ek ook inligting oor die voorgestelde geldetariëwe bekom en dan ook verskeie ander instansies se kommentaar daaroor ingewin.

Die geldetariëwe onder bespreking is nie sake wat in isolasie oorweeg kan word nie maar as gevolg van die wye implikasies daarvan moet dit in samehang met al die faktore wat 'n invloed op die land se ekonomie uitoefen in oënskou geneem word. U Raad is ten volle bewus van ons land se huidige algemene ekonomiese posisie en die druk en eise wat van alle kante op die verbruiker geplaas word. Die Regering het terdeë hiervan kennis geneem en hom vir die huidige verbind om verdere verpligtinge op die verbruiker tot die absolute onvermydelike te beperk en ook die druk te probeer verlig. Staatsbesteding is aan bande gelê en is die aanduiding in hierdie stadium dat daar nie voldoende fondse in die skatkis sal wees nie om

verantwoordelik sal wees vir betaling van die verskil tussen die statutêre tarief en die tarief wat die beroep en die Mediese Vereniging as redelike vergoeding vir mediese dienste beskou.

Die Mediese Vereniging van Suid-Afrika sal voortgaan om alles in sy vermoë te doen om toe te sien dat daar so spoedig moontlik 'n realistiese en redelike aanpassing van die statutêre geldetarië kom.

**J. N. de Klerk**  
*Voorsitter van die Federale Raad*

21 Januarie 1983

salarisaanpassings aan beamptes in die staatsdiens, spoorweë, poskantoor, sekere statutêre liggame onder beheer van die staat en staatskorporasies toe te ken nie en moes die privaatsektor ook vanweë die traagheid in die ekonomie en algemene fiskale posisie hulself verplig tot die beperking van salarisverhogings.

Ek is gevolglik van mening dat daar nie verdere verpligtinge op die verbruiker geplaas moet word nie en sodoende die inflasiekoers hierdeur verder te verhoog. In breë landsbelang, maar veral in die direkte en werklike belang van die publiek wie se inkomste in die algemeen nou beperk word terwyl verpligtinge en inflasie toeneem, voel ek dat die verhogings waarom aansoek gedoen word nie in hierdie stadium geregverdig is nie. Ek wil nie hierdeur te kenne gee dat dit nie verdienstelike versoeke is nie, maar wil ek dit in hierdie stadium eerder oor die boeg gooi van wat in die groter belang is van ons land en sy mense in die algemeen. Ek glo dat die mediese en tandarts professies hierdie saak in die regte perspektief sal sien en as sulks met my akkoord sal gaan totdat ons ekonomie weer verbeter en ons ooreengekom het op 'n meer aanvaarbare stelsel van tariefbepalings behoort ons die aanpassing van geldetariëwe vir geneeshere en tandartse bietjie agterweë te hou.

In die lig van die voormelde sien ek ongelukkig nie in hierdie stadium my weg oop om ingevolge die bepalinge van artikel 53A(4)(A)(1) van bogenoemde Wet die gewysigde geldetariëwe wat vir geneeshere en tandartse in voorgemelde briewe voorgestel word, goed te keur nie. Ek verwys dus hiermee die betrokke geldetariëwe terug na die Raad vir heroorweging ingevolge die bepalinge van artikel 61(2A)(A) van die Wet.

Die aanbevelings soos voorgestel op bladsy twee van u brief M5/82 van 20 Oktober 1982 en die aanbevelings vervat in die dokument gemerk bylae A, by voorgenoemde brief, word hiermee goedgekeur en so ook keur ek goed die voorgestelde wysigings op bladsy twee van u brief M7/82 van 19 Oktober 1982 en die aanbevelings vervat in dokument gemerk Tar(Dent) 12 Oktober 1982 wat by laasgenoemde brief aangeheg is.

Met vriendelike groete

**Dr. C. V. van der Merwe**  
*Minister van Gesondheid en Welsyn*

Die Registrateur  
Suid-Afrikaanse Geneeskundige  
en Tandheelkundige Raad  
Posbus 205  
PRETORIA  
0001

Geagte mnr. Prinsloo

**Wysiging van die geldetariewe van dienste gelewer deur geneeshere en tandartse aan lede van geregistreerde mediese skemas**

Ek skryf in antwoord op u briewe M5/82 van 20 Oktober 1982 en M7/82 van 19 Oktober 1982.

