

Daar is drie sake wat ek kortliks by hierdie geleentheid wil bespreek: Die eerste raak die publiek, die tweede meerendeels die mediese praktisyns, en die derde die individuele geneesheer.

*Mediese Hulpskemas en Siekteversekering*

Die eerste saak wat ek wil bespreek is die posisie in verband met mediese hulpskemas en siekteversekering.

As ons die mediese praktyk in Suid-Afrika objektief beskou, en ons hoef nie eers baie ver terug te gaan nie, dan vind ons dat daar hoofsaaklik drie soorte pasiënte is met wie die dokter te doen het:

1. Die private pasiënt wat in die meeste gevalle 'n ordentlike, beskaafde, opgevoede mens is wat die dokter nie onnodig en ontydig ontbied nie, sy instruksies stip nakom, en dan net so stip sy rekening betaal. Hierdie ideale pasiënt maak die ruggraat van elke praktyk uit, en dit is die moeite werd om hom te pamperslang en te behou.



Dr. Troskie

2. Die groep pasiënte wat feitlik van die hand tot die mond lewe, wat nie aldag genoeg eet nie en wat nie aldag genoeg weet nie; wat maklik die dokter roep en maklik sê hy moet die rekening stuur, en maklik vergeet om die rekening te betaal. Hulle het in die verlede 'n baie groot deel van elke mediese praktyk uitgemaak. Hulle is die groep wat meer oortollige adrenalien-uitskeiding veroorsaak as alle ander groepe saam. Hulle is die groep wat deurmekaar boer, dan by dié en dan by daardie; wat almal probeer, almal irriteer en self kripeer.

3. Die groep wat deur die Staat versorg word deur sy distriks-geneesheer-skemas, bygestaan deur daardie kollegas wat glo dat hulle 'n sekere getal advertensie-konsultasies gratis moet verrig; of te wel dat deel van hulle dag se arbeid *pro Deo* moet wees.

Nou is dit op die tweede groep pasiënte wat hierdie hulp- en versekeringskemas betrekking het. Ons vind dat daar sedert 1936 meer en meer mediese hulpskemas en bystandsfondse deur groot groepe gestig is, en dat die Mediese Vereniging hierdie skemas weldra goedgekeur het en ingestem het om hulle lede teen 'n verminderde tarief te behandel. In ruil hiervoor het die mediese hulpskemas gewaarborg dat die geneesheer wel besoldig sal word vir sulke dienste.

Aanvanklik was dit 'n beslommernis om altyd vorms in die vul en om dan nog minder betaal te word as vir gewone private pasiënte, maar, by nader ondersoek het die voordele die nadele tot so 'n mate oorskry dat die pasiënt wat aan 'n hulpskema behoort 'n populêre tipe pasiënt geword het. Terselfdertyd was dit ook vir die pasiënt 'n saak van rus en vrede om te weet dat die geneeskundige diens wel betaal is of grotendeels betaal word.

Gevolgtik het gedurende die later veertiger- en vyftigerjare meer en meer mediese hulpskemas en bystandsfondse ontstaan. Die beginsel wat deurgaans gehandhaaf is, is vrye keuse van dokter sowel as van pasiënt.

Ons is egter ongelukkig almal mense met gebreke, en as gevolg van misbruike het hierdie skemas in finansiële moeikhede beland. Hierdie misbruike het ontstaan van die kant van die publiek sowel as van die kant van die geneesheer. So, byvoorbeeld, was daar talle gevalle van 20 besoeke vir gewone masels (ongekompliseerd), of

eise vir oop frakture waar slegs 'n toe kraak bestaan wat nie eers redusering nodig het nie. Sels fiktiewe besoeke en behandeling word aangeteken om te vergoed vir die verskil tussen die goedgekeurde tarief en private gelde. Die gevolg was dus dat hierdie skemas of hoër premies moes eis of laer uitbetalings moes doen, of dat hulle die keuse van geneesheer moes beperk en voltydse of deeltydse gesalarieerde personeel aanstel om te kan likied bly.

Nie lank nie, of die mediese professie is nie tevrede met die gelde waarvoor hulle werk nie, en tariewe word opgeskuif. Onderhandelinge vind plaas en weer moet premies verhoog word, en so gaan dit aan totdat 'n punt bereik is waar (in sekere dele van die land) die hulpskemas tot niet gegaan het.

Gedurende die later vyftiger jare begin die Mediese Vereniging belangstel in sy eie mediese versekeringskema vir siekteversekering, en met dié doel voor oë is daar ook 'n persoon oorsee gestuur vir studie van die skema in Kanada. Intussen het groot bestaande versekeringskemas op groot skaal siekteversekering verkoop, en in 1959 is die skema vir siekteversekering van die Mediese Vereniging van Suid-Afrika ook op die Rand geloods.

