

**“Wie moet sorg?”
Gesondheidsbeleid en Mediese Fondse in Suid-Afrika en
Gemenebeslande in Vergelykende Perspektief, 1900-1970**

*Grietjie Verhoef**

Inleiding

In Suid-Afrika is daar 'n geskiedenis van privaat gesondheidsvoorsiening of gesondheidsversekering sonder dat owerheidsbefondsing daarvoor aangewend is. Eers in 1967 toe die Wet op Mediese Skemas, Nommer 72, aangeneem is, het die staat onderlinge gesondheidsvoorsieningskemas erken en begin reguleer. Sedert 1967 het owerheidsregulering deur middel van genoemde wetgewing geweldig toegeneem, maar 'n algemene gesondheidsversekeringskema is nie vir die hele bevolking ingestel nie. Sodanige gesondheidsversekeringskema sou meebring dat omvattende owerheidsbefondsing uit belastinginkomste aangewend sou moes word om alle Suid-Afrikaanse burgers onder die mediese versorgingsnet in te sluit. Na die regeringsoorname van die swart meerderheidsregering in 1994 is groot gewag daarvan gemaak dat die nuwe regering die bestaande gefragmenteerde gesondheidsorgbedeling sou omskep in 'n nasionale gesondheidskema, in ooreenstemming met die Britse gesondheidsversekeringsmodel. Dit was egter gou duidelik dat ontoereikende fondse vir so 'n ambisieuse skema beskikbaar sou wees. Die uitkoms was 'n kompromisplan gebaseer op primêre en voorkomende gesondheidsorg deur die staat by staatshospitale vir diegene wat op grond van 'n middeletoets daarvoor kwalifiseer.¹

Die geskiedenis van voorsiening vir onvoorsiene mediese uitgawes toon egter dat daar sterk teenkating teen welvaartstaatsinmenging in die aanbieding van mediese voorsorg was. Die geskiedenis van onderlinge hulpverenigings in Brittanje is self 'n goeie voorbeeld van inisiatiewe om selfversorgendheid in mediese voorsiening te bewerkstellig. In Kanada en Australië het die privaatopsie vir die voorsiening in mediese behoeftes die instelling van sentrale owerheidskemas tot laat in die twintigste eeu

* Grietjie Verhoef is Professor in Geskiedenis by die Universiteit van Johannesburg en spesialiseer in ekonomiese geskiedenis, veral sakegeskiedenis.

1. N. Söderlund and B. Hansl, "Health Insurance in South Africa: an empirical analysis of trends in risk-pooling efficiency following deregulation", *Health Policy and Planning*, 15, 4, 2000, p 378.

teengestaan. Die twee modelle vir die voorsiening van mediese sorg was enersyds die privaat voorsieningskemas, waar die verantwoordelikheid vir mediese uitgawes deur die individu geneem word, en andersyds die welvaartsmodel, waar die sentrale owerheid voorsiening maak vir die lewering van mediese sorg en by wyse van openbare belasting daarvoor betaal.

Die ontwikkeling van mediese voorsiening in Suid-Afrika het egter net gedeeltelik die voorbeeld van Brittanje en ander voormalige Britse kolonies gevolg. In hierdie artikel word eers ondersoek na die voorsiening van mediese sorg in Brittanje en Britse koloniale gebiede in Afrika ingestel, waarna na die stigting van die Civil Service Medical Benefit Association (CSMBA) as 'n voorbeeld van mediese sorgvoorsiening in 'n Britse kolonie, naamlik die Transvaal, verwys word. In die volgende gedeelte word die ontwikkeling van mediese gesondheidsversekering in ander Britse dominiums in vergelykende perspektief gestel. In die laaste gedeelte word die invloed van die oorlogse omvattende sosiale sekuriteitsbenadering in Brittanje op die Britse Ryk, asook Suid-Afrika, ondersoek. Die vraag ontstaan waarom Suid-Afrika nie ook 'n algemene gesondheidstelsel vir die hele bevolking ingestel het nie.

Mediese voorsiening in Britse koloniale gebiede gedurende die negentiende eeu: Britse protektorate en kolonies in Afrika

Die manifestering van epidemiese aansteeklike siektes in gebiede van menslike konsentrasie, soos stedelike gebiede, het daartoe gelei dat owerhede begin het om gesondheidstoestande te reguleer. Industrialisasie het grootliks tot onhigiëniese stedelike bevolkingskonsentrasies en gevolglik ernstige gesondheidsprobleme bygedra. Die staat het tussen die agttiende en twintigste eeu as kampvegter vir die reg van die burger op gesondheid na vore getree:

The story of public health was, ... one of triumph of knowledge over ignorance, cultural enlightenment over barbarism and the emancipation of modern society from the primitive bondage of disease. In this way public health exemplified the political vision which Rosen and the other like-minded intellectuals of his era shared of the historical march towards rational government. It was a political philosophy which reflected a mid-twentieth century belief in the power of scientific logic to bring about the rational organization of society through comprehensive planning of economic, social and medical relations.²

2. D. Porter (ed), *The History of Public Health and the Modern State* (Clio Medica/26, Amsterdam, 1994), p 2.

Die gesondheid van gemeenskappe was die voorwaarde vir die voortbestaan van menslike samelewings en dus het die staat geleidelik na vore getree om gesondheidstoestande te reguleer en te beheer. Tydens die Verligting het die gedagte van die “rewolusionêre” staat ontwikkel met die opvatting dat gesondheid een van die regte van die individu was. Die utilitêre politieke ekonomie van die agttiende eeu het geleer dat daar ekonomiese waarde in die voorkoming van voortydige mortaliteit opgesluit was. Gevolglik het dit die taak van die staat in die geïndustrialiseerde samelewing van die negentiende eeu geword om openbare gesondheid te bestuur.³ In Brittanje is reeds sedert die laaste helfte van die agttiende eeu met veldtogte begin om die persoonlike higiëne van armes te verbeter, tronke beter te bestuur en krotomstandighede en sanitasie in stedelike gebiede op te knap. Die debat gedurende die agttiende en vroeë negentiende eeu in Brittanje het hoofsaaklik om die idee gewentel dat siekte bekamp kon word deur armoede te verlig, maar dit het gou duidelik geword dat die *poor laws* die waardigheid van die ontvangers daarvan ondermyn het. Teen die tweede helfte van die negentiende eeu het beleid in Brittanje ontwikkel dat die plaaslike regering openbare gesondheid moes bevorder deur algemene higiëniese toestande te skep. Geleidelik het dit begin gebeur dat professionele persone in openbare gesondheidsorg na vore getree het.⁴ Dit was hierdie soort openbare gesondheidsorg wat ook in Britse koloniale gebiede aangebied is. Die voorsiening van openbare gesondheid moet bestudeer word as ’n weerspieëling van sosiale verhoudinge in die samelewing. In Brittanje het die openbare besorgdheid oor openbare gesondheid in 1911 uitgeloop op die promulgering van die *National Insurance Act*.⁵ Hierdie universeel toegepaste nasionale gesondheidsorgmodel is redelik ooreenstemmend in Kanada nagevolg, maar nie in Suid-Afrika nie en ook nie tot baie laat in die twintigste eeu in Australië nie.

Teen die einde van die negentiende eeu het die Britse koloniale administrasie in gebiede in Afrika algemene gesondheidsorgdienste aan koloniale amptenare en die koloniale gemeenskap verskaf in hospitale wat met die uitsluitlike doel opgerig is om gesondheidsorg in protektorate

3. C. Hamlin, “State Medicine in Great Britain”, in Porter (ed), *The History of Public Health*, pp 132-134.
4. Hamlin, “State Medicine in Great Britain”, pp 134-154.
5. M. Dupree, “Other than Healing: Medical Practitioners and the Business of Life Assurance during the Nineteenth and Early Twentieth Centuries”, *The Society for the Social History of Medicine*, 10, 1, 1997, p 91; J. Lane, *A Social history of medicine. Health, Healing and Disease in England, 1750-1950* (Routledge, New York, 2001), pp 79, 202.

en kolonies te verskaf. Die Koloniale Kantoor in Londen was besorg oor die algemene vlak van sosiale welsyn in haar protektorate in Afrika, veral oor die posisie in Betsjoeanaland, Njassaland en Swaziland. Die Koloniale Kantoor het beklemtoon dat meer opvoedkundige fasiliteite opgerig moes word om die plaaslike gemeenskap op te lei ten opsigte van gesondheids- en maatskaplike aangeleenthede, “... *particularly in medicine, agriculture, forestry and animal husbandry*”.⁶ Dit was die verantwoordelikheid van die mediese departemente van die protektorate om na die algemene gesondheid van die koloniale gemeenskap om te sien. Die Koloniale Kantoor het egter aangevoer dat die gesondheidsorg van nie-amptelike koloniale inwoners, dit wil sê privaat Britse setlaars wat hulle in die protektorate gaan vestig het en nie in diens van die koloniale administrasie was nie, nie die verantwoordelikheid van die Koloniale Kantoor of die koloniale administrasie was nie. Britse setlaars is wel toegelaat om die hospitale wat vir die koloniale gemeenskap opgerig is, te besoek en deur die mediese amptenare behandel te word, maar dit moes op eie koste en na-uurs geskied. Die Koloniale Kantoor het verduidelik dat:

