

WERKSOMSET IN DIE ALGEMENE PRAKTYK

'N VERGELYKING TUSSEN PANEEL, PRIVAAT EN MEDIESE HULPSKEMA PASIËNTE
P. J. VAN BILJON, M.B., CH.B.(PRET.), Pretoria

Die geldelike verdienste van die algemene praktisyn is tans onder die soeklig. Heelwat word geskryf en gepraat oor die maatstawwe van vergoeding vir die dienste van die praktisyn. Kapsie word veral gemaak teen die vermeende verskille in betalingskale tussen bystandsfondse, mediese hulpskemas en suiwer privaat pasiënte. Ongelukkig berus 'n groot gedeelte van die mees uitgesproke menings op blote gissings oor die werklike verskille in inkomste in die groepe en oor die verskil in werksomset tussen privaat- en paneel-pasiënte.

'n Ontleding van 'n ewekansig-gekose monster uit my praktyk word hieronder uiteengesit. Die monster is ondersoek met die oog op werksomset by die spreekkamers.

Die praktyk is geleë in Pretoria en bedien o.m. 'n groot Spoorwiesiekheidspaneel.

DIE MONSTER

Vir die doeleindes van die ondersoek is die praktyk verdeel in 3 groepe, nl. Spoorwiesiekheids-pasiënte, suiwer privaat-pasiënte, en pasiënte wat aan een of ander mediese hulpskema behoort.

Die ontleding dek die periode 1 Januarie 1963 tot 1 Desember 1963. 'n Ewekansige monster is op die volgende wyse uit elk van die 3 groepe geneem:

Spoorweg

Alle lidmaatskapskaarte van pasiënte op die paneel is deurlopend genommer en 75 kaarte is d.m.v. 'n stelsel van ewekansige nommers as monster uitgehaal.¹ Die geskiedeniskaart van die 75 lede is nagegaan en alleen dié wat die volle jaar van die ondersoek op die paneel was, is vir die ondersoek gebruik. Hierdie sortering het 48 kwalifiserende lede gelaat. Die monster bevat 131 pasiënte met 'n gemiddelde familie-grootte van 2.72.

Privaat

Die rekening-kaarte in die grootboek is deurlopend genommer en d.m.v. dieselfde ewekansige nommerstelsel is 69 geskiedeniskaarte uitgehaal. Alleen 40 families (enkellopende pasiënte word gemaklikshalwe as familie geklassifiseer) het vir die ondersoek gekwalifiseer. Alle families waar die rekening as slegte skuld afgeskryf is, of waar dit nie absoluut seker was of hulle nie van dokter verander het nie, is gediskwalifiseer.

Die 40 oorblywende families is dus 'n monster van privaat pasiënte wat wel hulle rekenings op die lang duur vereffen. Die monster verteenwoordig 78 pasiënte met 'n gemiddelde familie-grootte van 1.95.

Mediese Hulpvereniging-pasiënte

Die monster is op dieselfde wyse ingesamel as dié van privaat-pasiënte. Alleen erkende hulpskemas is vir die ondersoek aanvaar. Weens onsekerheid of sommige van die families nog die praktyk besoek, is alleen 36 families uiteindelik vir die ondersoek aangeneem. Die monster ver-

teenwoordig 87 pasiënte met 'n gemiddelde familie-grootte van 2.41.

ONTLEDING

Die konsultasies by die spreekkamers is in 3 groepe ingedeel, nl.

1. *Lang konsultasies* waarby óf 'n volledige ondersoek nodig was, óf een of ander tydnemende behandeling plaasgevind het, bv. die uitsny van moesies, uitspuit van ore, ens.
2. *Kort konsultasies* waar 'n onmiddellike diagnose moontlik was sonder noemenswaardige ondersoek of waar alleen 'n sertifikaat uitgereik is, ens.
3. *Kerende konsultasies*, bedoel vir die opvolging van voorgeskrewe behandeling of kontrole van resultate, b.v. herhaallesings van bloeddruk, ens. Verwysing na spesialis is genoteer.

GEVOLGTREKKINGE

Die resultaat van die ontleding van die konsultasies waarvoor pasiënte uit die 3 verskillende groepe hulle by die spreekkamer aangemeld het, word in Tabel I uiteengesit.

