

VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

VOORUITBETAALDE MEDIESE HULPSKEMAS

Gedurende die afgelope dekade of twee het daar dwarsoor die wêreld 'n radikale revolusie ingetree ten opsigte van die probleem van die ekonomie van die mediese praktyk—sowel uit die oogpunt van die pasiënte (wat die algemene publiek is) as uit die oogpunt van die mediese dienskompleks (wat die geneesheer, medisyne, hospitalisasie en navorsing insluit).

Die feit van die saak is dat die wêreldwye styging van lewensduurte nou so 'n vlak en patroon bereik het, dat die soort benadering van dié probleem wat in die verlede gegeld het en aanvaar is, nou volstrek ontoereikend geword het. Op alle gebiede van die lewe het die lewenskoste tot ongekende hoogtes gestyg, en dit styg nog steeds. Aan die anderkant is dit egter ook die geval dat ons kennis en gebruik van tegnieke, prosedures en apparaat sodanig toegeneem het dat dit nou noodwendig baie duurder kos om 'n pasiënt grondig te ondersoek en deeglik te behandel. In sommige gevalle is dit selfs noodsaaklik vir spanne van hoogopgeleide geneesheer om oor lang tydperke saam te werk met die doel om die grootste voordeel vir die pasiënt te kan behaal.

As gevolg van die verskillende faktore wat ons hierbo genoem het, het die ou, private, dokter-pasiënt verhouding, veral wat betref die ekonomiese aspekte daarvan, buite die willekeurige beheer van individue geraak. Verreweg die meeste mense kan vandag net nie meer betaal vir die mediese dienste en medisyne en hospitaal-behandeling wat hulle nodig het nie. Daar het gevolglik dwarsoor die wêreld nuwe benaderinge van hierdie probleem ontstaan. In sommige van die sogenaamde welsynstate het 'n min of meer volledige staatsmediese diens ontstaan. In ons land, omrede van die ekonomiese omstandighede van al sy bevolkingsgroepe en ook omrede van die aard en karakter van sy mense, het hierdie soort stelsel nie veel hoop op sukses nie. En in sekere ander lande is versekeringspogings aangewend wat of deur die geneesheer self of deur werknemersgroepe georganiseer word, of wat moontlik gemaak word deur bydraes van die pasiënt, die werknemer, versekeringsliggame en die staat.

In Suid-Afrika het ons ons eie kenmerkende patroon ontwikkel. Die heel geëde mense, aan die eenkant, betaal self vir hul mediese onkoste, terwyl provinsiale en staats-gesondheidsdienste in die behoeftes voorsien van diegene wat in die laagste inkomstegroepe val. En vir die middelste inkomsteklasse het daar vier patrone van vooruitbetaalde mediese hulpfondse ontstaan:

1. *Bystandsfondse.* Geneesheer word hier deelyds of voltyds aangestel en hulle ontvang as besoldiging 'n salaris en/of 'n hoofdelike toekenning. Behalwe in die gevalle van sekere spesialiteitsdienste is hier nie 'n vrye keuse van dokter en/of pasiënt nie. Die Mediese Vereniging voel dat hierdie soort hulpfondse slegs vir laag-betaalde, ongeskoolde arbeiders beskikbaar moet wees, en dit is dan ook die beleid van die Vereniging om die meeste van die bestaande

bystandsfondse aan te moedig om oor te skakel en mediese hulpfondse te vorm.

2. *Mediese hulpfondse.* Die Mediese Vereniging het deur die jare die stigting van hulpfondse goedgekeur met die bedoeling om private dienste te lewer aan persone wie se inkomste onder 'n bepaalde vlak val teen 'n verminderde (voorkeur) tarief. Hierdie hulpfondse bestaan uit bydraes van die lede sowel as van hul werkgewers. Die voordeel vir lede van hierdie groepe is dat hulle private dienste kan kry ten spyte van hul betreklik-gesproke beperkte inkomste, en die voordeel vir die dokters is dat hulle rekeninge direk deur die hulpfondse betaal word.

