

DIE SKYNBARE TEKORT AAN MEDIESE PRAKTISYNS IN DIE REPUBLIEK VAN SUID-AFRIKA*

O. V. S. KOK, M.B., CH.B. (KAAPSTAD), F.F.A.R.C.S. (ENG.), *President, Tak Noord-Transvaal (M.V.S.A.), 1961*

Van tyd tot tyd het gewese presidente en ander lede van ons Vereniging ernstige bedenkinge gehad oor die groot aantal studente wat in die geneeskunde opgelei word. Die meeste van hierdie outoriteite was van mening dat die algemene praktisyn binne afsienbare tyd nie meer 'n bestaan sou kon maak nie en dat die direkte gevolg hiervan 'n verpligte nasionale gesondheidsdiens sou wees. In hierdie verband het die president van die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad hom in 1957 soos volg uitgelaat:¹



Professor Kok

'It would therefore appear that in another few years' time, when both the Universities of Natal and Stellenbosch will be qualifying fair numbers of medical practitioners, the position in regard to the total number of medical practitioners in the Union in relation to the number of persons who require medical services, may become serious. The extraordinary prosperity of the country during recent years may have been the reason why the emerging problem has not been observed. If, however, there should be a recession in the economic sphere, this problem of an over-supply of medical practitioners may be a serious one.'

In teenstelling met die mening uitgespreek deur hierdie here, skyn dit nou asof daar in die Republiek 'n tekort aan mediese praktisyns ons in die gesig staar. Dit is in elk geval die gevolgtrekking van 'n komitee van die Nasionale Buro vir Opvoedkundige en Maatskaplike Navorsing wat van die Minister van Onderwys, Kuns en Wetenskap 'n opdrag ontvang het om 'n opname te maak van die opleiding van en die werkgeleenthede vir natuurwetenskaplikes en ingenieurs in Suid-Afrika'. Deel 5 van hierdie ondersoek, gepubliseer in 1960, bevat 'n omvattende verslag oor 'die opleiding en werkgeleenthede vir mediese en tandheelkundige personeel en mediese hulppersoneel',² en ook 'n opsomming van die toestand in 1958 en 'n voorspelling van wat die toestand in 1965 sal wees.

Ek siter letterlik uit hierdie verslag om die tekort in 1958 en die verwagte behoeftes ten opsigte van mediese praktisyns in 1965 aan te dui:

'Die geraamde getal bestaande vakatures in gesalarieerde werk gedurende 1958 was soos volg:

Hospitale	411
Staatsdiens, behalwe hospitale	135
Private gesalarieerde werk	35
Totaal in gesalarieerde werk	581

Die totale getal van 581 bestaande vakatures verteenwoordig sowat agt persent van alle geregistreerde mediese praktisyns.

Benewens die bestaande tekort is die geraamde bykomende

behoefte in die verskillende kategorieë van gesalarieerde werk teen 1965, soos volg:

Hospitale	1,630
Staatsdiens, behalwe hospitale (geraam)	280
Private gesalarieerde werk (geraam)	50
Totale geraamde behoeftes vir gesalarieerde poste vir 1965	1,960

Indien die toename in die bevolking op twee persent per jaar bereken word en dieselfde syfer vir 'n raming van die toename van mediese praktisyns gebruik word, sal 'n verdere 600 private dokters teen 1965 nodig wees. Volgens bogenoemde raming sal die verwagte behoeftes van pas-gekwalifiseerde mediese praktisyns teen 1965 soos volg wees:

Bestaande bekende vakante poste	580
Raming van bykomende behoeftes in gesalarieerde werk teen 1965	1,960
Raming van bykomende praktisyns in onafhanklike of semi-onafhanklike praktyk	600
Verlies as gevolg van afsterwe en aftrede	1,290
Totaal	4,430

Uit 'n alternatiewe berekening gebaseer op die getal geregistreerde mediese praktisyns in 1958, die geraamde tydperk van beroepsvoering van medici, en die bevolkingsaanwas in 1965, kom die komitee tot die gevolgtrekking dat die verwagte getal mediese praktisyns teen 1965, 8,250 sal wees. Ek siter weer:

'Die mees konserwatiewe skatting is dat daar slegs 3,500 bykomende mediese praktisyns teen 1965 nodig sal wees, terwyl die mins konserwatiewe raming 4,500 beloop. Tussen hierdie twee syfers sal die moontlike werklike raming gevind word.'

