

DIE GENEESKUNDIGE BEROEP EN VOORUITBETAALDE MEDIESE DIENSTE*

L. M. MARCHAND, *President, Mediese Vereniging van Suid-Afrika, 1966 - 1967*

I must say at the outset that the position in which I find myself is certainly not one of the objects in life after which I have striven. None the less I want to assure the members of the Federal Council, and through them my colleagues in the Medical Association of South Africa, that I regard it as a very great honour to officiate as President of the Association for the ensuing year. It is an honour which should satisfy all one's ambitions in the administrative field and one which I accept in all humility, conscious as I am of the stature and the ability of those in whose footsteps I have to follow.

I have chosen as the subject of my presidential address a topic which has occupied the attention of the Association for a number of years and with which I was closely associated in my official capacity as a member of the secretariat. I have done so because of certain trends which have been developing lately and the possibility of legislation being introduced which might affect the profession. I therefore beg your indulgence while the position is examined and a line of thought for future action is recommended.

VOORUITBETAALDE MEDIESE DIENS

My onderwerp kan getitel word 'Die geneeskundige beroep en vooruitbetaalde mediese dienste'. Dit kom eintlik neer op wat die verhouding moet wees tussen die beroep en die publiek: in hoeverre die beroep sy aansien of beeld by die publiek kan behou, en in die besonder wat die houding moet wees met betrekking tot wetgewing wat moontlik dokters se inkomste kan raak?

In die tye waarin ons lewe, met die vinnige tempo van ontwikkeling en verandering, is mense geneig om elke fase as 'n krisis te beskou. So dikwels word beweer dat ons voor 'n uitdaging of 'n probleem staan soos nog nooit tevore nie. 'n Mens hoor dit bv. by elke volksraadverkiezing. Dit is egter nie so dat daar aldag 'n krisis is nie, maar daar is aldag vraagstukke van ernstige aard wat ernstige aandag verdien. Dit betaam ons dus om altyd wakker te wees sodat ons nugter oor sake kan oordeel. Geen probleem is nog ooit in 'n korte tyd bevredigend opgelos nie. Die kwessie van vooruitbetaalde mediese diens soos beliggaam in die mediese hulpverenigingsstelsel, is 'n sodanige vraagstuk wat al lank die aandag van die Mediese Vereniging geniet, maar waaroor daar vandag nog nie eenstemmigheid is nie. Daarom dat ek die onderwerp aanroer met die hoop om ook 'n bydrae te lewer tot besinning

*Presidentsrede, gelewer te Pretoria, 7 September 1966.

oor die rigting wat die Mediese Vereniging moet volg, of, as ek dalk 'n klip in die bos gooi, die lede van die Vereniging aan te spoor om weer baie ernstige oorweging aan die saak te skenk.

Geskiedenis van die Hulpverenigingsstelsel

Om die posisie waarin ons ons vind in die regte lig te sien, moet ek u terugvoer na die geskiedenis van die ontstaan van die mediese hulpverenigingsstelsel. Dit was die algemene gebruik dat dokters hul rekenings gelewer het volgens 'n ongeskrewe maar tog aanvaarde tarief, maar wat ook gewissel het na gelang van die vermoë van die pasiënt om te betaal. Mense van 'n sekere inkomstepeil het begin soek na 'n manier om hul doktersrekenings met self-respek te kan betaal, want hulle wou nie as armlastiges beskou word nie. Die gevolg was die stigting van 'n fonds waaraan die naam van mediese hulpvereniging gegee is. Die lede kon tot die fonds bydra en daaruit is 'n vasgestelde persentasie van die doktersrekening aan die lid betaal. Die plan het net voor Wêreldoorlog I ontstaan, maar is eers in die jare 20 verder ontwikkel. Dokters het gou agtergekom dat hul gelde verseker sou wees as die fonds hul rekenings direk aan hulle betaal en die dokters het toe aan die fonds 'n afslag van 10-15% aangebied as die fonds sou instem daartoe. Hierdie stelsel het egter probleme opgelewer, waaroor dit nie nodig is om hier uit te wei nie, en, na heelwat onderhandelinge is 'n tarief in 1935 vir die eerste keer opgestel wat ons nou ken as die 'Tarief vir goedgekeurde mediese hulpverenigings'. Dit is laer as die gebruikelike gelde vir private pasiënte, want dit is bedoel vir mense in die middel-inkomste groep wat nie groot uitgawes kan bekostig nie. Die stelsel het goed gewerk en het stadig ontwikkel soos meer en meer groepe (besighede of organisasies) wat deur die Mediese Vereniging goedgekeur is, daarby aangesluit het. Die tarief is ook van tyd tot tyd hersien om aan te pas by die styging in lewensduurte. Dit het egter so aantreklik geword dat dit in die laaste aantal jare baie vinnig uitgebrei het, dog dit het weer 'n nuwe moeilikheid opgelewer. Daar is gevind dat persone wat nie eintlik op die voordele van die tarief geregtig is nie ook lidmaatskap van 'n fonds kon verkry. Dit het oneindige ontevredenheid in die profesie veroorsaak want dokters het daarin gesien die gestadige, indien nie snelle, verwerping van wat hulle as hul regmatige private praktyk teen die gebruikelike gelde beskou het. Die Mediese Vereniging moes maar as *bona fide* die versekerings van mediese hulpverenigings aanneem dat hulle die vereiste reglemente in verband met die