*The Government [of Nyassaland] does not accept any responsibility for providing hospital accommodation or medical attention for the unofficial European community ... This system is followed also in the British dependencies in Central and Southern Africa.*⁷

’n Uitgerekte briefwisseling het oor hierdie saak tussen die Koloniale Kantoor (verteenwoordigend van die koloniale owerhede) en die Britse setlaars wat vrywillig in die protektorate woonagtig was, plaasgevind. Die Britse owerheid het aangevoer dat: “*Where Europeans or members of any other community can provide adequate medical aid from own resources, it is right that they do so.*”⁸ Die president van die Koloniale Mediese Advieskomitee het in sy verslag aan die agt-en-veftigste sitting van die Wetgewende Vergadering van Njassaland erken dat dit die verantwoordelikheid van die koloniale regering was om epidemies te bekamp en die uitbreek van voorkombare siektes te verhoed. Hy het wel ontken dat dit die verantwoordelikheid van die koloniale owerheid was om ’n volledige reeks mediese dienste aan die hele

-
6. Public Record Office (hereafter PRO), London: Colonial Office (hereafter CO) 525/176/7: Report of the Native Welfare Commission for the year ended 31 December 1937.
 7. PRO: CO 54247/25: Public Health Including Medical Services. Provision by the Government to non-officials.
 8. PRO: CO 525/176/1:44207: Letter: Colonial Office – Sir T. Stanton, 11 March 1938.

koloniale bevolking by die koloniale klinieke te voorsien. Die koloniale owerheid het privaat mediese praktisyns wel toegelaat om in die protektorate te werk. Die situasie het verskil sover dit die koloniale amptenare aanbetref het. Gratis mediese dienste is wel verskaf aan alle koloniale amptenare (*civil servants*) in die hospitale wat in die protektorate gebou is, as deel van hulle diensvoorwaardes wat in dienskontrakte wat met die Britse Koloniale Kantoor gesluit is, uiteengesit is. Artikel 2 van Hoofstuk 5 van die dienskontrak van staatsamptenare het bepaal dat die Britse regering vir mediese behandeling van Britse amptenare in ander mediese fasiliteite as koloniale hospitale sou betaal slegs indien toepaslike dienste nie in die betrokke plaaslike koloniale hospitaal beskikbaar was nie.⁹

Die uitgangspunt was duidelik nie dat die Britse regering verantwoordelikheid vir die mediese sorg van setlaars aanvaar het nie, maar dat “... *Government does its best to give adequate medical services to the whole community*”.¹⁰ Algemene mediese dienste is voorsien, maar setlaars moes self daarvoor betaal. Die Dominion Kantoor het dit soos volg verduidelik:

*Civil servants in the country [Swaziland] are only in the same position as regards medical allocation etc as ordinary citizens do not get special terms ex officio whereas the latter are given special terms ex officio at government hospitals and might reasonably expect to get the same special terms at the [Bremersdorp] hospital, which acted as government hospital for the Central District for all public medical purposes.*¹¹

Die veronderstelling was duidelik: mediese dienste is by staatshospitale aan amptenare en die gewone koloniale gemeenskap voorsien teen geen addisionele koste nie. Alle ander persone, dit wil sê setlaars, moes in hulle eie mediese behoeftes voorsien. Amptenare moes dit ook doen as hulle nie van die mediese dienste wat deur die mediese amptenare in die hospitale gelewer is, gebruik wou maak nie. Net wanneer mediese dienste in staatshospitale ontoereikend was, sou die koloniale owerheid vir mediese dienste wat elders gelewer is, betaal.

9. PRO: Dominion Office (hereafter DO) 35/424/6:11987/46: Letter: Deputy Secretary of Foreign Affairs Dominions Office – South African High Commissioner, 27 September 1935.

10. PRO: CO 525/176/1:44207: Report of the Colonial Advisory Medical Committee, 20 September 1938.

11. PRO: CO 335/424/6:11987/46: Letter: DO – H.R. Foyle, 17 September 1935.

Dit is waar dat mediese dienste in die protektorate in Afrika nie altyd voldoende was nie. Toestemming is dan ook gevra dat privaat mediese praktisyns of vrywillige organisasies toegelaat moes word om nuwe hospitaalfasiliteite op te rig, of om addisionele mediese toerusting aan te koop, of selfs dat met privaat eenaars van fasiliteite gekontrakteer kon word om daardie fasiliteite te gebruik om mediese dienste in die protektorate en kolonies te lewer.¹²

Vrywillige onderlinge hulpverenigings

In gebiede onder Britse koloniale beheer het vrywillige organisasies dus ontstaan, waardeur die lede onder meer voorsiening vir mediese uitgawes gemaak het. Die vrywillige organisasies het reeds gedurende die agttiende eeu hulle oorsprong in die Britse samelewing onder omstandighede van sosiale ontwrigting as gevolg van industrialisasie gehad. Die sogenaamde *friendly societies* het ontstaan as vrywillige organisasies onder verarmde stedelike gemeenskappe in die westelike gedeeltes van Engeland om self voorsiening vir onvoorsiene omstandighede, soos siekte of die dood van familieledede te maak. Hierdie organisasies het deel uitgemaak van die stryd teen armoede en was deur die agttiende en negentiende eeu van wesenlike belang in die lewering van mediese sorg en sosiale versekering aan werkers.¹³ Reeds in 1728 is 'n pamflet onder die stedelike werkersklas versprei om hulle aan te moedig om *friendly societies* of sogenaamde *box clubs* te stig om onderlinge hulp te verleen en minder afhanklik van owerheidsbesteding ingevolge die *poor laws* of welsynshulp te wees.¹⁴ In 1859 het Samuel Smiles opgemerk dat die selfhelp-organisasies in Brittanje gemotiveer is deur die drang om selfstandig te wees en op eie houtjie reg te kom, sonder die hulp van familie, welvarendes of die staat. Smiles het hierdie onafhanklikheid as 'n tipies Victoriaanse eienskap bestempel.¹⁵ Die *friendly societies* het gou gewild onder die stedelike werkersklas geword, omdat dit 'n meganisme was waardeur selfvoorsiening onafhanklik van die owerheid bevorder kon word.¹⁶

In die latere Britse kolonies van Suid-Afrika het soortgelyke vrywillige organisasies ontstaan as samelewingstrukture wat ontwrigte of

-
12. PRO: CO 583/313/7: Report of the Treasurer, Nigeria, 14 February 1950.
 13. Lane, *A Social history of medicine*, pp 68-81.
 14. P.H.J.H. Gosden, *Self-Help Voluntary Associations in Nineteenth-century Britain* (B.T. Batsford, London, 1973), pp 3-6.
 15. E. Hopkins, *Working Class Self-help in nineteenth-century England Responses to Industrialization* (UCL Press, London, 1996), p x.
 16. Hopkins, *Working Class Self-help in nineteenth-century England*, pp 6, 8-10.

verplaasde mense gehelp het om sosiale stabiliteit te herwin. Die skep van vrywillige organisasies in die Britse koloniale gemeenskap van byvoorbeeld die Kaapkolonie kan gesien word as 'n vorm van sosiale agentskap. In die Kaapkolonie het die eerste vrywillige organisasies of sogenaamde *friendly societies* reeds in die 1880's ontstaan. Teen 1882 het die Kaapkolonie die *Friendly Societies' Act* gepromulgeer en dit in 1892 en 1895 gewysig.¹⁷ In Natal was daar reeds in 1862 wetgewing om die werksaamhede van onderlinge hulpverleningsverenigings te reël.¹⁸ In die Kaapkolonie was een van die oudste onderlinge hulpverenigings die *De Beers Benefit Society*, wat vanaf 1889 bestaan het. Dié organisasie staan ook bekend as die oudste mediese skema in Suid-Afrika. Hoewel die De Beers Voorsieningsvereniging ook voordele vir ongeskiktheid en sterftes betaal het, was daar 'n sterk ooreenkoms met die wyse van mediese voorsiening wat later deur die CSMBA bedryf is. Die De Beers vereniging was geregistreer ingevolge die Kaapkolonie se Wet op Onderlinge Hulpverenigings van 1882 (die *Friendly Societies' Act*).¹⁹ Dit onderstreep die verwysingsraamwerk van die Engelssprekende gemeenskap: Engelse werkers was vertrouwd met *friendly societies* as vrywillige onderlinge hulpverleningsorganisasies en daarom het talle soortgelyke organisasies in gebiede onder Britse beheer ontstaan.