Daar is ook beraam dat daar vanaf 1959 tot 1965 'n getal van 1,911 mediese praktisyns in Suid-Afrikaanse mediese skole sal kwalifiseer, wat die verwagte tekort aan medici dus op minstens 2,000 sal bring.

Laat my toe om verder uit hierdie verslag te siter, veral daar dit lig werp op die tipe werk wat deur mediese praktisyns gedoen word en ook 'n aanduiding gee van die geografiese verspreiding van mediese praktisyns in die Republiek.

'n Interessante bevinding, volgens beraming deur middel van 'n steekproef, was dat ongeveer 57% van alle mediese praktisyns of in voltydse of in deeltydse diens van 'n openbare owerheid is.' (Tabel I)

Hierdie persentasie kan nog aanmerklik verhoog word as 'n mens in aanmerking neem dat 'n hele aantal dokters in deeltydse diens is van myne, nywerhede, mediese bystandsfondse en private ondernemings.

Daar is ook beraam dat slegs een derde van alle mediese praktisyns voltydse vir 'n salaris werk, terwyl 'n bietjie meer as 'n kwart hulle in 'n voltydse onafhanklike praktyk bevind. 'n Verdere kwart wy hul dienste aan private praktyk en gesalarieerde werk (Tabel II).

Wat die verhouding van die bevolking tot die mediese praktisyns betref, vind ons dat daar in 1958 een dokter vir elke 404 Blankes en 1,507 nie-Blankes in die Unie van Suid-Afrika

* Afskeidsrede deur die President gelewer te Pretoria.

TABEL I. MEDIESE PRAKTISYNS IN DIENS VAN OPENBARE OWERHEDE

	<i>Getal in steekproef</i>	<i>Persentasie</i>	<i>Geraamde totaal</i>
Departement van Gesondheid ..	71	8	622
Ander staatsdepartemente ..	41	5	359
Provinsiale Administrasies ..	219	26	1,919
Munisipale of plaaslike besture	39	5	342
Ander in openbare diens ..	47	6	412
Meer as in een diens ..	62	7	543
Geen	360	43	3,155
Totaal	839	100	7,352

TABEL II. TIPE DIENS IN DIE PRAKTYK

	<i>Getal in steekproef</i>	<i>Persentasie</i>	<i>Geraamde totaal</i>
Voltydse onafhanklike praktyk	218	26.0	1,910
Op 'n voltydse salarisbasis ..	284	34.0	2,489
Onafhanklike praktyk plus salarisbasis	229	27.0	2,007
Deeltydse praktyk alleen ..	17	2.0	149
Deeltydse salarisbasis alleen ..	31	3.8	271
Nie meer in professionele praktyk nie	30	3.7	263
Ander kategorieë	13	1.5	114
Nie vermeld nie	17	2.0	149
Totaal	839	100.0	7,352

TABEL III. VERHOUDING VAN BEVOLKING TOT ALGEMENE PRAKTISYNS IN DIE REPUBLIEK

<i>Provinsie</i>	<i>Getal Algemene praktisyns</i>	<i>Totale bevolking</i>	<i>Totale bevolking per eenheid</i>	<i>Blanke bevolking</i>	<i>Blanke bevolking per eenheid</i>	<i>Nie-Blanke bevolking</i>	<i>Nie-Blanke bevolking per eenheid</i>
Kaapprovinsie	1,922	5,308,839	2,762	997,377	519	4,311,462	2,243
Transvaal	2,443	6,225,052	2,548	1,455,372	596	4,769,680	1,952
Natal	924	2,933,447	3,175	340,293	368	2,593,154	2,806
Oranje-Vrystaat	384	1,373,790	3,578	274,596	715	1,099,194	2,862
Totaal	5,673	15,841,128	2,792	3,067,638	540	12,773,490	2,252

TABEL IV. VERHOUDING VAN BEVOLKING TOT MEDIESE PRAKTISYNS IN DIGBEVOLKTE STEDE VAN SUID-AFRIKA (VOLGENS SENSUSDISTRIKTE)