inkomste van hulle lede nakom, want die Vereniging kon nie as speurder optree nie.

Houding van die Publiek

Daar het egter ook 'n verandering ingetree in die houding van die publiek, want daar was duidelike tekens dat die stelsel geleidelik aanleiding gegee het tot die idee by baie dat mediese dienste iets is wat soos 'n handelsartikel oor die toonbank gekoop kan word. Die gevolg hiervan was dat daar by die Regering aangedring is dat iets gedoen word om die koste van mediese dienste te verminder.

Die Snyman Kommissie van Ondersoek is aangestel wat onder andere die uitbreiding van die mediese hulpverenigingsstelsel aanbeveel het. Die Kommissie het egter nie gesê wat die tarief moet wees nie. As gevolg van die Kommissie se bevindings is 'n wetsontwerp om beheer oor mediese hulpverenigings uit te oefen, opgestel. Die goeie bedoelinge van die Regering met hierdie wetsontwerp word nie betwyfel of ontken nie, maar op 'n indirekte wyse word die geneeshere daarin betrek deur die verwysing na 'n 'tarief' en die gevaar bestaan dat hulle ook naderhand onder beheer kan kom. Aan die een kant wil die publiek goedkoper dienste hê maar aan die ander kant word daar al meer van die dokter verwag. Afgesien van die ontwikkelinge in die geneeskundige tegniek waarmee hy moet tred hou, word die dokter se werk vermeerder deur die steeds groeiende gesondheidsbewustheid by die publiek en die probleme van die ouderdom wat ontstaan as gevolg van die verlenging van die lewensduur.

Die wêreld neig meer en meer na nasionalisering van alles en verskeie lande het al 'n Staatsgeneeskundige diens wat nie altyd as so gewens beskou word nie. Waar dit nog nie die geval is nie, strew die geneeshere deur hul verenigings om dit te verhoed. Ek kom later weer hierop terug. Dit is hierdie moontlikheid waarop ek die aandag wil vestig en in verband waarmee ek 'n ernstige beroep op die lede van die Vereniging doen om tot 'n bevredigende besluit te kom. Geneeshere word soms vasgevang in die net van ekonomiese druk en is geneig om toe te gee aan stelsels of ooreenkomste sonder om na te dink oor die gevolge daarvan op hul professionele status en die etiese beginsels van hul beroep.