Die figuur van onderlinge hulpverleningsorganisasies was dus in ander kolonies onder Britse beheer bekend en is deur wetgewing geregleer. Hierdie organisasies het hoofsaaklik die rol van onderlinge voorsieningsverenigings vervul, wat finansiële en morele ondersteuning aan lede ten tye van nood, soos dood of siekte, verleen het. Die onvoorsiene koste wat met siekte of dood gepaardgegaan het, is deur hierdie soort organisasies ondervang. Die bestaan van sodanige organisasies dui op die bestaan van die verskynsel van selfvoorsiening en samelewingsvoorsorg. Die owerheid het nie in omstandighede van sosiale nood voorsien nie en soos wat dit uit die voorbeeld van protektorate en kolonies onder Britse beheer elders in Afrika gegeld het, het die Britse owerheid nie verantwoordelikheid aanvaar vir alle moontlike mediese behoeftes van “setlaars” of Britse burgers wat in die kolonies woonagtig was, maar nie Britse koloniale amptenare was nie. Die beginsel van sosiaal gegenereerde selfvoorsiening en eie

-
17. Kaapse Argiefbewaarplek (hierna KAB), Kaapstad: Treasury (hierna T) 995-3493: 1906; KAB: Auditor General (hierna AG) 1550-1582: 1904.
 18. Natalse Argiefbewaarplek (hierna NAB), Pietermaritzburg: Secretary's Office (hierna SO) 1859-1908/3965.
 19. De Beers Argief, Kimberley: G.E. Dally, *De Beers Benefit Society* (De Beers, Kimberley, 1989), p 3.

verantwoordelikheid vir onvoorsiene sosiale gebeurlikhede, het dus hier na vore gekom.

In die Transvaal en Oranje-Vrystaat was daar voor 1900 geen teken van vrywillige organisasies volgens die model van Britse *friendly societies* nie. Welsynswerk is deur die “bure” en die kerkgemeenskap verleen wanneer behoefte eie middele oorskry het. Die eerste verwysing na vrywillige organisasies soos aangetref in die Britse samelewing, het voorgekom nadat Britse beheer gedurende die Anglo-Boereoorlog gevestig is.²⁰ In 1905 het lord Milner na die bestaan van die *Civil Service Medical Benefit Association* van Johannesburg (CSMBA Johannesburg) verwys as ’n organisasie wat tot groot voordeel van sy lede gefunksioneer het.²¹ Dit was ’n vrywillige organisasie, geskoei op die grondslag van die sogenaamde *friendly societies*, wat tot stand gekom het om gemeenskaplike oogmerke te verwesenlik. Geen verdere rekords van die CSMBA Johannesburg²² kon in die Sentrale Argief gevind word nie. Dit is wel bekend dat dit in 1903 gestig is om, na die vestiging van Britse beheer in 1900, in die behoefte aan addisionele mediese ondersteuning van Britse koloniale amptenare in die Transvaal te voorsien.

Na die oorlog het die rekonstruksie-owerheid omvattende restourasiewerk gehad om na om te sien. Die omvang van bestaansvernietiging is welbekend. Een element van die rekonstruksie was die heropbou van ’n staatsdiens en dit het geskied op die lees van die Britse administrasies in ander koloniale gebiede in Afrika.²³ Hospitale moes herbou word en openbare gesondheidsdienste was aanvanklik beperk. Daar was geen omvattende openbare gesondheidstelsel nie. In Johannesburg het die mynmaatskappye mediese amptenare aangestel om na die gesondheidsbehoefte van mynwerkers om te sien. In 1913 het die mees vooruitstrewende mynmaatskappy, Rand Mines, ’n kundige vanaf die VSA gebring om hulp te verleen met die bekamping van siektes onder mynwerkers. Dit was deur sy toedoen dat Rand Mines in 1913 ’n

-
20. Vergelyk byvoorbeeld die volgende: Transvaalse Argiefbewaarplek (hierna TAB), Pretoria: Transvaal Provincial Division (hierna TPD) 518/1963; KAB: T 995/01/3493, 1906; NAB: Colonial Secretary’s Office (hierna CSO) 1859/01/1908/3965; TAB: Governor General (hierna GG) 1218/33/312. Hierdie dokumente handel oor aspekte van onderlinge hulporganisasies se werksaamhede in die verskillende kolonies.
 21. Sentrale Argiefbewaarplek (hierna SAB), Pretoria: CSO L-G Circular, 2 February 1905.
 22. Die CSMBA het nie ’n Afrikaanse naam gehad nie. Die opvolg-organisasie in Pretoria het ook slegs onder die Engelse naam tot die vroeë vyftigerjare gefunksioneer.
 23. *The Public Servant*, 1921, pp 59-61.

gesondheidsamptenaar (*Medical Officer of Health*) aangestel het en as ’n gesamentlike inisiatief met die Kamer van Mynwese, die Suid-Afrikaanse Instituut vir Mediese Navorsing gestig het.²⁴ Al mediese dienste wat in die kolonies deur die koloniale administrasie voorsien is, was in die hospitale, waar tussen koloniale amptenare en privaat persone, oftewel, koloniale onderdane of setlaars onderskei is.

Lord Milner het aanvanklik die Britse administrasie van die Transvaal in Johannesburg gevestig, want hy het Johannesburg se meer gematigde klimaat bo dié van Pretoria verkies, maar na 1905 is die totale rekonstruksie-administrasie na Pretoria oorgeplaas, toe die kantoor van die luitenant-goewerneur na Pretoria verskuif is. Die daaglikse werksaamhede van die administrasie is grotendeels aan die luitenant-goewerneur oorgelaat.²⁵ Die administrasie van die Transvaal het weldra die eienskappe van die Britse koloniale administrasie van ander koloniale gebiede in Afrika weerspieël: die staatsdiens het onder die beheer van ’n koloniale kantoor, met ’n tesourier en verskeie staatsdepartemente gestaan. Daar was onder meer die volgende staatsdepartemente: Handel en Nywerheid, Spoorweë, Hawens en Openbare Werke, Myne, Landbou, Justisie, Naturellesake, Pos-en Telegraafwese, Polisie en Verdediging, en Onderwys.

Die luitenant-goewerneur het aanvanklik die werksaamhede van die CSMBA in Johannesburg onder sy beskerming laat plaasvind, deurdat die organisasie toegelaat is om in sy kantoor te vergader en onder sy beskerming te organiseer. Nadat die kantoor van die luitenant-goewerneur na Pretoria oorgeplaas is, het hy ook die staatsamptenare daar aangemoedig om ’n soortgelyke organisasie te stig. Die CSMBA is hoog deur die luitenant-goewerneur aangeslaan en hy het in dieselfde omsendskrywe waarin hy die werksaamhede van die CSMBA aangeprys het, volledig uiteengesit hoe die vereniging georganiseer was, hoe dit gefunksioneer het en wat die kostestruktuur daarvan was. Dit was uiteindelik onder die beskerming van die koloniale sekretaris vir Transvaal wat staatsamptenare in Pretoria op 9 Februarie 1905 in die sentrale landdroskantoor vergader het om die betoog van staatsamptenare in Johannesburg rakende die stigting van ’n CSMBA vir Pretoria se staatsamptenare aan te hoor. Twee lede van die CSMBA (Johannesburg), naamlik James Burns, die rekenmeester-generaal en E.H. Tamplin, die

24. S. Marks and H. Andersen, “Industrialization, Rural Health, and the 1944 National Health Services Commission in South Africa”, in S. Feierman and J.M. Janzen (eds), *The Social Basis of Health and Healing in Africa*, (Oxford University Press, Berkeley, 1992), pp 133-135.

25. C. Headlam, *The Milner Papers. South Africa, 1899-1902 II* (Cassel and Company, London, 1909), pp 274-275.

sekretaris van die Johannesburgse vereniging, het spesiaal die reis Pretoria toe onderneem om die reëls van die vereniging aan die Pretoriase amptenare te verduidelik en om verdere inligting oor die funksionering van die organisasie oor te dra. Die Johannesburgse CSMBA het gratis dekking vir mediese en tandheelkundige besoeke toegestaan. Medisyne en kosmetiekware is teen 'n maandelikse fooi verskaf. Vir mans (enkel of getroud) was die fooi 4 sjielings, vir vroue 2 sjielings en vir kinders 1 sjieling. 'n Aansoekfooie van 10 sjielings was op aansoek betaalbaar.