<i>Stad</i>	<i>Totale bevolking</i>	<i>Blanke bevolking</i>	<i>Nie-Blanke bevolking</i>	<i>Mediese praktisyns</i>	<i>Totale bevolking per dokter</i>	<i>Blanke bevolking per dokter</i>	<i>Nie-Blanke bevolking per dokter</i>
Bloemfontein	171,788	67,729	104,059	119	1,443	569	874
Kaapstad	393,567	107,923	285,644	932	422	115	306
Durban	600,866	184,245	416,621	983	611	187	424
Oos-Londen	147,057	54,645	92,412	129	1,139	423	716
Johannesburg	1,088,871	407,412	681,459	1,670	652	244	408
Kimberley	94,601	27,088	67,513	54	1,751	501	1,250
Pietermaritzburg	162,810	43,082	119,728	140	1,162	307	855
Port Elizabeth	313,565	112,132	201,433	201	1,560	558	1,002
Pretoria	501,598	197,636	303,962	495	1,013	399	614

TABEL V. VERHOUDING VAN BEVOLKING TOT MEDIESE PRAKTISYNS IN TIEN PLATTELANDSE SENTRA MET MINIMALE MEDIESE VOORSIENING

<i>Distrik</i>	<i>Totale bevolking</i>	<i>Blanke bevolking</i>	<i>Nie-Blanke bevolking</i>	<i>Getal dokters</i>	<i>Totale bevolking per dokter</i>	<i>Blanke bevolking per dokter</i>	<i>Nie-Blanke bevolking per dokter</i>
Kaapprovinsie:							
Barkly-Wes	25,418	4,019	21,399	2	12,709	2,010	10,699
Glen Grey	69,369	525	68,844	2	34,684	262	34,422
St. Mark's	59,610	370	59,240	1	59,610	370	59,240
Natal:							
Mapumulo	40,249	85	40,164	1	40,249	85	40,164
Nkandhla	50,790	205	50,585	2	25,395	103	25,292
Oranje-Vrystaat:							
Marquard	18,670	2,364	16,306	3	6,223	788	5,435
Vredefort	13,023	2,491	10,532	2	6,511	1,245	5,266
Transvaal:							
Groblersdal	88,703	7,719	80,984	9	9,855	857	8,998
Wakkerstroom	18,001	1,356	16,645	2	9,000	678	8,322
Soutpansberg	246,377	11,899	234,478	23	10,712	517	10,195

TABEL VI. SPESIALISTE VOLGENS SPESIALISASIERIGTING

<i>Spesialisasie</i>	<i>Getal</i>
Narkose	118
Dermatologie	33
Diagnostiese radiologie	32
Interne geneeskunde	186
Neurologie	28
Neuro-chirurgie	17
Obstetrie en ginekologie	126
Oogheekunde	100
Ortopedie	66
Otorinolaringologie	67
Patologie	79
Kindergeneeskunde	68
Plastiese en kaak- en gesigschirurgie	6
Fisiese medisyne	16
Psigiatrie	66
Radiologie	77
Radiologie en elektroterapie	36
Chirurgie	172
Terapeutiese radiologie	5
Torakschirurgie	17
Urologie	38
Venerologie	17
Totaal	1,370

TABEL VII. MEDIESE PRAKTISYNS WAT ASPIREER OM TE SPESIALISEER

<i>Spesialisierigting</i>	<i>Geraamde getal aspirante</i>
Narkose	219
Dermatologie	26
Diagnostiese radiologie	26
Interne geneeskunde	228
Neurologie	9
Neuro-chirurgie	18
Obstetrie en ginekologie	175
Oogheekunde	35
Ortopedie	70
Otorinolaringologie	18
Patologie	114
Kindergeneeskunde	280
Plastiese, kaak- en gesigschirurgie	44
Fisiese medisyne	35
Psigiatrie	79
Radiologie	35
Radiologie en elektroterapie	9
Chirurgie	385
Terapeutiese radiologie	18
Torakschirurgie	—
Urologie	26
Venerologie	—
Totaal	1,849

TABEL VIII. AANTAL PERSONE OP REGISTER

<i>Jaar</i>	<i>Geneeshere</i>	<i>Spesialiste</i>	<i>Persentasie</i>	<i>Jaar</i>	<i>Geneeshere</i>	<i>Spesialiste</i>	<i>Persentasie</i>
1950	5,703	908	15.92	1956	7,198	1,312	18.22
1951	5,777	948	16.09	1957	7,352	1,370	18.63
1952	6,160	1,003	16.28	1958	7,549	1,433	18.98
1953	6,437	1,075	15.14	1959	7,788	1,505	19.32
1954	6,723	1,155	17.17	1960	7,939	1,591	20.04
1955	6,987	1,242	17.77				