Verhouding tussen Geneesheer en Pasiënt

Dit is opmerklik hoedat voorsitters van Takke en Presidente van die Vereniging in hul voorsittersredes oor 'n hele aantal jare juis die aandag gevestig het op die verhouding van die geneesheer teenoor sy pasiënt. Klem is gelê op die feit dat dokters nie graag onregverdige voordeel uit hul pasiënte wil trek nie en dat hulle die profesie betree het met die hoogste ideale wat hulle, dikwels ten spyte van aansienlike ekonomiese druk, tog nog navolg. Die dokter se eerste sorg is die belange van sy pasiënt, en sy hoogste geluk bestaan in sy strew om sy pasiënt te help om self geluk en tevredenheid te vind, en dit geskied ongeag die vergoeding wat hy vir sy werk ontvang. Ek wil ook graag verwys na die „In Memoriam“-artikels oor afgestorwe kollegas wat van tyd tot tyd in ons *Tydskrif* verskyn. Daarin word die ontslapenes geroem vir hul onbaatsugtige diens aan hul medemens wat hulle gelewer het volgens die hoogste eise van die profesie en sonder enige gedagte aan vergoeding. Dit wys net watter waarde geëg word aan gedrag wat die etiese beginsels van die beroep uit leef.

Gedragkode

Hierdie lofbetuigings steun die noodsaaklikheid dat 'n professionele liggaam 'n gedragkode moet hê wat die algemene vooruitgang van die profesie en sy maatskaplike plig ten doel het eerder as om 'n ekonomiese monopolie te handhaaf. Ek wil ook aanhaal uit verslae wat ingedien is by die byeenkoms van die Mediese Vereniging van die Wêreld verlede jaar. Daarin word die volgende gekonstateer:

„Geen mediese diens is eenvoudig nie—dit is 'n ingewikkelde transaksie met verskeie aspekte. Eerstens—'n mediese diens is 'n tegniese aksie gebaseer op wetenskaplike kennis. Tweedens—dit het 'n psigologiese bestanddeel wat 'n ontmoeting tussen twee persone inhou. Die verhouding tussen die twee verskil gans en al van dié tussen verkoper en klant, want 'n mediese diens behels 'n besondere noue kontak tussen mense met die gesondheid en miskien die lewe van een van hulle op die spel. Derdens het 'n mediese diens 'n

morele aspek, aangesien die dokter 'n gewetensverpligting het om die basiese gedragsreëls van sy profesie te respekteer want hulle beheer sy verhouding tot sy pasiënte—en tot probleme wat die lewe raak. Al hierdie bestanddele is onafskiedelik. Om 'n mediese diens tot sy suiwer tegniese aspek te reduseer maak dit niks anders as 'n veeartsenykundige diens nie.

„Die georganiseerde beroep moet voortdurend waak om te sorg dat al die aspekte van 'n mediese diens in ag geneem word. Die eise van die gemeenskap moet geweeg word teenoor die vryheid van die individu, en die onafhanklikheid van die geneesheer teenoor die tegniese en etiese norme van sy profesie.

Tot sover die aanhaling.

Sir William Osler het dit so mooi gestel: „Die uitoefening van die geneeskunde is 'n kuns nie 'n ambag nie; 'n roeping nie 'n besigheid nie; 'n roeping waarin jou hart in gelyke mate met jou verstand in beoefening gebring sal word.

Veranderinge

Myns insiens het daar in die laaste tyd 'n hele verandering al ingetree in die benadering van die dokter teenoor sy pasiënt en selfs ook van die publiek teenoor die dokter, vergeleke by die toestand 20-30 jaar gelede, en ek skryf dit toe aan die vername plek wat vooruitbetaalde mediese dienste in ons samelewing inneem. Dit het al begin om die voorkoms te hê van 'n transaksie tussen koper en verkoper. Dit is nes of die persoonlike en intieme aard van die diens begin verdwyn. En tog is siektes nog maar baie dieselfde soos van die vroegste tye af en die siekes verlang nog die pligsgetroue belangstelling van hul huisdokters en nie net 'n haastige besoekie nie. Die sieke ly nog aan dieselfde pyn, dieselfde angs en kommer en soek vertroosting by die enigste persoon wat opelei is om dit te gee. Dit was dus vir my 'n ontstellende iets om in 'n artikel te lees dat die ou begrip van die dokter as die gesinsvertroueling onvermydelik verlore moet gaan in die moderne eeu van spanning en wetenskaplike strew en vooruitgang. Daar word beweer dat die gesinsdokter net kan bestaan in 'n wêreld waarin die geneeskunde 'n kuns is en die wetenskap sy nederrige diensmaagd. Blykbaar bestaan die menslike aspek van die geneeskunde nie meer vir die skrywer nie.