TABEL I. ONTLEDING VAN DIE KONSULTASIES BY DIE VERSKILLENDE GROEPE PASIËNTE

	<i>Spoorweg</i>	<i>Privaat</i>	<i>Hulpskemas</i>
Aantal families	48	40	36
Aantal pasiënte	131	78	87
Aantal pasiënte per familie	2.72	1.95	2.41
Totale aantal konsultasies vir 1963	270	167	207
Aantal konsultasies per familie	5.62	4.17	5.74
Aantal konsultasies per pasiënt	2.06	2.12	2.38

'n Aantal belangrike gevolgtrekkings kan uit Tabel I gemaak word. Die grootte van die gemiddelde familie in die drie groepe mag 'n weerspieëling wees van die ekonomiese stand van die pasiënte, hoewel die monsters moontlik te klein is om die syfers betroubaar te maak.

Die aantal konsultasies per pasiënt per jaar toon 'n verbasende ooreenkomst tussen die 3 groepe. Dit is 'n uiters belangrike bevinding.

Die syfer lê vir my praktyk aansienlik laer as die van oorsese gepubliseerde materiaal, b.v., Taylor (3.9)² en Mair en Mair (5.45).³

In gesprekke met algemene praktisyns in Skotland, Engeland en Holland, het geblyk dat die rede vir die skynbare hoë syfers gesoek moet word in die groter neiging om kerende konsultasies aan te moedig. Sulke herhalings is vir die pasiënte gemakliker om na te kom weens die kleiner gebiede wat die praktyke bedien. 'n Besoek aan die dokter is dus 'n minder tydrowende onderneming. In Holland, waar ongeveer 30% van die gemiddelde algemene praktisyn se werk nog deur privaat-pasiënte verskaf word, het die meeste kollegas erken dat daar nie noemenswaardige ver-

skil bestaan tussen die frekwensie van doktersbesoeke van privaat- of siekefondspasiënte nie.

Hieruit blyk dat vir die huidige ondersoek die alomteenwoordige gevoel dat paneelpasiënte die dokter meer dikwels lastig val as privaat-pasiënte eenvoudig geen feitlike gronde het nie. Dit wil sê die gedurige gesoek na 'n metode om 'n rem te plaas op die oorbeseuk van die dokter deur pasiënte wat nie 'n fooi per diens betaal nie, is 'n heksejag na 'n spook wat nie bestaan nie.

Die oortuiging dat hierdie misbruik van mediese dienste deur nie-betalende pasiënte 'n mite is, het reeds by verskeie outeurs begin posvat. Die mees sprekende voorbeeld is die Britse 'National Health Service'. Taylor¹ maak melding dat die meerderheid van die dokters wat vir sy ondersoek ondervra is, kon konstateer dat doktersbesoek en selfs nagoproewe geensins onder die NHS toegeneem het nie. Dr. Barber⁴ beweer selfs dat die hoeveelheid nagwerk in sy praktyk afgeneem het.

'n Belangrike oorweging in dié verband is die gedwonge doktersbesoek wat paneelpasiënte soms moet maak, vanweë hulle spesiale werksomstandighede, of weens die feit dat hulle alle medisyne ook deur hulle bystandsfonds ontvang, en dus iedere keer 'n voorskrif daarvoor moet kry. In 'n goed georganiseerde spreekkamer hoef hierdie tipe konsultasie egter nie meer as 2-3 minute te duur nie, sonder dat die pasiënt enigsins afgeskeep word. Ongelukkig is die werksinrigting van baie praktyke sulks dat hierdie konsultasies veel te lank duur, óf omdat onvoldoende rekord gehou word om herhalingsvoorskrifte te bespoedig, óf omdat die dokter nie in staat is om tussen kort en lang konsultasies te onderskei nie. Al hierdie kort kontakte word dan, veral vir paneelpasiënte, in sy gedagte aangeteken as verlore fooie van R1.50 of R2.50 per konsultasie, en sodoende neem die oortuiging dat dit 'n belangrike deel van sy spreekkamer se werkstyd opneem, geleidelik toe. Dit is myns insiens onregverdig om te verwag dat mediese hulpskemas of bystandsfondse hulle vergoeding moet bereken om hierdie tipe konsultasie teen R1.50 te vergoed.

DIE SOORT ONDERSOEKE

Die groter persentasies volledige ondersoeke vir pasiënte wat aan hulpskemas behoort en vir privaat-pasiënte blyk opvallend uit die ontleding in Tabel II. Een van die faktore wat die verskille veroorsaak is die groter aantal ondersoeke vir aanstellings by nuwe betrekkings wat by die 2 groepe nodig is.