Hierdie voorlegging het die amptenare in Pretoria beïndruk en daar is besluit om 'n CSMBA te stig. 'n Komitee is terselfdertyd in die lewe geroep om die reëls vir die vereniging op te stel. Die voorlopige komitee is so saamgestel dat dit verteenwoordigers van verskillende staatsdepartemente ingesluit het. Die eerste vergadering van die komitee het op 13 Februarie 1905 in die kantoor van A.E. Basden plaasgevind. Hy is ook tot voorlopige sekretaris verkies. Dit was die komitee se doel om konsepreëls vir 'n voorgename algemene vergadering van potensiele lede op 23 Februarie 1905 gereed te hê. Die Pretoria CSMBA het homself dus op die voorbeeld van sy voorganger in Johannesburg geskoei. Die oorspronklike notule van die stigtingsvergadering bestaan ongelukkig nie in die Medihelp Argief (MA) nie. Dit blyk egter uit die korrespondensie van die kantoor van die koloniale sekretaris, dat die voorlopige komitee onmiddellik begin het met die werwing van nuwe lede. Briewe is ook uit die koloniale sekretaris se kantoor aan die verskillende staatsdepartemente gestuur om die reaksie op die stigting van die nuwe organisasie te peil. Die komitee het op 20 Februarie 1905 aansoek gedoen om die reëls van die vereniging op staatskoste te laat druk. Die koloniale sekretaris het self aan die hoofde van staatsdepartemente geskryf om te vra dat die konsepreëls onder amptenare versprei word.²⁶

Die organisering van die CSMBA (Pretoria) het skynbaar goed gevorder, want op 27 Maart 1905 het die kantoor van die luitenant-goewerneur opdrag gegee dat die organisasie amptelik geregistreer moes word. Die registrasie sou ingevolge Ordonnansie 56 van 1903, 'n spesiale ordonnansie vir die registrasie van verskillende soorte verenigings, geskied. Die Registrateur van Maatskappye het registrasiesertifikate aan organisasies uitgereik wat nie vir winsbejag geregistreer het nie. Sodanige organisasies kon bates en vaste eiendom koop en verkoop, verhuur of oordra in hulle eie naam, solank dit in ooreenstemming met die organisasie se reëls geskied het. Sulke organisasies het dus die status van regspersone geniet, hulle kon optree onder die bestuur van 'n verkose

26. SAB: CO, Circular of the Colonial Secretary, 14 February 1905.

komitee en die CSMBA (Pretoria) het dus aan al die vereistes voldoen. Al wat moes gebeur, was amptelike registrasie.²⁷ In Pretoria is ’n vrywillige organisasie gestig volgens die voorbeeld van die Britse *friendly societies*, soos wat dit reeds onder Britse onderdane in ander Britse kolonies bestaan het.

Hierdie ontwikkeling dui daarop dat die Britse owerheid in die Transvaal dieselfde beleid gevolg het as in haar ander kolonies, naamlik om algemene gesondheidsdienste in hospitale te verskaf, maar van koloniale inwoners te verwag om self in mediese dienste wat hulle naas die gewone hospitaalsorg sou benodig, te voorsien. Naas die voorsiening van mediese dienste in hospitale, was die sogenaamde “hospitaalstelsel”²⁸ met privaat mediese dienste dus beskikbaar, maar op eie koste. In die Transvaal het die vernietiging van die oorlog egter die herstel van ’n omvattende gesondheidstelsel bemoeilik. Die algemene gesondheids-toestand van Pretoria en sy mense was nie na wense nie. Reeds voor die ontstaan van die CSMBA (Pretoria), is die Pretoriase Hospitaal in 1887 gebou. Laidler en Gelfand het verklaar dat higiëniese toestande in Pretoria swak was: “*That the inhabitants of Pretoria were not prey to half the diseases in the catalogue of the physician was due to the general suitability of climate.*”²⁹ ’n Komitee is in 1887 in die lewe geroep om toe te sien dat ’n hospitaal gebou word. Dit het die volgende persone ingesluit: Sammy Marks, T.W. Beckett, generaal Piet Joubert en dokter Gordon Messum. Vroue het ’n basaar gehou en £1 500 daarvoor ingesamel, en die Volksraad het elf erwe geskenk om die volkshospitaal op te bou. Na die oorlog moes die hospitaal herbou word, want dit kon nie langer in die behoefte van die groeiende bevolking en die groter koloniale administrasie voorsien nie.

Die besettingsadministrasie in die Transvaal het in ooreenstemming met die ontwikkelingsgang in ander gebiede onder Britse beheer, sekere mediese dienste in hospitale voorsien. Die owerheid het nie sentrale algemene mediese sorg verskaf nie. Die owerheid het wel ’n oorkoepelende toesighoudingsrol vervul deur beleid ten opsigte van algemene higiëne neer te lê. Die privaatkomponent van mediese

-
27. SAB: CS, Letter: Colonial Secretary – Assistant Colonial Secretary, 20 February 1905; SAB: CS, Letter: Lieutenant-Governor’s Office – Assistant Colonial Secretary, 27 March 1905.
 28. S. Marks, “South Africa’s Early Experiment in Social Medicine: Its Pioneers and Politics”, *American Journal of Public Health*, 87, 3, 1997, p 452.
 29. P. Laidler and M. Gelfand, *South Africa – It’s Medical History, 1652 – 1989* (Struik, Kaapstad, 1971), pp 406-407.

sorgvoorsiening het dominant gebly en met verdrag uitgekering om ook ander sektore as bloot die owerheidsektor in te sluit.

Gesondheid en mediese voorsiening in Gemenebeslande na 1860

In ander Britse kolonies, later dominiums, het die voorsiening van mediese dienste vanaf die begin van die twintigste eeu uiteenlopend verloop. Die Britse voorbeeld van openbare gesondheidsvoorsiening is met variasie in die Britse dominiums toegepas. In Kanada, na die totstandkoming van die konfederasie ingevolge die British North America Act in 1867, is die verantwoordelikheid vir die voorsiening van “openbare gesondheid” aan plaaslike owerhede opgedra. Dit was die verantwoordelikheid van die munisipaliteite van dorpe en stede om toe te sien dat openbare gesondheidsstandaarde gestel, toegepas en fasiliteite vir die lewering van basiese gesondheidsdienste beskikbaar gestel word.³⁰ Met verdrag is gesondheidsdienste deur plaaslike sowel as provinsiale owerhede gelewer, waardeur daardie verskillende owerheidsvlakke kennis en ervaring kon opdoen oor die gesondheidsbehoefes van die verskillende gemeenskappe. Daar was, soos in Suid-Afrika, baie beperkte wetgewing wat gesondheidsdienste geregleer het.

Met die toename in industriële ontwikkeling teen die einde van die negentiende en die begin van die twintigste eeu, merk Amyot op dat die meeste primêre gesondheidsorg steeds privaat deur veral nonne voorsien is. Die nonne het hospitale geopen en verplegingsdienste aan die inheemse, asook die setlaargemeenskappe gelewer.

Programmes of community, school and home nursing, followed by home care of communicable diseases and tuberculosis, were first developed in the large cities.³¹

Die tipiese probleme wat gepaardgegaan het met verstedeliking, soos besoedeling, oorkonsentrasie van mense in ontoereikende spasies, onvoldoende behuising en sanitasie, en ontoereikende watervoorsiening, het bygedra tot 'n groter voorkoms van siektes in Kanadese stede. Ekonomiese geleenthede het egter toegeneem en die owerheid het opgetree wanneer die hele gemeenskap, beide die werkersklasse asook

-
30. R. Attenborough, “The Canadian Health Care System: Development, Reform, and Opportunities for Nurses”, *Journal of Obstetrics, Gynaecology Neonatal Nursing*, 26, 2, March-April 1997, pp 229-231; A. Maioni, “... the Right Kind of Failure: Postwar National Health Insurance Initiatives in Canada and the United States”, *Journal of Health Politics Policy and Law*, 20, 1, 1995, pp 7-8.
31. G.F. Amyot, “Some historical highlights of Public Health in Canada”, *Canadian Journal of Public Health*, 58, 8, 1967, pp 37-341.

die middelklas, deur swak gesondheidstoestande geraak is. Die federale regering het wel maatreëls geïmplementeer om immigrante te keur en voedselproduksie en -bemarking te reguleer.³² Dit was egter eers teen 1919 dat 'n Federale Departement van Gesondheid tot stand gekom het. Daarna het Kanada nader aan die navolging van die Britse model beweeg om watervoorsiening, sanitasie, voedselinspeksie, afvalverwydering, epidemiologie en oordraagbare siekte-aanmelding sentraal te administreer. Die oogmerk was om met die sentrale administrasie van sodanige dienste openbare gesondheid te bevorder deur die rol deur gesondheidsowerhede op 'n munisipale en distriksgrondslag te vervul.³³

Hoewel die eerste voorstel vir die voorsiening van gesondheidsdienste op federale vlak reeds in 1919 deur die Liberale Party in Kanada ingedien is, het dit tot 1968 geduur voordat die *Medical Care Act* gepromulgeer is. Dié wet het voorsiening gemaak vir die instelling van algemene verpligte gesondheidsversekering vir alle Kanadese. Tot 1968 was gesondheidsorg 'n “privaat” aangeleentheid of 'n persoonlike verantwoordelikheid. Algemene verpligte gesondheidsversekering is wel reeds kort na die inisiatiewe van die Beveridge-verslag van 1942 in Brittanje, selektief in sekere Kanadese provinsies ingevoer,³⁴ maar nie op nasionale vlak nie.