Met verwysing na die kwessie van die bepaling van geldetariewe soos voorgeskryf deur die Wet op Geneeshere, Tandartse en Aanvullende Gesondheidsdiensberoepes, 1974, moet ek u meedeel dat dit vir my en blykbaar vir almal wat daarby betrokke is, 'n saak is waaroor ek nie baie gelukkig voel nie en meen ek dat ons die stelsel in hersiening moet neem en aanpassings daaraan maak. Met die oog hierop het ek reeds samesprekings gevoer met verteenwoordigers van die Mediese Vereniging, die Tandheelkundige Vereniging en die Verteenwoordigende Vereniging van Mediese Skemas, waartydens ek hulle versoek het om vroeg in hierdie jaar voorstelle aan my voor te lê oor aanpassings van die stelsel. Ek sien dan ook met groot belangstelling uit na hulle voorstelle en ook die aanbevelings van die Browne-Kommissie oor die kwessie van bepaling van geldetariewe.

Ek wil egter u Raad ook formeel uitnooi om sy gedagtes oor die hele stelsel van tariefbepaling aan my voor te lê en aan te dui watter aanpassings moontlik gedoen behoort te word. Ek glo dat almal wat by hierdie saak betrokke is 'n bydrae kan lewer ter verbetering van die stelsel.

Laat weet my asseblief so spoedig moontlik hoe die Raad hieroor voel sodat ons hierdie saak op 'n meer aanvaarbare grondslag kan plaas.

Met vriendelike groete

**Dr. C. V. van der Merwe**

*Minister van Gesondheid en Welsyn*

Privaatsak 9070  
KAAPSTAD  
8000

Algemene Sekretaris  
Mediese Vereniging van  
Suid-Afrika  
Posbus 2027  
Alkantrant  
0005

Geagte dr. Viljoen

**Wysiging van die geldetariewe van dienste gelewer deur geneeshere en tandartse aan lede van geregistreerde mediese skemas**

Soos ooreengekom tydens my onlangse samesprekings met u Vereniging en met die oog daarop om meer tyd te bekom met die afhandeling van ons gesprekke oor die moontlike besinning van 'n ander prosedure vir die bepaling van geldetariewe, het ek die betrokke voorstelle van die Geneeskundige en Tandheelkundige Raad nie aanvaar nie.

Dit is gevolglik na die betrokke Raad terug verwys sonder kommentaar oor die meriete daarvan, aangesien dit die enigste wetlike manier is om voorsiening te maak vir voldoende tyd vir verdere samesprekings. Ek het die Raad uitgenooi om moontlike voorstelle oor hulle siening aan my voor te lê.

Graag ontvang ek ook enige verdere kommentaar wat u Vereniging wens te lewer.

Met vriendelike groete

**Dr. C. V. van der Merwe**

*Minister van Gesondheid en Welsyn*

## Cyclosporin A — a new immunosuppressive agent

The immunosuppressive properties of a fungal endecapeptide, cyclosporin A (CYA), have been described by Borel and co-workers<sup>1</sup> from Sandoz Laboratories, Basle, Switzerland. CYA, a soil fungal metabolite extracted from *Cylindrocarpon lucidum* and *Trichoderma polysporum*, is a cyclic peptide of 11 amino acids, soluble in oil and alcohol but insoluble in aqueous media. It has a molecular weight of 1202 daltons and in addition has antibiotic and antifungal activity. Routine screening for

immunosuppressive activity by Borel revealed the powerful activity of CYA in a variety of *in vitro* and *in vivo* assays of immunological reactivity.<sup>1</sup> Calne and co-workers<sup>2</sup> confirmed the immunosuppressive properties of the drug by demonstrating the suppression of rejection of vascularized organ allografts.

CYA has been extensively investigated in recent years as an immunosuppressant both *in vitro* and *in vivo*, and a review of its actions has been published.<sup>3</sup> Briefly, it has

been claimed to have a selective action on lymphocytes; this action is predominantly directed against T lymphocytes and is thought not to inhibit the function of B lymphocytes.

CYA has been markedly effective as an immunosuppressant in a variety of species with significant suppression of rejection of heart allografts and xenografts in rats, primates and pigs, kidney allografts in rats, dogs and rabbits, pancreatic allografts in rats and dogs, and skin allografts in mice and dogs. Although CYA will readily prolong the survival of organ allografts in experimental models, its action does not uniformly persist, and rejection has occurred within a short time after stopping treatment.<sup>3</sup>

During the past 2 years CYA has been intensively investigated in liver, renal, pancreatic, heart and bone marrow grafting in man.<sup>4-7</sup> Early experience has been encouraging and there is no doubt that CYA is immunosuppressive in humans as well as in all animal species tested, at doses ranging from 15 to 20 mg/kg. It is not clear at present how effective it is when used alone, nor is it known whether or not it should be combined with steroids as is the case with azathioprine. At present a number of controlled trials are in progress, the results of which are awaited with interest.