TABEL II. ONTLEDING VAN SOORT ONDERSOEKE

	Spoorweg	Privaat	Hulpskemas
% Volle ondersoeke	20.7%	29.9%	30.9%
% Kort ondersoeke	38.9%	33.5%	38.2%
% Kerende ondersoeke	29.3%	32.9%	24.2%
% Verwysing na spesialiste	11.1%	3.6%	6.7%

Ten spyte van bogenoemde moontlikheid dat paneelpasiënte noodgedwonge hulle geneesheer meer dikwels moet lastig val vir herhalingsvoorskrifte ens., blyk uit Tabel II dat vir die huidige ondersoek die persentasie kort ondersoeke vir Spoorwegpasiënte nie noemenswaardig hoër is as vir die pasiënte van hulpskemas nie.

Soos in 'n vorige publikasie⁵ reeds bewys is, is die per-

sentasie verwysings na spesialiste vir paneelpasiënte aansienlik hoër as vir die ander 2 groepe. Dit is 'n direkte gevolg van die beskikbaarheid van gesalariëerde spesialiste wat bv. alle chirurgie van die paneel onderneem. Daar is gewoonlik min aanmoediging of fasiliteite vir die algemene praktisyn met 'n paneelaanstelling om sommige van die kleiner ginekologiese, chirurgiese of ortopediese ingrepe self te onderneem.

Die aantal huisbesoeke vir die 3 groepe is nie ondersoek nie, aangesien uit ander navorsing wat nog nie gepubliseer is nie, gevind is dat in 'n groot stad die persentasie huisbesoeke aan ambulante pasiënte besonder laag is. Aangesien hoofsaaklik bedriggende pasiënte tuis besoek word, is dit onwaarskynlik dat die aantalle in die 3 groepe noemenswaardig sal verskil.

FINANSIES

Die finansiële aspekte van die 3 groepe is moeilik om noukeurig te bepaal. Om die kapitasiefooie van die Spoorwegpaneel af te breek tot 'n bedrag per konsultasie, en dit te vergelyk met die konsultasiefooie in die ander 2 groepe is onrealisties. In die eerste plek, moet rekening gehou word met slegte, of uitstaande, skulde in die 2 groepe waar 'n fooi per diens betaal word.

Die slegte skulde van 'n privaat praktyk is op sigself reeds 'n problematiese syfer. Indien 'n gegewe praktisyn die insig sou ontwikkel om meeste van sy swak-betalende pasiënte vooraf te kan uitken, hoef hy alleen al hierdie gevalle *pro deo* te behandel om op sy boeke 'n ideale lae slegte-skuld syfer te reflekteer. In meeste argumente oor die verskille in die fooi per konsultasie tussen paneel- en privaatpasiënte word die privaat fooi wat vir die area gebruiklik is, aangehaal, asof daar nooit *pro deo* werk gedoen word nie, en asof die betrokke dokter vir iedere konsultasie, groot of klein, die volle fooi opskryf!

Indien die 3 faktore: slegte skuld, uitstaande skulde se verlies in rente en administratiewe koste, en verminderde privaat fooie vir spesiale gevalle, vir 'n gegewe praktyk bereken word, sal gevind word dat die inkomste per konsultasie tussen paneel-, privaat- en hulpskemapasiënte, nie so groot is nie.

As in 'n paneelaanstelling gevind word dat die doktersbesoek vir kort konsultasies aansienlik bokant dieselfde syfer vir privaat- of hulpskemapasiënte lê, sal 'n intensiewe herorganisasie van die spreekkamer-fasiliteite dikwels die beswaar minder opvallend maak.

OPSOMMING

Deur middel van 'n ewekansig-gekose monster van privaat-, paneel- en hulpskemapasiënte is bewys dat daar nie noemenswaardige verskille bestaan tussen die frekwensie van doktersbesoek in die 3 groepe nie. As die nodige korreksies in die berekening van privaat fooie per konsultasie gemaak word, sal bostaande bevinding verder tot die gevolgtrekking lei dat daar nie 'n belangrike verskil is tussen die inkomste per konsultasie in die 3 groepe nie.

VERWYSINGS

1. Table of Random Numbers (1954): J. Amer. Statistical Assoc., 49, 683.
2. Taylor, S. (1954): *Good General Practice*, p. 62. London: Oxford University Press.
3. Mair, G. B. and Mair, A. (1959): *Brit. Med. J.*, 1, 281.
4. Barber, G.: Persoonlike mededeling.
5. Van Biljon, P. J. (1962): *S. Afr. T. Geneesk.*, 36, 106.