Die slagspreuk in Kanada was “gelyke toegang” tot mediese sorg. Daar is begin met die lewering van mediese hulp deur middel van privaat versekeringskemas. Alle Kanadese burgers wat by die privaat skemas aangesluit het, het toegang daartoe gehad. Die stedelike middelklas het gretig daaraan deelgeneem, maar die verarmde deel van die bevolking was daarvan uitgesluit. In navolging van die algemene Britse model sedert die negentiende eeu, het Kanada na die Depressie en die Beveridge-verslag met 'n plan vorendag gekom om 'n nasionale gesondheidskema in te stel. Dit het voorsiening gemaak vir nasionaal omvattende dekking deur die staat, maar die *Canada Medical Association* (CMA) het geweldig beswaar daarteen gemaak. Mediese versekering het gevolglik deur die 1930's en 1940's 'n privaat inisiatief gebly, totdat die wet in 1968 aangeneem is om vir staatsondersteunde verpligte mediese versekering vir alle Kanadese voorsiening te maak.³⁵

32. J. Cassel, “Public Health in Canada”, in Porter (ed), *The History of Public Health*, p 289.

33. Cassel, “Public Health in Canada”, pp 288-292.

34. Byvoorbeeld: Saskatchewan, 1948.

35. Cassel, “Public Health in Canada”, pp 300-301.

In Australië en Nieu-Seeland is die Britse model nagevolg, maar nie noodwendig teen dieselfde tempo as in Brittanje nie. Die aandag het op openbare gesondheid geval, met spesifieke klem op die gesondheid van die Anglo-Saksiese deel van die bevolking. Die algemene sanitasie hervormingswetgewing van die negentiende eeu in Australië en Nieu-Seeland was in ooreenstemming met die Britse wetgewing van 1848 en 1875, maar 'n staatsdepartement belas met openbare gesondheid is eers in 1901 in Nieu-Seeland gestig en in 1906 met die Departement van Hospitale saamgevoeg. In Australië is die ses state in 1901 in 'n federasie verenig en eers in 1921 is 'n federale Departement van Gesondheid op die been gebring. Die aandag van die gesondheidsowerhede in beide lande was egter hoofsaaklik op kindergesondheid en voorligting aan moeders toegespits. In ooreenstemming met die patroon in Kanada, is die openbare gesondheidsbeleid wel sentraal deur die federale regering geformuleer, maar nie die lewering van gesondheidsdienste nie. Die teenstand teen té ingrypende sentrale regeringsbeheer in gesondheidsvoorsiening, was sterk in daardie setlaarsgemeenskap.³⁶

Na die Tweede Wêreldoorlog het die fokus na die daarstelling van 'n nasionale gesondheidsdiens verskuif.³⁷ In Nieu-Seeland het die Arbeidersregering gedurende die dertigerjare probeer om gratis mediese dienste in hospitale in te voer, maar sterk teenstand van die mediese profesie gekry. Dit het uiteindelik gelei tot die ontwikkeling van 'n baie sterk privaat gesondheidsdiens (waar privaat praktisyns teen professionele fooie dienste gelewer het), naas 'n ongewilde en ontoereikende hospitaaldiens: “*On the contrary, private hospitals grew in popularity as public hospitals were left to run down.*”³⁸

Die teenkanting teen die ouwêreldse paternalisme in Australië en Nieu-Seeland verklaar waarom 'n nasionale gesondheidsdiens nie op dieselfde tyd as in Brittanje in die twee gebiede ontstaan het nie. Dit was sprekend van die sterk onafhanklikheidsin van setlaarsgemeenskappe in reaksie op imperiale dominasie en Britse paternalisme. Ook in Australië was pogings om 'n nasionale gesondheidsdiens wat deur die direkteur-generaal van Gesondheid in 1948/1949 geadministreer is, in te stel, onsuksesvol. Die praktyk in Australië was eerder dat inwoners aan *friendly societies* behoort het – teen 1938 het ongeveer 29 persent van die

36. J. de Voe and S.D. Short, “A Shift in the Historical trajectory of medical dominance: The case of Medibank and the Australian doctors’ lobby”, *Social Science and Medicine*, 57, 2000, pp 343-353.

37. L. Bryden, “A New World? Two Hundred Years of Public Health in Australia and New Zealand”, in Porter (ed), *The History of Public Health*, pp 15-322.

38. Bryden, “A New World?”, p 323.

Australiese bevolking aan sodanige vrywillige organisasies behoort om hulle met mediese uitgawes behulpsaam te wees.³⁹ Toe die owerheid in 1949 'n nasionale gesondheidsdiens wou instel, het die hooggeregshof in Australië beslis dat die instelling van 'n nasionale gesondheidsversekeringskema deur die federale regering 'n oorskryding van die federale regering se wetgewende bevoegdheid was en die skema is geskrap.⁴⁰ Die mediese professie het ook hewig beswaar teen owerheids-gesteunde mediese dienslewering aangeteken. Gray verduidelik: “*It [the medical profession] opposed government sponsorship of any service that would provide care for persons during ‘sickness, injury or childbirth’.*”⁴¹

In 1949 het die Australiese regering wel besluit om 'n subsidie aan diegene te betaal wat vrywillig gesondheidsversekering uitgeneem het – openbare fondse is dus aangewend om privaat gesondheidsvoorsiening te subsidieer. Daar was nie sprake van 'n algemene of nasionale gesondheidsversekeringsstelsel, soos wat in Kanada ontwikkel het nie. Die sosiale gewoonte was om in eie welsynsbehoefte te voorsien. Keen het bevind dat daar in Australië sedert die middel van die negentiende eeu, toe die uitvoer van gevangenes na Australië grootliks ten einde geloop het, 'n sterk tradisie van vrywillige organisasies teenwoordig was. Teen die middel van die negentiende eeu het die getalle van vrywillige nedersetters (setlaars), dié van gevangenes in Australië begin verbystee. Hierdie vrywillige setlaars was Britse onderdane, afkomstig van die Britse industriële samelewing, waar vrywillige organisasies 'n belangrike sosiale ondersteuningsnetwerk gevorm het om in gesondheids- en sterftebehoefte te voorsien. In Australië het die setlaarsgemeenskap hulle ook op hierdie vrywillige organisasies (soortgelyk aan die *friendly societies*) verlaat om hulle finansiële met mediese uitgawes by te staan.⁴² Eers in die 1970's is nasionaal-omvattende gesondheidsversekering in Australië ingestel. Medibank (1975) en Medicare (1983) het vir nasionaal-omvattende gesondheidsversekering voorsiening gemaak.

Die voorsiening van owerheidsondersteuning vir mediese dienste in Kanada, Australië en Nieu-Seeland het skerp teenkating van die mediese professie uitgelok. Ook in die Transvaal het dokters beswaar daarteen gemaak dat professionele dienste op kontrak aan pasiënte wat

39. G. Gray, “Reform and Reaction in Australian Health Policy”, *Journal of Health Politics and Law*, 21, 3, 1996, p 584.

40. De Voe & Short, “A Shift in the Historical trajectory of medical dominance”, p 348.

41. Gray, “Reform and Reaction in Australian Health Policy”, pp 583-584.

42. S. Keen, “Associations in Australian History: Their Contribution to Social Capital”, *Journal of Interdisciplinary History*, 29, 4, 1999.

aan gekontrakteerde vrywillige organisasies behoort, gelewer moes word. Die teenkating was daarin geleë dat dokters òf nie die volledige professionele fooi betaal is nie, òf dat pasiënte nie vrywillig dokters van eie keuse kon besoek nie. Die mediese professie was ten gunste van “n vrye mark” in die lewering van mediese dienste en wou geen owerheidsinmenging of bevoordeling weens kontraktuele verbintenisse met vrywillige organisasies hê nie.

In die Transvaal het die Pretoriase tak van die Mediese Vereniging in 1905 sy lede verbied om verlaagde fooie op grond van kontraktuele verbintenisse met enige sogenaamde “klubs” of vrywillige organisasies wat só met dokters sou ooreenkom, te aanvaar. Volgens Reël 17 van sy grondwet, het die Pretoriase Mediese Vereniging lede verbied om enige aanstelling van so ’n “klub” te aanvaar: “... moreover, ... no member shall meet or have any professional intercourse with any such medical practitioner in Pretoria”.⁴³ Die implikasie hiervan was dat dit aanvaar is dat die owerheid mediese dienste by hospitale verskaf, maar daarbuite moes die owerheid nie inmeng om die professionele verhouding tussen dokter en pasiënt te beïnvloed nie. Die rol van die owerheid is gesien as die verantwoordelike party soverre dit openbare gesondheidsomstandighede aanbetref.

In Australië, Kanada en Nieu-Seeland het die mediese professie ook heftig beswaar teen owerheidssubsiëring van mediese dienste gemaak, omdat dit dieselfde professionele verhouding in gedrang gebring het.⁴⁴ Hoewel vrywillige organisasies ontstaan het om lede met mediese uitgawes te help, was die professie teen kontraktuele ooreenkomste met sodanige organisasies wat die onbelemmerde professionele verhouding tussen dokter en pasiënt kon raak, gekant.

Daar het dus twee duidelike dimensies van gesondheidsorg in Brittanje, haar kolonies en latere dominiums ontwikkel: enersyds was daar die privaat professionele mediese praktyk wat mediese dienste op aanvraag en teen professionele vergoeding gelewer het. Die ander dimensie was die toenemende owerheidsbetrokkenheid by openbare gesondheidstoestande (*public health*) en die voorsiening van mediese dienste aan staatsamptenare of koloniale amptenare. Die vrywillige organisasies of *friendly societies* het tussen hierdie twee dimensies posisie ingeneem om lede behulpsaam te wees met mediese uitgawes wat nie in

43. *Transvaal Medical Journal*, 1 Desember 1905, pp 204, 295.