TABEL IX. SPESIALISTE

	<i>Pretoria</i>	<i>Rand</i>	<i>Jhb.</i>	<i>Tvl.</i>	<i>Kaap-stad</i>	<i>Kp.</i>	<i>O.V.S.</i>	<i>Natal</i>	<i>Totaal</i>	<i>Totale bevolking per spesialiste</i>
Narkose	16	1	62	2	29	13	7	17	147	107,762
Dermatologie	3	—	10	—	8	2	2	3	28	565,754
Medisyne	17	2	78	7	52	14	11	18	199	79,600
Neuro-psigiatrie	7	1	31	—	14	11	3	10	77	205,728
Neuro-chirurgie	2	—	10	—	4	2	1	2	21	754,339
Obstetrie en ginekologie	16	1	58	4	33	18	10	22	164	96,592
Oogheekunde	11	—	32	7	23	14	6	11	104	152,318
Ortopedie	8	1	23	2	20	8	6	11	79	200,520
Otorinolaringologie	6	1	18	2	13	8	4	10	60	264,018
Patologie	11	2	31	2	26	3	—	12	87	182,081
Kindergeneeskunde	10	—	25	2	21	2	4	13	77	205,729
Fisiese medisyne	1	—	8	—	2	—	—	2	13	1,218,548
Radiologie	15	7	56	8	31	16	10	22	165	96,006
Chirurgie	16	5	65	12	40	19	14	27	198	80,005
Plastiese en torakschirurgie	1	—	11	—	9	2	1	5	29	546,245
Urologie	3	—	14	—	11	3	2	6	39	406,182
Venerologie	—	—	4	—	2	—	—	—	6	2,640,184
Totaal	143	21	536	48	338	135	81	191	1,493	10,610

TABEL X. TOTALE BEVOLKING PER MEDIESE PRAKTISYN IN VERSKILLENDE LANDE

Afghanistan	58,000	Niger	96,000
Basoetoland	21,000	Nigerië	35,000
Betsjoeanaland	17,000	Rusland	550
Frankryk	930	Skotland	870
Ghana	25,000	Suid-Afrika	1,900
Indië	5,000	Suid-Rhodesië	4,400
Israel	420	Noord-Rhodesië	8,000
Malta	80,000	V.S.A.	790

was. Dit beteken egter nie dat daar byvoorbeeld een dokter beskikbaar is vir die behandeling van elke 400 Blankes nie, aangesien hierdie syfer gebaseer is op die totale getal praktisyns op die register, en nie die getal algemene praktisyns in die private praktyk nie. Miskien sal dit 'n beter beraming wees om die getal algemene praktisyns in die private praktyk te vergelyk met die bevolkingsyfer as 'n geheel. So 'n beraming vir die vier provinsies word gegee in Tabel III. Die algemene praktisyns in private praktyk in November 1961 word vergelyk met die totale bevolking soos verstrek in die bevolkingsensus van 1960¹ (Tabel III).

Hierdie tabel toon aan dat daar een algemene praktisyn vir elke 2,792 lede van die totale bevolking is, of een algemene praktisyn vir 540 Blankes en 2,252 nie-Blankes.

Wat die distribusie van dokters betref, blyk dit uit die verslag dat die verhouding van mediese praktisyn tot pasiënt in die digbevolkte stede aansienlik hoër is as in die platteland (Tabel IV).

Soos opgemerk sal word in Tabel IV, varieer die totale bevolking per dokter van 422 in Kaapstad tot 1,751 in Kimberley. Kaapstad, Johannesburg, en Durban is die gewildste sentra wat mediese praktisyns betref.

Daar bestaan ook geen twyfel nie dat die nie-Blanke bevolking in die stede, wat mediese dienste betref, baie beter daaraan toe is as dié in die platteland (Tabel V).

Tabel V gee die verhouding van die bevolking tot die mediese praktisyns in die plattelandse sentra met minimale voorsiening. Hieruit merk ons dat die totale bevolking per dokter in hierdie gebiede varieer van 6,223 persone per dokter in Marquard, O.V.S., tot 59,610 in St. Mark's in die Transkei.