Daar was onmiddellik probleme, soos met enige nuwe skema. Probleme het ontstaan oor tariewe van uitbetaling, metodes van uitbetaling en wie en wat aan die skemas mag behoort. Die treffende saak in verband met die hele aangeleentheid van versekeringskemas is dat nie teenstaande die murrering, elke geneesheer nog 'n halwe eier bo 'n leë dop verkies. In hierdie saak dan, is daar 'n paar feite wat ons moet onthou:

1. Die skemas behels die oorgrote persentasie van die meeste praktyke.

2. Die skemas voorsien in die behoeftes van talle gevalle wat andersins nooit sou of kon betaal het vir hulle mediese dienste nie.

3. Die skemas trek tog ook wel 'n kleinere aantal gevalle wat normalerwys hoër gelde sou kon betaal het.

4. Die balans tussen (2) en (3) hierbo, is ten gunste van punt (2).

5. Gevolgtik is die halwe eier beter as die leë dop.

Laat ons dit dus nou erken en aanvaar dat hulpskemas, van watter aard ook al, gekom het om te bly, en die enigste manier waarop ons onself kan help is om die skemas te ken en redelik te behandel om sodoende die agting en samewerking van die lede en organiseerders te behou. In hierdie saak moet ons erken dat die skemas wel sorg dat die dokter besoldig word vir 'n baie groot persentasie werk wat andersins gratis verrig sou moes word.

*Die Onderlinge Verhouding tussen Praktisyns*

'n Korte 40 jaar gelede was hier in Suid-Afrika geen spesialiste soos ons hulle vandag ken nie. Mediese dienste is gelewer deur 'n groep geneesheer wat primêr diens aan die medemens as hulle doel in die lewe gehad het. Deur goeie diens te lewer het hulle ook 'n goeie inkomste gehad. Voeg daarby die sosiale status wat die dokter geniet het, en daar het jy 'n beroep wat werklik deur alle ander professies beny was. Die gevolg was dat talle jong manne die mediese professie as hulle lewenstaak gekies het.

Nou vind ons dat sekere van die ouere kollegas geleidelik meer begin belangstel in verskillende rigtings in die medisyne, dat hulle meer bevoegd raak in spesiale metodes van behandeling, dat hulle oorsee verder studeer en hulle toelê op die spesiale rigting wat hulle kies, en dat hulle dan hulle praktyk beperk tot daardie onder-afdeling en hulle onttrek aan die algemene praktyk; dat hulle dus bloot konsulerende werk doen. Baie gou het hierdie beroemde baanbrekers op die gebied van spesialisasie geweldig praktieke opgebou omdat alle gevalle wat buitengewoon was na hulle verwys is. Dink by voorbeeld aan die name soos I. P. Schabort, Christo Beyers, Charles Saint, en andere.

\* Afskeidsrede deur die President gelewer te Kroonstad op 27 Februarie 1960.

Maar soos dit gewoonlik in die lewe gaan, strewe ons almal steeds na hoër en meer en beter, en baie gou het daardie verheve posisie van sulke uitstaande manne die doel en strewe van elke mediese student en jong gekwalifiseerde geneesheer geword, sodat ons van die middel dertiger jaar af 'n stormloop vind om so gou moontlik daardie verheve sport te bereik. Die lang pad van kwalifiseer—algemene praktyk—en in die rytheid van ondervinding spesialiseer, is vergeet, en die stormloop om 'n hoër graad as M.B., B.Ch. was aan die orde van die dag om dan so gou moontlik die bordjie in Lister-gebou as spesialis te kon ophang. So erg was die toeloop dat 'n statutêre register van spesialiste ingestel moes word. Aanvanklik het dit nog goed gegaan want die verhouding van spesialiste tot algemene praktisyne was in die regte verhouding: daar was genoeg algemene praktisyne om die sifwerk te doen en te sorg dat elke spesialis genoeg gevalle sien om hom besig en goed aan die lewe te hou.

Na die beëindiging van die Tweede Wêreldoorlog het 'n groot aantal spesialiste skielik op Suid-Afrika toegesak. Nie alleen Suid-Afrikaners wat gespesialiseer het nie, maar ook talle uit ander dele van die wêreld het hulle hier kom vestig. Baie van die spesialiste was nie alleen goed gekwalifiseer nie, maar ook goed onderleg en het reeds goeie ondervinding opgedoen. Tans is hulle vinnig besig om die boonste range van medisyne in Suid-Afrika te vul. 'n Hele aantal was egter nie heeltemal so goed soos die titel en benaming voorstel nie, en die eretitel 'spesialoid' is aan hulle gegee. Die belangrike saak is egter dat die verhouding tussen spesialis en algemene praktisyne nou uit verband geraak het.