44. C. Webster, “Medicine and the Welfare State 1930-1970”, in R. Cooter and J. Pickstone (eds), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, (Routledge, London, 2003), pp 127-128.

die hospitaalsektor ondervang is nie. Privaat praktisyns was gekant teen enige bevoorregting ten aansien van hierdie organisasies, maar dié organisasies het die grondslag van privaat voorsiening vir mediese uitgawes gevorm. In wese het dit beteken dat persone wat nie kon bekostig om aan sodanige hulporganisasies te behoort nie, aangewese op die hospitaalstelsel sou wees. Dit was hierdie probleem van uitsluiting van sekere mediese dienste en die owerheid se verantwoordelikheid met betrekking tot sosiale sekerheid wat na die Beveridge-verslag geleidelik die landskap van mediese hulpvoorsiening in die Britse Statebond verander het.

Sosiale sekerheid, welsyn en gesondheid: die Beveridge-verslag en die voorsiening van gesondheidsdienste, asook ’n staatsondersteunde mediese skema

Die vraagstuk van sosiale sekuriteit in die omvattende betekenissin, het op die voorgrond getree nadat die Britse regering in 1941 vir Sir William Beveridge versoek het om ondersoek na die groot hoeveelheid organisasies wat verskillende vorme van sosiale sekuriteitsversekering en ander voordele aan lede gebied het, in te stel. Die opdrag was verder om aanbevelings aan die Britse regering te doen oor hoe die totale netwerk van sosiale sekuriteit aangespreek moes word.⁴⁵ In die 1940’s het die gedagte van die welsynstaat in Europa begin posvat en die konsep van nasionaal-omvattende sosiale voorsorg gebaseer op die sosiale regte van burgerskap is toenemend aanvaar. Daar is ook meer en meer beweeg in die rigting van sosiale versekering waardeur bepaalde bydraes aangewend sou word om verdienste-verwante behoeftes te finansier.⁴⁶

Die voorsiening van nasionale gesondheidsorg en dus ook mediese voordele aan die groter gemeenskap in Brittanje het ’n noue verbintenis vertoon met die opdrag aan Beveridge om sosiale sekuriteit in oënskou te neem. In daardie stadium is ’n groot verskeidenheid siekte- en pensioenvoordele deur talle privaat organisasies, voorsieningsfondse en mediese hulpskemas aangebied. Dit was die taak van Beveridge om dit in totaliteit te oorweeg.

45. B. Abel-Smith, “The Beveridge report: Its origins and Outcomes”, in J. Hills, J. Ditch and H.G. Innerster (eds), *Beveridge and Social Security. An International Perspective*, (Clarendon Press, Oxford, 1994), p 4.

46. De Voe & Short, “A Shift in the Historical trajectory of medical dominance”, p 343.

Die finale verslag deur Sir William Beveridge is op 2 Desember 1945 aan die Britse regering oorhandig. Dit was juis op die tydstip wat werkloosheid en oorlogsontwrigting hoogty in Brittanje gevier het en gevolglik was die bevolking hoogs ontvanklik vir voorstelle om sosiale sekuriteit te verbeter. Die verslag het vyf ewels in die samelewing geïdentifiseer, naamlik fisiese behoefte, siekte (wat dikwels verdere fisiese behoeftes meegebring het), onkunde, verwaarlosing (wat deur armoede veroorsaak is), en ledigheid (wat gesondheid ondermyn en die mens gekorrupteer het). Teen die agtergrond van hierdie ewels, het die verslag meer omvattende voorstelle oor sosiale sekerheid aan die Britse regering gemaak as wat aanvanklik in die vooruitsig gestel is. Beveridge het geredeneer dat sosiale sekuriteitsvoorsiening sodanig gestruktureer moes word om almal te bevoordeel, en nie slegs diegene met formele indiensneming nie. Gesondheidsorg was deel van die omvattende sosiale sekuriteitsvoorsiening. Dit is deur Beveridge beskou as die reg van elke burger en hy het voorgestel dat gesondheidsorg gekoppel moes word aan gesinstoelaes en volle indiensneming. Volle indiensneming was die voorwaarde vir die instandhouding van die versekeringskomponent van sosiale sekuriteit.⁴⁷ Volgens Cassel is die belangrikste aspek van die verslag die gedagte dat sosiale sekuriteit as 'n omvattende program benader moet word en dat gesondheidsvoorsiening 'n voorwaarde vir volle indiensneming was. Cassel verklaar: “*The Beveridge Report offered suggestions for what could be done by governments throughout the developed world.*”⁴⁸

Die Beveridge-verslag het dus die vraagstuk van gesondheidsorg by die oorweging van omvattende sosiale sekuriteitsvoorsiening ingesluit. Die idee het dwarsdeur die Britse Gemenebes weerklink en aanleiding tot die ontwikkeling van nasionale gesondheidsversekering gegee. In Kanada is die eerste verpligte nasionaal-omvattende gesondheidsversekering in 1947 in Saskatchewan ingestel en met verdrag in Brits-Columbië, Alberta en Newfoundland, totdat dit in 1968 ingevolge die *Medical Care Act* in die hele Kanada ingestel is.⁴⁹ In Australië het 'n omvattende gesondheidsversekeringsplan egter eers in 1975 gevolg.⁵⁰

In Suid-Afrika is die debat oor die wenslikheid van 'n nasionale gesondheidsversekeringskema reeds sedert die 1930's in die *Journal of the Medical Association of Southern Africa* gevoer. Daar het akademië,

47. Webster, “Medicine and the Welfare State 1930-1970”, pp 133-134; De Voe & Short, “A Shift in the Historical trajectory of medical dominance”, pp 343-344.

48. Cassel, “Public Health in Canada”, p 303.

49. Attenborough, “The Canadian Health Care System”, pp 230-231.

50. Gray, “Reform and Reaction in Australian Health Policy”, pp 586-587.

mediese praktisyns en regeringsamptenare van die Departement van Openbare Gesondheid die instelling van ’n algemene gesondheidskema beredeneer.⁵¹ Ernstige probleme het veral die swart bevolking geraak – ontoereikende voeding, onhigiëniese lewensomstandighede, asook ’n gebrek aan toegang tot sanitasie en lopende water, het ernstige krisisse meegebring.⁵² Daar is dikwels na die parlementêre debatte na die swak toestand van openbare gesondheid in die landelike gebiede verwys. In 1935 het dokter E.P. Bauman op grond van swak toestande in landelike gebiede in die Volksraad by die minister van Gesondheid aangedring op die aanstelling van ’n voltyds-gesalarieerde staatsmediese diens. Bauman het aangevoer dat:

*... an entirely fresh machinery is necessary to provide for the health of the country as a whole, urban and rural, rich and poor, employed and unemployed, without distinction of race or colour by the State Medical Service.*⁵³

Die meeste van die siektes wat die gemeenskap geteister het, soos malaria en tuberkulose, is beskou as voorkombare siektes. Daar is verder oor hierdie aangeleentheid gedebatteer in die *Suid-Afrikaanse Mediese Joernaal*.⁵⁴ George Gale, die sekretaris van die Departement van Gesondheid en later hoof mediese amptenaar van die Departement (1946–1952) het gevolglik die inisiatief geneem om gesondheidsentra vir die lewering van voorkomende gesondheidsorg aan gemeenskappe buite die stedelike sentra te stig.⁵⁵ Die eerste loodsprojek is deur Sydney en Emily Kark by Pholela op die oewer van die Umkomaasrivier, in die suidoostelike deel van Natal gevestig. Dit het die idee van swart gemeenskapsgedrewe gesondheids- en voorkomende sorg by sodanige gesondheidsentra probeer vestig.⁵⁶ Die debat oor ’n gesondheidstrategie vir Suid-Afrika het voortgeduur, met die professionele mediese gemeenskap ten gunste van die instelling van ’n nasionale

51. Marks, “South Africa’s Early Experiment in Social Medicine”, pp 131-161.

52. Marks, “South Africa’s Early Experiment in Social Medicine”, p 454.

53. *Debatte van die Volksraad van 1935*, kolomme 11124-1126.

54. Vergelyk: *Suid-Afrikaanse Mediese Joernaal*, 15, 1941, pp 163-164, 351-352, 395; *Suid-Afrikaanse Mediese Joernaal*, 17, 1943, pp 231; 295-298.

55. D. Harrison, “The National Health Services Commission, 1942-1944 – its origins and outcome”, *South African Medical Journal*, 83, 1993, p 681; S. Marks, “South Africa’s Early Experiment in Social Medicine”, p 454.

56. D. Yach and S.M. Tollman, “Public Health Initiatives in South Africa in the 1940s and 1950s: Lessons for a Post-Apartheid Era”, *American Journal of Public Health*, 83, 7, 1997, pp 1043-1050.

gesondheidsdiens, dit wil sê vir die hele bevolking, onder die beheer van mediese praktisyns.⁵⁷

Kort na die vrystelling van die Beveridge-verslag het die Suid-Afrikaanse regering die Nasionale Gesondheidsdienskommissie onder voorsitterskap van dokter Henry Gluckman aangestel. Die opdrag aan hierdie kommissie was om die toenmalige krisis in Suid-Afrikaanse gesondheidsorg te ondersoek:

... inquire into, report and advise upon the provision of an organized national health service in conformity with the modern conception of health which will ensure adequate mental, dental, nursing and hospital services for all the sections of the people of South Africa.