Alhoewel 'n mens in die private praktyk politieke, sosiale, en ekonomiese faktore in aanmerking moet neem, skyn dit tog uit hierdie syfers asof daar 'n aansienlike wandistribusie van dokters in Suid-Afrika is en dat die meeste medici verkies om in die stede te praktiseer en nie in die klein plattelandse dorpie nie.

Hierdie verslag werp ook lig op 'n ander aspek wat heeltemal duidelik is, naamlik die moderne neiging tot spesialisasie (Tabel VI).

Hierdie getal van 1,370 verteenwoordig 18.8% van alle praktisyns. Interne geneeskunde 2.6%, chirurgie 2.3%, obstetrie en ginekologie 1.8%, narkose 1.7% en oogheekunde 1.3% is afdelings wat elk meer as 'n honderd spesialiste het.

Wat toekomstige spesialisasie betref, is daar beraam dat 1,849 mediese praktisyns van voorneme is om op die een of ander tyd te spesialiseer (Tabel VII). Die rigting waarin hierdie persone wil spesialiseer, word aangedui in Tabel VII. Chirurgie (385), kindergeneeskunde (280), interne geneeskunde (228) en narkose (219) skyn die mees gesogte rigtings vir spesialisasie te wees.

Dat hierdie neiging tot spesialisasie aan die toeneem is, kan gesien word uit die syfers van die getal geregistreerde mediese praktisyns, vergelyk met dié van die spesialiste vir die afgelope 10 jaar² (Tabel VIII). Hierdie tabel toon duidelik dat daar geen afname in die getal spesialiste is nie. Die persentasie van spesialiste tot mediese praktisyns op die register het gestyg van 16% in 1951 tot 20% in 1960.

Gedurende die tienjaartydperk 1951-1960 was daar 'n vermeerdering van 37% in die getal geneeshere in die Unie van Suid-Afrika, terwyl die totale bevolking met slegs 25% gestyg het³ (12,671,452 in 1951 in vergelyking met 15,841,128 in 1960). Gedurende dieselfde periode het die totale aantal spesialiste met 67.8% vermeerder; dit gee ons 'n verhouding van 1 spesialis vir elke 5 geneeshere op die register, of 1 spesialis vir elke 3.8 algemene praktisyns.

In Groot-Brittanje was daar in 1960 'n getal van 8,100 konsultante, wat 'n vermeerdering aantoon van 25% vanaf 1951. Hierdie syfers sluit in 1,041 interniste, 1,012 algemene chirurgie, 905 narkotiseurs en 521 ginekoloë en verloskundiges.⁴

Die verspreiding van spesialiste in 1961,³ asook 'n vergelyking met die totale bevolking¹ per spesialis-groep, word weer-gegee in Tabel IX.

Ek sal nie probeer om 'n oordeel uit te spreek of daar 'n oormaat of tekort in sekere spesialis-groepe is nie. Volgens

beraming is daar egter nog 255 registreerbare praktisyns wat verkies om nie op die spesialiste-register geplaas te word nie.²

U mag tereg vir my sê dit dui die toestand aan soos die Nasionale Buro van Opvoedkunde en Maatskaplike Navorsing dit gevind het in 1958, maar wat is die posisie in 1962?

Wat die spesialiste betref, blyk dit duidelik uit ons syfers dat daar 'n neiging is tot spesialisasie ten koste van die algemene praktyk. Hierdie indruk word verder bevestig in Tabel VII waar ons sien dat 1,849 mediese praktisyns van voorneme is om op die een of ander tyd te spesialiseer.

Dit is moeilik om te bepaal welke rol die pas-gestigte Kollege van Interniste, Chirurge en Ginekoloë in hierdie neiging gespeel het. Deur erkenning van hul grade deur die Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad is dit nou egter vir Blanke personeel wat werksaam is in erkende nie-Blanke opleidingshospitale, soos Koning Eduard VIII, moontlik om op die spesialisteregister te kom sonder om aanstellings in erkende Blanke hospitale te verkry. Ons kan ook aanvaar dat die feit dat die maksimum-salarisse van kliniese assistente en registrateurs in opleidingshospitale onlangs opgeskuif is tot R3,500 per jaar, sal verseker dat die meeste van hierdie poste in die toekoms gevul sal word.