Dit is die gebruik om van tyd tot tyd met die mediese hulpverenigings te onderhandel as wysiging in of hersiening van die tarief verlang word. Ek moet sê dit het al te veel die voorkoms van 'n mark waar die koper die laagste en die verkoper die hoogste prys probeer kry. Ek wil dit hier terloops beklemtoon dat ek geen twis met die mediese hulpverenigings of hul verteenwoordigers het nie, want die onderhandelinge het nog altyd in 'n goeie gees geskied. Die ooreenkomste wat bereik is, het egter nog altyd 'n mate van ontevredenheid by sommige aan albei kante gelaat. Aan die kant van die dokters is dit maar net 'n menslike reaksie as probeer word om die tarief so hoog moontlik te stel wanneer die moontlikheid bestaan dat beheer daarvoor deur wetgewing uitgeoefen gaan word. 'n Mens kan nie die gevolgtrekking weerstaan nie dat sodra beheer ingestel word, die artikel wat beheer word vir die verbruiker duurder word. In daardie geval word die werklike doel van die voorgenome wetgewing, naamlik om die mediese hulpfondsstelsel uit te brei, veridel. Onlangs het die Mediese Vereniging 'n deeglike en grondige ondersoek ingestel om redelike gelde vir die verskillende dienste neer te lê. Selfs hierdie poging wat baie tyd en baie studie geëg het, het nie by almal byval gevind nie en daar word nog hieroor beraadslaag.

Wat Gebeur in Ander Lande?

Omdat die moontlikheid van Staatsinmenging nie uitgesluit is nie, is dit goed dat ons kennis neem van wat in ander lande gebeur en so moontlik lesse daaruit leer. Terloops moet ek meld dat ons lidmaatskap van die Mediese Vereniging van die Wêreld belangrik is want sulke vraagstukke word by byeenkomste bespreek. Verslae wat by byeenkomste van die liggaam gelewer is, toon dat Mediese Verenigings steeds op hul hoede moet wees om aandag te gee aan Regeringsmaatreëls wat hulle moontlik kan raak. In Brittanje bestaan 'n Staatskema waarin die dokter 'n bedrag ontvang vir elke persoon wat op sy lys is (sg. paneeldokter). Dinge is daar nie al te pluus nie en 'n massabedanking van dokters is slegs afgeweer deur 'n ver-

betering (ook maar gedeeltelik) in die besoldiging. In verskeie lande moes daar ferm opgetree word om probleme te oorkom. In Swede moes dokters dreig om te bedank en om nuwe aanstellings te boikot wat die owerhede wou nie instem om selfs te onderhandel nie. Die dokters het hul saak gewen. In Italië wou die regering alle hospitale oorneem en die dokters sou voltydse amptenare word, wat op niks anders neerkom as nasionalisering van geneeskundige dienste nie. Die Italiaanse Mediese Vereniging was van voorneme om die plan hand en tand te beveg. Die uitslag is my nie bekend nie. Die omwenteling in België is seker aan almal bekend, waar die regering met sekere wetgewing voor 'n dag gekom het wat die beroep op die verkeerde voet gevang het. Afgesien van geldelike oorwegings was daar ook ander vraagstukke. Die toestand daar het bewys gelever van die swaakheid en gevare wanneer daar gebrek aan één soliede Mediese Vereniging is. Die Belgiese Vereniging het geveg vir en ook eindelik verkry die vrye keuse van dokter, vrye keuse van behandeling en professionele geheimhouding. Alle lande heg waarde aan die onafhanklike ooreenkoms tussen dokter en pasiënt en nie die vasstel van tariewe deur 'n regering nie. 'n Samehangende en doelgerigte Mediese Vereniging behoort sy beginsels te kan handhaaf maar swaakheid en inwendige verdeeldheid is tot voordeel van die teenstander.