Die Gluckman-verslag het voorgestel dat 'n nasionale gesondheidsdiens vir die hele bevolking, ongeag ras, ingestel word en dit moes bekostigbaar gemaak word deur 'n nasionale gesondheidsbelasting in te stel. Beheer oor alle aspekte van gesondheidsorg moes dan terselfdertyd gesentraliseer word met die doel om voorkomende gesondheidsdienssentra in te stel, in plaas daarvan om die bestaande, duur, privaat gesondheidstelsel te handhaaf.⁵⁸ Die meeste van die aanbevelings van die verslag is in die Wet op Nasionale Gesondheid van 1946 vervat, maar sekere sleutelaanbevelings is van die hand gewys. Hoewel die regering in beginsel die aanbevelings van die Gluckman-verslag aanvaar het, het die minister van Gesondheid in die Volksraad verklaar dat die instelling van 'n sodanige nasionale gesondheidstelsel in daardie stadium nie oorweeg kon word nie.⁵⁹ Generaal J.C. Smuts, toe die eerste minister, het op 9 Oktober 1944 aangekondig dat die regering nie aan die grondwetlike reg van provinsies om hospitaaldienste te beheer, sou peuter nie. Dit het dus by voorbaat die moontlikheid uitgesluit dat sentrale beheer oor die lewering van gesondheidsdienste ingestel kon word, soos wat die Gluckman-verslag aanbeveel het. Die regering het ook die voorstel vir die instelling van 'n nasionale gesondheidsbelasting as onprakties verwerp. Toe die regering weer in 1948 oor die aangeleentheid van 'n nasionale gesondheidsdiens vir Suid-Afrika in die Volksraad uitgevra is, het die minister van Gesondheid aangevoer dat die uitvoering van die Gluckman-voorstelle slegs weens 'n grondwetlike oorweging nie volledig uitgevoer is nie: die eerste minister

57. S. Marks, "South Africa's Early Experiment in Social Medicine", p 454.

58. Union Government, 30/1944; Vergelyk ook Webster, "Medicine and the Welfare State 1930-1970", pp 133.

59. *Debatte van die Volksraad*, 55, kolom 2868.

het vooraf gewaarsku dat die verslag slegs binne die raamwerk van die grondwet oorweeg kon word. Die voorstelle vir 'n volledig geïntegreerde gesondheidsdiens sou beteken dat die provinsies hulle beheer oor gesondheid en hospitale in hulle jurisdiksiegebiede sou verloor.⁶⁰ Daarvoor was Smuts hoegenaamd nie te vinde nie.⁶¹ Die regering het dus wel die verslag in beginsel aanvaar, maar was van mening dat die finansiële eise wat dit gestel het, onhaalbaar was. In plaas daarvan het die regering meer mediese dienste by die buitepasiënte-afdelings van hospitale gelewer, meer gratis medisyne by hospitale verskaf en die dienste van distriksgeneeshere uitgebrei. Die minister van Gesondheid het aangevoer dat dit die regering £35-miljoen sou kos om die plan te implementeer. Dit kon die regering nie bekostig nie, maar laasgenoemde het sedert die vrystelling van die verslag nuwe gesondheidsentrums soortgelyk aan Pholela in ander dele van die land gemagtig. Meer as vyftig soortgelyke sentrums is binne vyf jaar in landelike en stedelike gebiede gevestig.⁶² In dié proses was die regering, volgens die minister, egter deur 'n tekort aan professionele personeel om sodanige sentrums te beman, asook toereikende huisvesting vir sodanige sentrums, gekortwiek. Die staat se behuisingsprogram het ambagslui en boumateriaal benodig en dus moes die regering besluit watter program voorrang moes geniet. Die besluit was gevolglik om met die behuisingsprogram voort te gaan en as alternatief gesondheidsentrums te bou, eerder as om die nasionale gesondheidsplan te implementeer. Die minister het aangevoer dat daar bowendien in Brittanje self sterk teenkating van die mediese professie teen die instelling van 'n nasionale gesondheidsplan was.⁶³ Die gedagte van 'n nasionale gesondheidsdiens, soos wat die Beveridge-verslag aanbeveel het, het dus nie gerealiseer nie.

Vroeg in 1943 het die Suid-Afrikaanse regering weer 'n komitee aangestel. Dit was die Komitee oor Sosiale Sekuriteit, met die volgende opdrag:

-
60. *Debate van die Volksraad*, 62, kolomme 496-500.
61. *Debate van die Volksraad*, 63, kolomme 3653-3654, waarin meneer Christie, LV vir Suidrand, herbevestig het dat dit moeilik sou wees om 'n verandering te bewerkstellig in die aard van die lewering van gesondheidsdienste weens die eerste minister se verklaring in Oktober 1944 dat die konstitusionele posisie van provinsies nie aangetas mag word nie.
62. H. Phillips, “The 1945 Gluckman Report and the Establishment of South Africa’s Health centres”, *American Journal of Public Health*, 83, 7, 1993, pp 1037-1039.
63. *Debate van die Volksraad*, 62, kolomme 496-500.

*To investigate and report on the existing Social Services and Social Security arrangements and recommend a scheme for the future, involving any necessary extensions of the existing measures or the introduction of new measures. In such investigation and report the Committee shall have due regard for the productive capacity of the Union and its possible increase, to existing facilities for preventive and curative work, and to necessary safeguards to preserve individual responsibility, initiative and thrift.*⁶⁴

Die verslag van die komitee het onder meer ingesluit dat ouderdomspensioene aan *alle* persone betaal moes word en nie slegs aan blankes en kleurlinge, soos wat die geval in daardie stadium was nie.⁶⁵ Die oogmerk met die aanbeveling was “... *not general income distribution, but collective provision against risk of want only in the non-productive periods of life.*”⁶⁶ Die uiterste belang van hierdie verwysing na die instelling van pensioene, is die feit dat die komitee, in ooreenstemming met die Beveridge-denke, sosiale sekuriteit en gesondheidsvoorsiening in een asem oorweeg, en voorstelle hiervolgens gemaak het. Die komitee het daarom voorgestel dat ’n “A-skema” en ’n “B-skema” van sosiale voorsiening ingestel word. Die A-skema sou een wees waartoe individue bydra en sou voorsiening maak vir ouderdoms- en ongeskiktheidspensioene, werkloosheids- en siektevoordele, gesinstoelae, voordele vir behoeftige moeders, kraamvoordele en enkele ander kleiner toelae. Die B-skema het net vir ouderdomspensioene en ongeskiktheidsvoordele voorsiening gemaak. Hoewel die beginsel van ouderdomspensioene aan alle persone aanvaar en geïmplementeer is (hoewel daar op grond van ras gedifferensieer is), is geen siektevoordele betaal nie. Die gedagte van siektevoordele is reeds in 1928 in die tweede verslag van die Kommissie van Onderzoek na Ouderdomspensioene geopper,⁶⁷ maar hierdie komitee het die betaling van siektevoordele op ’n meer omvattende grondslag aan die hele bevolking aanbeveel. Die voorstel is dus weer eens van die hand gewys.

’n Verpligte mediese skema vir staatsamptenare: CSMBA / MHVS

64. Union Government, 14/1944.

65. ’n Ouderdomspensioen is sedert 1928 aan blankes en kleurlinge, asook hulle volwasse kinders betaal. Vergelyk: Union Government, 21/27: Eerste Verslag van die Kommissie van Onderzoek na Ouderdomspensioene en Nasionale Versekering, Pretoria, 1927.

66. Union Government, 14/1944.

67. Union Government, 50/1928, Tweede Verslag van die Kommissie van Onderzoek oor Ouderdomspensioene en Nasionale Versekering, Pretoria, 1928, pp 9-12, 64-65.

Die verslag van die Komitee oor Sosiale Sekuriteit het die deur dus weer vir verdere vertoë tot die regering geopen om te oorweeg om mediese voordele op nasionale vlak te lewer. Reeds in 1928 het die Vereniging vir Staatsamptenare (VSA) die regering versoek om 'n mediese hulpskema vir alle staatsamptenare in te stel. Die versoek is eers in 1941, tesame met 'n versoek vir die instelling van 'n behuisingskema vir staatsamptenare, herhaal.⁶⁸ Die Staatsdiensadviesraad het tydens 'n spesiale vergadering in September 1941, die volgende besluit geneem:

Met die oog op die belangrikheid van die gesondheid van staatsamptenare, en ander burgers, en onder die indruk van die “Verslag oor die Uitgawes van Blanke gesinne in sekere Stedelike Gebiede, 1936 (U.R. No. 21 van 1937)” en veral onderstaande uittreksel daaruit:-

Sommige gesinne was in ernstige ongeleentheid weens skulde veroorsaak deur ernstige operasies en langdurige siekte ... Die betreklike uitgawes word in 'n mate gestabiliseer deur die aansienlike aantal persone wat tot mediese bystandsvereenigings bydra. Die gemiddelde bedrag wat aan hierdie dienste bestee word, is aansienlik groter as gedurende die ondersoek van 1925.