Wat is die posisie van die algemene praktisyn in 1962? Uit Tabel III blyk dit dat daar in November 1961 'n getal van 5,673 dokters in die algemene praktyk was. Wanneer ons 'n korreksie maak vir die bevolkingsaanwas en die sensussyfers van 1960 met 2% vermeerder, is daar 1 algemene praktisyn vir elke 2,850 lede van die totale bevolking.

Dit is baie moeilik om 'n optimumsyfer neer te lê van hoeveel pasiënte een dokter kan behartig, veral in 'n veelrassige land soos die Republiek van Suid-Afrika. Dit is heeltemal duidelik dat daar geen tekort is aan geneeshere in die private praktyk vir die Blanke deel van die bevolking, wat die meeste van die dienste moet dra, nie. Soos reeds gemeld, het die vermeerdering van geneeshere gedurende die tienjaarperiode, 1951-1960, ook meer as tred gehou met die totale bevolkingsaanwas (37.6% teenoor 25%). Ons moet egter onthou dat die nie-Blanke deel van die bevolking meer en meer gebruik maak van die dienste van medici, en dat met die ekonomiese opkoms van die Bantoe, hierdie neiging in die toekoms sal toeneem.

Wat is die mening van die agentskapafdelings van ons Vereniging? 'n Berig uit Kaapstad meld dat daar in die afgelope 3 jaar 'n akute tekort was aan dokters wat belang stel in private praktyk, d.w.s. in 'locums', assistentskappe, en die koop van praktyke. As rede hiervoor word aangegee die feit dat so baie voltydse, goed-besoldigde poste deur die provinsiale hospitale geskep is. Noudat die meeste van hierdie poste gevul is, is die tekort nie meer so groot nie.

Nog 'n interessante verskynsel is dat die meeste dokters verkies om in die kusstede en groot dorpe met hospitale, naby die kus, te praktiseer, ten spyte van die feit dat die gemiddelde netto-inkomste dikwels baie hoër is in die binnelandse streke.⁷

Ons agentskapafdeling in Johannesburg verseker ons ook dat dit uiters moeilik is om ons lede in die Transvaal en Oranje-Vrystaat van 'locums' en assistente te voorsien. Die hoof van hierdie afdeling is vas oortuig daarvan dat daar wel 'n tekort aan algemene praktisyns in hierdie twee provinsies is.⁸

Volgens my mening kan ons van hierdie feite en Tabelle IV en V, alreeds genoem, aflei dat daar nie soseer 'n gebrek aan algemene praktisyns is nie, maar wel 'n aansienlike wandistribusie, en dat die meeste praktisyns verkies om in die stede te praktiseer en nie in die klein plattelandse dorpie nie.

Wat die huidige toestand in die provinsiale hospitaaldienste en die Departement van Gesondheid betref, skyn dit ook asof daar nou minder moeilikheid is om die voltydse poste te vul. Die meeste vakante poste is die poste onder R4,400, veral weer op die kleiner binnelandse dorpe.^{9,10}

Om op te som, kan ons dus die probleem soos volg stel:

1. Daar is 'n besliste neiging tot spesialisasie, wat jaarliks toeneem.
2. Daar is 'n klein tekort aan algemene praktisyns, en hier-

die tekort word blykbaar vererger deur 'n aansienlike wan-distribusie van die beskikbare praktisyne.

3. Daar is 'n tekort aan voltydse personeel in die openbare hospitale en die Departement van Gesondheid, veral wat betref die laagbesoldigde poste, maar hierdie tekort is nie so akute soos in 1958 nie.

Wat is die posisie in ander lande? Volgens 'n ongepubliseerde verslag van die Wêreldgesondheidsorganisasie wil dit voorkom asof daar in die hele wêreld 'n tekort aan een-en-'n-half miljoen dokters is vir drie-duisend-miljoen mense. Tabel X gee meer besonderhede van hierdie verslag. Hieruit kan ons duidelik sien dat die bevolking van die Republiek van Suid-Afrika baie beter daaraan toe is as dié van die meeste ander state van Afrika en Asië.