Nog een laaste voorbeeld. Die Kanadese Mediese Vereniging is nie ten gunste van 'n verpligte Staatsgesubsidieerde mediese versekeringstelsel nie, maar liever van onafhanklike vrywillige skemas. Die Staat kan as hy wil die mindergegoedes help om hul premies te betaal. In een provinsie wou die Regering 'n verpligte Staatskema instel waarteen die dokters heftig geprotesteer het. Eienaardig genoeg word die standpunt van die Mediese Vereniging gesteun deur die Eerste Minister van die Provinsie Alberta. Hy maak melding van 'die listige spervuur van sosialistiese propaganda waaraan die samelewing in die jongste tyd blootgestel is, wat die openbare besorgheid oor individuele vryheid afstomp het en wat trouens die verdediging van daardie vryheid as 'n ondeug eerder as 'n deug voorstel'. Nadat hy aangetoon het watter enorme bedrag 'n Staatskema sal kos, wys hy daarop hoedat in 'n skema waarvoor die Staat die volle geldelike verantwoordelikheid dra, misbruik onvermydelik intree in die vorm van oormatige eise wat op geneeshere geplaas word. Die publiek kan nie die walse filosofie voorgedra word dat mediese dienste 'n reg is waarvoor 'n persoon geen direkte persoonlike verantwoordelikheid het nie sonder dat 'n houding by hulle gekweek word wat daartoe lei dat hulle alles wat hulle kan van die sogenaamde 'reg' eis, ten koste van die Staat.

Waarheen lei dit Alles?

U sal vra waarheen dit nou alles lei? Ek het probeer om die agtergrond te skets wat aanleiding tot my gevolgtrekkings gegee het en waarop my mening gebaseer is. Ek moet net hier noem dat ek met opset nie melding gemaak het van die Mediese Planne wat deur dokters bestuur word nie, want hul bestaan is 'n huishoudelike aangeleentheid van die medici en daar is geen ooreenkoms met 'n derde party nie.

Die Mediese Vereniging is ten gunste van die vrye toegang van pasiënt tot dokter en andersom (gepaard met ope kompetisie en private inisiatief) en 'n persoonlike verhouding in verband met dienste en rekenings. Om dit te behou is daar volgens my mening slegs één weg wat die Mediese Vereniging moet volg en dit is om weg te doen met die huidige tarief vir mediese hulpverenigings en alle ooreenkoms met mediese hulpverenigings en wel om die volgende redes:

1. Die moeilikheid om 'n bevredigende tarief daar te stel. Dit is duidelik dat geen tarief almal gaan tevrede stel nie. Dit kan vir 'n groot deel van die publiek onekonomies wees om die premies te betaal vir 'n tarief wat hoog genoeg is om elke dokter te pas. Aan die anderkant, as die tarief vir 'n groot aantal dokters nie aanneemlik is nie en hulle hul daarvan onttrek, sal dit belaglik wees om aan te hou met onderhandelings i.v.m. 'n tarief wat net vir 'n klein klompie van toepassing sal wees.

2. Die onmoontlikheid om beheer uit te oefen oor die inkomstegroepe waaraan lede van mediese hulpverenigings behoort en die verleentheid wat geskep word vir beide die hulpvereniging en die dokter as die inkomstepeil van 'n lid in twyfel getrek word.

3. Beëindiging van die vir my onwaardige onderhandelings met die verteenwoordigers van mediese hulpverenigings oor gelde.

4. Die verwydering van 'n derde party, naamlik die fonds, in die persoonlike verhouding tussen dokter en pasiënt.

5. Geneeshere sal, soos tevore die geval was, hul rekenings lewer volgens die pasiënt se finansiële posisie en hul tradisionele diskresie in dié verband bly ongestoord. Pasiënte kan aan fondse behoort wat hulle help om hul rekenings te betaal en die fondse hoef nie inkomstebeperrings op hul lede te plaas nie. Terselfdertyd sal die kwessie van vraag en aanbod die peil van doktersgelde bepaal, sonder die agtergrond van gewaarborgde betaling, wat 'n verkeerde invloed uitoefen op die hoeveelheid dienste wat gelever word. Moontlik kan 'n stelsel ontwikkel word waardeur mense siekteversekering kan uitneem vir 'n bepaalde jaarlikse bedrag in verhouding tot die premie wat die persoon kan bekostig.