Omdat sommige spesialiste nie meer 'n redelike bestaan in die stede kon maak nie, het hulle na die buitensentrums begin gaan waar fasiliteite beskikbaar is en het hulle hulle dienste aan die publiek naby die huis beskikbaar gestel. Hierdie ontwikkeling voorsien nie net in 'n behoefte op die platteland nie, maar verseker ook vir die meerderheid van daardie spesialiste 'n goeie inkomste. Dit het egter die toestand van baie stedelike spesialiste kritiek gemaak. Waar die redelike verhouding van spesialiste tot algemene praktisyne op 1 : 12 gestel word, het die spesialiste op plattelandse dorpe die verhouding op hulleself gekonsentreer tot in sommige gevalle 1 : 15 en 1 : 20, terwyl die stedelinge gesny is in sommige gevalle tot 1 : 2, wat in werklikheid 'n belaglike syfer is.

Wat is die gevolg? Om die wolf van die deur te hou, het wanpraktyke begin:

1. Spesialiste tree as algemene praktisyne op tot dié mate dat in sommige gevalle selfs gewone versekeringsondersoekers deur spesialis-chirurges gedoen word.
2. Die publiek word uitgebuit.
3. Hulpverenigings en bystandsfondse word uitgebuit.
4. Kwade gevoelens tussen kollegas ontwikkel as gevolg van die gevoel van onsekeriteit.

Die oplossing van hierdie probleem lê nie in die hou van 'n spesiale register of die bereiking van 'n akademiese graad nie. Myns insiens is die oplossing daarin geleë dat 'n minimum vereiste van 5 jaar algemene praktyk gestel moet word voordat 'n hoër

graad erken word as kwalifikasie vir spesialisasie. Daardie 5 jaar is die minimum tyd wat vir enige geneesheer nodig is om sy balans in die beoefening van die beroep van geneeskunde te kry.

#### *Die Individuele Praktisyne*

Ten slotte trek ek die kring bietjie nouer om na onself as individuele mediese praktisyne te kyk—of ons nou ook al spesialiste, algemene praktisyne, of deelydse of voltydse beamptes van 'n inrigting of organisasie is. Onwillekeurig kom die vraag, wat is die doel van die geneesheer? Met ander woorde, wat is elkeen van ons se doel in die lewe?

Om dié groot vraag te kan beantwoord is dit weer nodig dat ons onself in perspektief probeer sien. Onmiddellik doen die volgende feite dan op wat van toepassing is op elke geneesheer:

1. Hy is lid van 'n gemeenskap.
2. Hy is 'n bevoorregte lid van die gemeenskap deurdat hy die geleentheid gehad het vir spesiale studie.
3. Hy is verstandelik beter ontwikkel as die gemiddelde lid van die gemeenskap.
4. Hy het daaglik te doen met die intiemste geheime van individue in die gemeenskap.
5. Daar word na hom opgesien as 'n leier en raadgever in die gemeenskap.
6. Hy word dikwels geraadpleeg oor moeilikhede van individue in die gemeenskap.

Die gevolg hiervan is dat die dokter 'n 'plig' het teenoor die gemeenskap. Sy plig is in die eerste instansie om lyding te versag en die sieke te versorg. Daarbenewens is dit sy plig om as lid van die gemeenskap in balans met die gemeenskap te lewe; hy moet dus ook sy kennis en verstand en kragte beskikbaar stel vir die hele organisasie van die samelewing.

Dit is dus noodsaaklik dat enige geneesheer wat sy sêut werd is, daardie hoofdoel van *diens aan sy medemens* sal nastreef, en dit nie alleen wat die mediese praktyk betref nie, want vir daardie diens word hy op een of ander wyse veroëld. Deur onbaatsugtige diens te lewer in sferen van die samelewing buite die mediese praktyk, word sy perspektief verwyd, en kry hy die nodige afleiding om sy balans te hou. Ook raak hy soms in probleme gewikkel waar hy as mens die smarte van sy medemens aanvoel. Waar ons in 'n wêreld lewe wat primêr materialisties ingestel is, is dit ons plig om die balans te help hou en nie tot so 'n mate meegesleur te word deur die verleiding van weelde dat ons primêre doel in die lewe 'n parasitiese gejaag na geld word wat die motief van diens verdring nie.

Mag ons in die jaar wat voorlê almal gelukkig wees in ons werk en voorspoedig in wat ons onderneem. Mag ons in kalmte van gees onder alle omstandighede ons beste lewer in diens van ons medemens op alle terreine van die lewe. En mag die volgende versugting vir elkeen van ons toebedeel word:

God grant me the serenity to accept  
The things I cannot change,  
The courage to change what I can,  
And the wisdom to know the difference.'