Berigte wat ons bereik het uit mediese verenigings van verskillende lande toon aan dat daar 'n tekort is aan medici in Denemarke, Switserland, Engeland, die Federasie van Rhodesië en Njassaland, en die Verenigde State van Amerika, terwyl daar geen tekort is in Wes-Duitsland, Kanada en Nieu-Seeland nie.¹²⁻¹⁹

If you agree with my conclusions, what can be done to remedy the present situation? There is no doubt that medicine in South Africa is at the cross-roads, and a great deal depends on the findings and recommendations of the Snyman Commission. The Minister of Health, the Hon. Dr. Albert Hertzog, has, however, assured us that the Republic cannot afford a National Health Service which would cost the taxpayers between four and five-hundred-million-rand *per annum*. It would appear as if the Minister is thinking of finding a solution to the problem by means of an expansion of the present sickness insurance, medical aid and medical benefit schemes with State aid.²⁰ Should such a scheme materialize, we must prevent the doctor-patient relationship from being disturbed, ensure that there is a free choice of doctor, and insist on the medical practitioner being paid on a fee-per-service basis.

Under our present socio-economic principle of free enterprise or *laissez-faire*, we will always be faced with the problem that the availability and distribution of medical practitioners are left to the requirements of supply and demand. The Medical Association may, however, follow up the findings of the National Bureau of Education and determine the optimum number of general practitioners and specialists required per 10,000 members of the population for each Branch. This would also give us an indication of whether there are too many specialists in the Republic or not. Our figure for the number of doctors per 10,000 members of the population in 1960 was 5. In Sweden, Great Britain and the United States of America the figures for 1961 were 8, 11, and 14 respectively.²¹

Other suggestions to improve the position are the following:

1. The Trend to Specialization

In order to curb this trend to specialization the following proposals have been made:

(a) *Abolish the specialist register.* South Africa is one of the few countries in the world that keeps a compulsory statutory register of specialists.

(b) *Establish a consultant register.* Both these proposals were submitted to a referendum by the Medical Association in 1949 and were defeated.²²

It would be very difficult, at short notice, to do away entirely with the specialist, since our whole medical structure is built up on the concept that we differentiate between general practitioners and specialists and that the specialist is entitled to a higher fee. In a way this affords some protection to the general practitioner, for should the patient get similar treatment from a specialist at the same fee, he would probably prefer to go to the specialist direct and thus by-pass the general practitioner.

Perhaps the simplest and most effective way of curbing this tendency to specialization, would be for the South African Medical and Dental Council to pass a regulation that no medical practitioner be allowed to go on the specialist register

unless he has done at least 5 years of general practice. This should, however, not stop him from taking a higher degree before that time.

2. Shortage of General Practitioners Coupled with Maldistribution

It has often been suggested that the only way to improve the status and position of the general practitioner is to abolish the specialist register. To my mind the solution is not as easy as all that.

There is no doubt that since the introduction of medical aid societies and medical insurance schemes, the general practitioner has to work much harder for his money than before and, unless we can improve the economic position of the general practitioner *vis à vis* the specialist, this tendency to specialization will increase.

Other remedies may lie in the following suggestions:

(a) *Group practice.* The introduction of a type of group practice with qualified physicians, surgeons, anaesthetists and general practitioners working together in partnership as a team would do a great deal to remedy the situation. This would also ensure that the general practitioner has time off for leisure and study. The suggested compulsory 5 years of general practice before registration as a specialist, would encourage this idea.

(b) *Hospital appointments and hospital beds.* General practitioners should be allowed beds in teaching hospitals and, if interested, be appointed to the part-time staff of these hospitals. This would also give them a chance to mix with their specialist colleagues and discuss their patients with them.

(c) *Research.* There is no reason why the general practitioner should not assist in research projects on a large scale as is already done in Great Britain. This is a matter that can be taken up by the recently formed College of General Practitioners.

(d) *Higher degrees.* The general practitioner should be encouraged to sit for a higher degree in a subject of his choice. This could be organized by the College of Physicians, Surgeons and Gynaecologists in conjunction with the College of General Practitioners. Recently, for example, the College of General Practitioners in Great Britain decided to introduce a higher degree for its members.²³

3. Maldistribution of General Practitioners

In a free society there is very little one can do to force a medical practitioner to practise in the underdeveloped and backward areas, especially when he can do just as well economically in the bigger centres. There is probably a need for the missionary type of doctor who will 'rough it' for a few years in the Reserves, but the greatest need is for the Bantu to get their own people interested in these areas and to train more non-European doctors.