3. *Die Mediese Planne.* Hierdie planne het in die verskeie Provinsies van die land ontstaan nadat die eerste Plan in Johannesburg gestig is. Hulle word deur geneesheer self bestuur en teoreties kan enige groep persone by dié Planne aansluit. Die Planne het die voordeel dat dit vir geneesheer self makliker is om beheermaatreëls oor hul kollegas uit te voer as wat dit vir leke-liggame is. Prakties gesproke is lidmaatskap tot die Planne egter beperk aangesien die premiegelde relatief hoog is, omdat dit die bedoeling van die Planne is om vergoeding aan dokters te verseker teen ongeveer die gebruikelike private skale van gelde wat van toepassing is in die onderskeie gebiede. Daar bestaan in sommige geneeskundige kringe twyfel oor die vraag of geneesheer self hierdie soort van onderneming behoort te behartig.

4. *Mediese versekering met indemniteitsvoordele.* Hierdie soort versekering is in die verlede op betreklike groot skaal deur versekeringsmaatskappye onderneem. Die algemene ondervinding op hierdie gebied was egter nie te gelukkig nie omdat die onmoontlike probeer is—om maatskappye terselfdertyd as algemene versekeringsmaatskappye sowel as hulpfondse te laat funksioneer. Dit het baie wrywing veroorsaak en bygedra tot 'n algemene agteruitgang van die bestaande dokter-pasiënt verhouding.

Teen die agtergrond van al hierdie benaderinge tot die probleem van vooruitbetaalde hulpfondse was daar die Verslag van die Snyman-kommissie oor die hoë koste van mediese dienste, die aanstelling van die Reinach-kommissie, en die poging van die Minister van Gesondheid om 'n Wet daar te stel in terme waarvan vooruitbetaalde mediese dienste vir alle Blanke lede van die bevolking gereël kan word. Die betrokke Wetsontwerp is op die oomblik na 'n gekose komitee verwys vir studie en aanbevelings.

Die hele toestand van sake in ons land is dus op die oomblik baie vloeibaar. Ons staan nou almal voor die geleentheid om iets werklik belangriks vir onself en die nageslag te skep deur 'n omvattende en bevredigende stelsel van mediese versekering vir almal te ontwerp. Maar dan sal almal wat by die saak betrokke is versigtig en langs die weg van gedurige onderhandeling te werk moet gaan. Dit is van die allergrootste belang dat Wetgewing in hierdie verband nie onverstandiglik bespoedig word nie.

alvorens formules ontwerp is ten opsigte waarvan daar ooreenstemming is tussen die regeringsinstansies, die mediese professie en lede van die algemene publiek.

Die ideale toestand van sake, so lyk dit vir ons, is dat almal in die land deur vooruitbetaalde mediese hulpskemas gedek moet word sodat elkeen die soort behandeling kan kry wat hy nodig het en waarop hy geregtig is, en sodat dokters die nodige werk met toewyding en met waardigheid kan doen. Om dit te kan bereik is dit nodig dat daar 'n standaard-tarief moet wees vir almal, wat die kenmerke van 'n aangepaste voorkeurtarief sal hê. Hierdeur kan elkeen dus verseker wees van 'n basiese dekking. Hierbenevens moet elkeen egter ook nog die reg hê om na gelang van sy behoefte en vermoë verdere versekering vir homself en sy afhanklikes te verkry op die basis van die indemniteitsbeginsel sodat, as hy in 'n hoë inkomstegroep val, dit vir sy dokter moontlik sal word om op die basis van private gelde (en nie net 'n voorkeurtarief nie) besoldig te word. Dit moet die reg van die dokter en sy pasiënte wees om in alle gevalle oor die nodigheid van hierdie

ekstra indemniteit (bokant die vlak van die standaard-tarief) self ooreen te kom.

Die voorstelle in die voorafgaande paragraaf sal dit moontlik maak om universele mediese dekking in te voer en dit wel op 'n grondslag wat al die voordele van die ou beproefde dokter-pasiënt verhouding bevat. So 'n stelsel is die enigste stelsel wat al die 'ingeboorde' waarborge teen wanpraktyke van enigerlei aard bevat.