Reported side-effects include gum hypertrophy, hirsutism, neurasthenia, tremor, depressive psychoses and renal and liver toxicity. The renal and liver toxicity observed in allograft recipients has been readily reversed

by reducing the dose of CYA or reverting to steroids and azathioprine. The fear of an increased incidence of lymphoma in patients receiving immunosuppressive therapy with CYA has not been borne out and most transplant surgeons feel that the rise in incidence alluded to is related to the use of other drugs in addition to CYA, resulting in excessive immunosuppression.

Early results in allograft studies undertaken in man have shown that CYA is a unique and potent immunosuppressive agent. The coming years and results from controlled trials in progress will hopefully establish its true place in the immunosuppressive armamentarium of transplantation surgeons.

D. F. du Toit  
J. J. Heydenrych

1. Borel JF, Feurer C, Gubler HU, Stähelin H. Biological effects of cyclosporin A — a new antilymphocyte agent. *Agents Actions* 1976; 6: 468-475.
2. Kostakis AJ, White DJG, Calne RY. Prolongation of rat heart allograft survival by cyclosporin A. *IRCS J Med Sci* 1977; 5: 280.
3. Morris PJ. Cyclosporin A. *Transplantation* 1982 (in press).
4. Calne RY, Rolles K, White DJG *et al.* Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs: 32 kidneys, two pancreases and two livers. *Lancet* 1979; ii: 1033-1036.
5. Calne RY. Transplant surgery: current status. *Br J Surg* 1980; 67: 765-771.
6. McMaster P, Calne RY, Gibby OM, Evans DB. Pancreatic transplantation in man. *Transplant Proc* 1980; 12: suppl. 58-61.
7. Starzl TE, Iwatsuki S, Klintmalm *et al.* Liver transplantation 1980, with particular reference to cyclosporin A. *Transplant Proc* 1981; 13: 281-284.

## Brusellose

Brusellose is nie 'n siekte wat algemeen gediagnoseer word nie en mag soms nie eens oorweeg word in die differensiële diagnose van koorsiektes nie. 'n Onlangse verslag<sup>1</sup> deur die Departement van Gesondheid en Welsyn beskryf egter twee onlangse uitbrekings van die siekte, een in Aliwal-Noord en die ander in Houtbaai, wat bevestig dat daar wel goeie rede is om te glo dat die siekte meer algemeen voorkom as wat daar besef word.

In Suid-Afrika veroorsaak die organisme *Brucella abortus* die infeksie wat ook besmetlike miskraam in koeie kan veroorsaak. Hierdie bakterium word gewoonlik oorgedra na die mens indien hy besmette melk sou drink. Plaaswerkers loop egter ook 'n risiko as hulle in kontak kom met besmette ontlasing, soos ook abattoirwerkers wat besmette vleis hanteer. Die siekte se inkubasietydperk wissel van 1 tot 4 weke en begin gewoonlik met ligte koors, 'n algemene gevoel van ongesteldheid, hoofpyn, spierpyne, en gastroïntestinale versteuringe (gewoonlik diarree). In hierdie stadium mag kliniese tekens minimaal wees, maar soos die siekte verloop en die patroon van terugkerende pireksiale episodes gevolg deur deurdrenkende sweetaanvalle vasgelê word, mag hepatosplenomegalie ontwikkel.<sup>2</sup> Die siekte mag baie varieer in sy manifestasies (wat die diagnose natuurlik baie bemoeilik), maar dit moet altyd vermoed word in pasiënte wat met koorsiektes met gejaardgaande sweetaanvalle,

pyn in die ledemate en swakheid wat vir meer as 'n week aanhou, presenteer.

Die diagnose kan positief vasgestel word deur 'n bloedkweking van die infektiewe organisme, alhoewel 'n negatiewe resultaat nie noodwendig beteken dat die siekte nie aanwesig is nie. 'n Stygende agglutinin-titer mag van hulp wees om die diagnose finaal te bevestig.

Behandeling geskied met tetrasiklien 2-3 g daaglik in opgedeelde dosisse. Wat egter van meer belang is, is om die oorsprong van die infeksie na te gaan sodat verdere infeksies verhoed kan word. Dit kan gedoen word deur samewerking tussen plaaslike gesondheidsowerhede en die Veaartseny-afdeling van die Departement Landbouetegniese Dienste. In die onlangse epidemie is melkvoerrade by 'n sentrale ontvangsdepot ondersoek en die besmette besending nagegaan tot by die plase waar die bron van die infeksie was. Hierdie soort deskundige speurwerk is slegs moontlik as dokters in die kliniese praktyk op hulle hoede is vir die moontlikheid van brusellose en onthou om dit dadelik aan die gesondheidsowerhede te rapporteer wanneer dit voorkom.

1. Department of Health and Welfare. Notes on brucellosis. *Epidemiological Comments* 1982; 9: November, 2-6.
2. Bodley Scott R. red. *Price's Textbook of the Practice of Medicine*. Londen: Oxford University Press, 1973: 66.