Recently the government appointed an inter-departmental committee to investigate the health services in the Bantu areas and their findings are awaited with interest.²⁴

Perhaps one solution would be for the government to award scholarships and loans to medical students on condition that they practise for a few years in the areas where there is an acute shortage of general practitioners.

4. Shortage of Staff in Hospitals

One easy remedy would be to raise the salaries of full-time staff, but this would only create a vicious circle, because more general practitioners would take up hospital appointments and thus further reduce the available number of general practitioners. Recently, however, quite a number of senior medical practitioners attached to medical schools have left the Republic, not for political reasons, but because of better offers received from overseas universities. There is no doubt that, compared with similar positions overseas, the salaries of the senior full-time staff in our medical faculties are very unrealistic. This matter is already receiving the attention of the Medical Association. Perhaps the remedy here would be the appointment of more part-time staff and allowing the senior full-time academic staff the right to limited private practice.

5. Establishment of New Medical Schools

Lastly, one should urge the establishment of new medical schools. In this respect Bloemfontein and Port Elizabeth readily come to mind as suitable centres for the building of such schools.

To my mind it is better to establish new medical schools than to overcrowd the existing facilities in the older schools. It is also an accepted fact that the establishment of a medical school in a city improves the standard of medicine in that city and can only be to the benefit of the community.

In conclusion I doubt very much whether the situation in 1965 will be as bad as predicted by the survey, viz. a shortfall of approximately 2,000 doctors. Compared with 1958 the position seems to have improved considerably. It is also apparent that for the last 10 years the percentage increase of doctors has more than kept pace with the percentage increase of the population. One must also express grave doubt whether our national economy will allow us to keep on building bigger and better hospitals in future.

Without a further detailed, on-the-spot investigation and a follow-up of the findings of the National Bureau of Education, it is difficult to come to any firm conclusion of what the position will be in 1965. Meanwhile I am of opinion that the shortage is more apparent than real, hence my heading: 'The apparent shortage of medical practitioners in the Republic of South Africa.'

VERWYSINGS

1. Oosthuizen, S. F. (1957): *S. Afr. T. Geneesk.*, **31**, 291.
2. Departement van Onderwys, Kuns en Wetenskap, Nasionale Buro vir Opvoedkundige en Maatskaplike Navorsing (1960): *Die Opleiding van en Werkgeleenthede vir Mediese en Tandheelkundige Personeel en Mediese Hulppersoneel*.
3. Statistieke van Peter Dale, Posbus 4108, Johannesburg, November 1961.
4. Unie van Suid-Afrika, Buro van Sensus en Statistiek (1961): *Spesiale Verslag* No. 234.
5. Statistieke van Registrateur, Suid-Afrikaanse Geneeskundige en Tandheelkundige Raad, Posbus 205, Pretoria, November 1961.
6. Special article (1961): *Lancet*, **2**, 1141.
7. Persoonlike berig, Agentskapafdeling, Mediese Vereniging van Suid-Afrika, Kaapstad, 11 Desember 1961.
8. Persoonlike berig, Agentskapafdeling, Mediese Vereniging van Suid-Afrika, Johannesburg, 3 Januarie 1962.
9. Persoonlike berig, Direkteur van Hospitaaldienste, Transvaal, Desember 1961.
10. Persoonlike berig, Sekretaris van Gesondheid, Pretoria, Desember 1961.
11. Berig, *Pretoria News*, Pretoria, 12 Desember 1961.
12. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Denemarke, 31 Oktober 1961.
13. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Switserland, 14 November 1961.
14. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Engeland, 21 Oktober 1961.
15. Persoonlike berig, Sekretaris van Gesondheid, Federasie van Rhodesië en Njassaland, 31 Oktober 1961.
16. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Verenigde State van Amerika, 30 November 1961.
17. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Wes-Duitsland, 12 Desember 1961.
18. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Kanada, 2 November 1961.
19. Persoonlike berig, Mediese Vereniging, Nieu-Seeland, 3 November 1961.
20. Berig, *Die Transvaler*, 19 Augustus 1961.
21. Fry, J. (1961): *Brit. Med. J.*, **2**, 1705.
22. Association News (1949): *S. Afr. T. Geneesk.*, **23**, 751.
23. College of General Practitioners—8th Annual Meeting (1961): *Brit. Med. J.*, **2**, 1490.
24. Berig, *Dagbreek en Sondagnuus*, 5 November 1961.