Die probleem is so groot en belangrik dat ons nie die risiko van 'n mislukking durf loop nie. Laat ons dus almal probeer om 'n formule te vind wat hierdie soort oplossing moontlik sal maak. En laat ons dan alles in die werk stel om die formule in 'n skema te beliggaam wat, nadat dit oor praktiese redes eers net onder die geleedere van die Blankes begin kan word, ook mettertyd uitgebrei kan word om die behoeftes van alle inwoners van ons land te omvat. Want ons kan slegs op die basis van 'n hoë vlak van algemene gesondheid ontwikkel tot 'n gelukkige, gesonde, welvarende en skeppende gemeenskap.

AIR DISINFECTION

The manufacture of antibiotics by large-scale fermentation techniques, the aseptic methods for preparing sterile solutions, and the problem of cross-infections from airborne organisms in hospitals and other institutions, have made adequate air disinfection and sterilization a necessity in many places.¹ The danger of serious epidemic infections among large concentrations of people in confined spaces, such as air-raid shelters, makes the question of air hygiene also a most important consideration.

In considering air disinfection it must be remembered that naturally occurring organisms are in a physical state nearly always quite different from that of artificially made aerosols. In occupied, enclosed rooms and offices the main bacterial population consists of micrococci and staphylococci of human origin carried on skin epithelium or hair particles or enclosed in dried saliva or mucus. The air from outside normally carries smaller numbers of organisms and the types are somewhat different, most of them being spores, bacterial or mould in origin. When dispersed into the air the viability of bacteria decays in two stages, firstly as a rapid loss which lasts a few seconds or a minute or two, followed abruptly by a much slower loss; although not universally applicable there is an increase in stability with increase in the relative humidity of the dispersal atmosphere. Viruses are also sensitive to humidity conditions, some being more stable at high and others at low relative humidity values. The state of aerosol microorganisms may be considered to be altered by evaporation of water from each droplet and the consequent drying of the cells, the speed and extent of which depends mainly on the relative humidity of the dispersal atmosphere; the effect of temperature may also sometimes be important.

An effective aerial germicide must easily gain access to the air-borne organisms. Therefore, gases or vapours are likely to be most effective for chemical disinfection, but a sufficiently fine aerosol of less volatile substances may also be effective. Chlorine, sodium hypochlorite, the glycols and hexylresorcinol have attracted most attention. Many

substances have been discarded because of odour, irritation, or other unpleasant effects. Formaldehyde gas and sulphur dioxide may be used for terminal disinfection of clothing, bedding and other exposed surfaces, but not for aerial disinfection as considered here.

Filtration of air as a means of sterilization has proved most useful in the antibiotics industry, in sterile filling rooms and operating theatres, although lately electrostatic precipitation has also been used. Care is needed in choosing the right type of filter, which must be kept dry if it is to perform satisfactorily.

The use of heat is impracticable on a large scale, because of the high temperatures required. For domestic purposes a convection-type electric heater with the air circulating over the elements has some use, but most of the air does not pass near enough to the elements to reach the temperature required to reduce the numbers of spores and bacteria.

Ultraviolet irradiation is used as a means of reducing cross-infection in surgical and maternity wards and in industry, but it does not sterilize the air completely; it is reasonably satisfactory for stationary or slowly moving air in a small confined space. This method is a useful adjunct in keeping air contamination at a low level, but it is not an air-sterilizing agent.

In summary, filtration is the most efficient means of air sterilization if the correct filter material is used. Chemical disinfection can be highly efficient but has limited applications because of the dangers of chemicals. Ultraviolet irradiation is a useful adjunct for air sterilization, but it has many disadvantages, such as the time taken to disinfect even vegetative organisms, the possibility of resistant bacterial and mould spores, and the fall in efficiency of irradiation with the square of the distance from the source of the irradiation. Heat is an expensive method, and electrostatic precipitation methods of air sterilization are still in the process of development.

1. Sykes, G. (1965): *Disinfection and Sterilization*. London: E. & F. N. Spon Ltd.