Daarom word besluit dat

a) die masjinerie onmiddellik geskep moet word met die oog op ondersoek, verslag en aanbevelings rakende die oprigting van 'n landswye mediese bystandskema vir staatsamptenare;⁶⁹

Die Staatsdiensadviesraad het uiteindelik op 22 Julie 1942 ingevolge hierdie besluit gehandel en aan twee komitees opdrag gegee om ondersoek in te stel na 'n behuisingskema en 'n mediese bystandsvereeniging vir staatsamptenare. Die komitee het gestaan onder die voorsitterskap van dokter E. Percy Phillips, hoof van die Afdeling Plantkunde en Plantsiektes van die Departement van Landbou en Bosbou. Die komitee het algemeen as die “Phillips-komitee” bekend gestaan en het in sy verslag aangedui dat die meeste lande van die wêreld reeds voor 1927 een of ander vorm van siekteversekering aanvaar het, maar dat die werknemers van die staat daarvan uitgesluit was, behalwe diegene wat deel van die laagste besoldigde groepe in die staatsdiens uitgemaak het. Dit beteken dus dat die middel- en hoë inkomstegroepe in diens van die staat sonder beskerming was en by 'n vrywillige bystandskema moes aansluit. In Suid-Afrika, het die komitee bevind, was die beginsel reeds goed gevestig dat werkgewers mediese bystandsfondse vir hulle werknemers tot stand gebring en daartoe bygedra het. Bekende

68. Union Government, 13/3/44, p 1.

69. Union Government, 13/3/44, p 2.

voorbeelde gedurende die 1940's was onder meer die De Beers Bystandsfonds, die Yskor Bystandsfonds en die Spoorwagsiekiefonds.⁷⁰ Die presedent het dus bestaan dat mediese bystandskemas opgerig is om werknemers met mediese uitgawes by te staan. Die verskil was nou dat staatsamptenare nie in geheel daarby ingesluit was nie en dat die VSA se versoek in hierdie stadium net namens sy lede was. Die VSA se lede was blanke staatsamptenare, want daar was teen 1944 feitlik geen staatsamptenare van ander bevolkingsgroepe in Suid-Afrika nie. Die verskil tussen die Gluckman-verslag en die Phillips-komitee was dat eergenoemde voorstelle gemaak het met betrekking tot 'n nasionale gesondheidskema vir die hele bevolking van Suid-Afrika, maar dat laasgenoemde net betrekking op blanke staatsamptenare gehad het. Die Phillips-komitee het dus aanbeveel dat 'n mediese bystandskema vir staatsamptenare ingestel moes word en dat die staat op 'n "£-vir-£" grondslag daartoe moes bydra.⁷¹ Die komitee het breedvoerige voorstelle gedoen ten opsigte van lidmaatskap, ledegelde, die aard van mediese dekking en soorte mediese dienste wat aangebied moes word.

Die regering het die verslag ontvang en die minister van Gesondheid het soos volg gereageer:

Die regering is die mening toegedaan dat dit nie nou 'n gepaste tyd is om met hierdie twee skemas voort te gaan nie. Daar is 'n baie noue verwantskap tussen die Mediese Bystandskema en die Nasionale Gesondheidskema wat tans die aandag van die regering geniet, terwyl die groot styging in die boukoste van huise gedurende die afgelope paar jaar die instelling van 'n behuisingskema op hierdie tydstip onmoontlik maak.⁷²

Die Verenigde Party-regering het met die oprigting van gesondheidsentrums voortgegaan, maar teen 1949 het dokter Gluckman, toe self 'n lid van die Volksraad vir die kiesafdeling Yeoville, die regering opnuut oor die aangeleentheid uitgevra: hy het gewys op die geduldige wag-en-sien-houding van die Phillips-komitee in die lig van die oorweging van 'n nasionale gesondheidsplan, maar laasgenoemde is ook nie geïmplementeer nie. Die minister van Binnelandse Sake het aangevoer dat mediese bystand en behuisingshulp "dienste was wat mens graag aan die staatsamptenaar sou wou lewer", maar dat die owerheid voorrang moes verleen aan "kapitaaluitgawes". Daar is derhalwe besluit om eers aan plaaslike ongeskiktheidsuitgawes aandag te gee.⁷³

70. *Debatte van die Volksraad*, 62, kolom 482.

71. Union Government, 13/3/44, p 304.

72. *Debatte van die Volksraad*, 55, kolom 2868.

73. *Debatte van die Volksraad*, 68, kolomme 5419-5420, 5438.

In 1951 het die regering uiteindelik besluit dat die instelling van ’n verpligte mediese skema vir staatsamptenare wenslik was. Die kapitaalbehoefte van die land was in daardie stadium steeds van sodanige aard dat die instelling van so ’n skema eers op die lange baan geskuif moes word.⁷⁴ Die beginselbesluit het dus op die slagveld van bekostigbaarheid gesneuwel. Die “maklike” uitweg was om sodanige skema wel vir alle staatsamptenare aan te bied, maar wie onder die net van “staatsamptenare” ingesluit was, het nie ooreengestem met die nasionaal-omvattende dekking soos wat dit in Brittanje ontwikkel het nie.

Druk is uit talle oorde op die regering uitgeoefen om ’n verpligte mediese skema vir staatsamptenare in te stel. Reeds in 1940 het dokter J.H. Pirie, die waarnemende direkteur van die Suid-Afrikaanse Instituut vir Mediese Navorsing, ’n oproep op die regering gedoen ten gunste van die instelling van ’n staatsmediese skema:

Surely there is a sufficiency of private opinion today convinced that health would be a good thing to have for the human animal! Cannot this private opinion be mobilised and become vocative enough for the state again to hear the call?⁷⁵

Die regering het uiteindelik in 1955 besluit om finansiële bystand aan staatsamptenare vir mediese sorg in die vorm van ’n subsidie te betaal. Die subsidie sou ’n maksimum van £100 000-00 per jaar beloop. Die minister van Finansies het egter in sy begrotingsrede gewaarsku dat die ernstigste bedreiging vir die land sedert die Tweede Wêreldoorlog hoë inflasie was, wat by uitstek deur staatsuitgawes aangevuur kon word. Die vernaamste begrotingsprobleem vir die owerheid was “die groot behoefte aan fondse vir kapitaalwerke, wat ’n noodsaaklike vereiste is vir die ontwikkeling en volle ontplooiing van ons landse ekonomie”.⁷⁶ Die regering is herhaaldelik gekritiseer oor die nasionale gesondheidsplan nie ingestel is nie,⁷⁷ maar die minister van Gesondheid het in 1955 in die Volksraad verklaar:

Die politieke en sosiale klimaat in Suid-Afrika skyn ongunstig te wees vir [sy] voorstel [met verwysing na die Gluckman-voorstel]. Ons weet wat Engeland se ondervinding was met die welsynstaat, en ek is daarvan oortuig dat ons belastingbetalers nie gretig sal wees om so ’n skema te aanvaar nie. Die belasting sal so swaar wees dat ek nie glo, soos ek die klimaat op die huidige oomblik ken, dat daar enige waarskynlikheid bestaan dat ’n skema soos aan die hand gedoen deur

74. *Die Staatsamptenaar*, 1, 1951, p 23.

75. *Die Staatsamptenaar*, 3, 1940, p 197.

76. *Debatte van die Volksraad*, 88, kolom 3423; MHVS: Jaarvergadering, 28/9/55.

77. Vergelyk byvoorbeeld: *Debatte van die Volksraad*, 88, kolom 7584-7603.

die agbare lid in die nabye toekoms prakties moontlik is nie ... die atmosfeer in Suid-Afrika is nie gunstig daarvoor nie. Daar is iets soos 'n atmosfeer ... ek is bevrees dat op die huidige tydstip ons nie die bevolking sal kry om 'n skema te aanvaar soos in Engeland nie.⁷⁸

In 1961 het die Staatsdienskommissie uiteindelik 'n kommissie aangestel om die instelling van 'n verpligte mediese skema vir staatsamptenare te ondersoek. Die aanbeveling van die kommissie onder die voorsitterskap van L.A. Cloete was in September 1961 dat 'n verpligte mediese skema vir staatsamptenare wel ingestel moes word met as grondslag die lewering van onderlinge hulp vir mediese dienste. Lidmaatskap moes verpligtend vir alle staatsamptenare, pensioenarisse en sekere klasse werknemers soos omskryf in die Staatsdienswet, Nommer 54 van 1957, wees.⁷⁹ Die implementering van die besluit is weens die finansiële implikasies wat die instelling van sodanige skema vir die staat ingehou het, tot 1967 uitgestel. Die debatte in die Volksraad het steeds om die keuse tussen 'n nasionale gesondheidskema en voorsiening vir staatsamptenare gewentel. Daar is spesifiek verklaar dat blankes 3,5-miljoen van die Suid-Afrikaanse bevolking uitgemaak het, teenoor ongeveer 9- tot 10-miljoen swartes. Dokter Van Nierop het verklaar:

Ek dink nie ons kan 'n skema in die lewe roep sonder om in aanmerking te neem dat die verskillende dele van die bevolking daar is nie ... ons kan nie uit die oog verloor dat op die huidige tydstip 3,5 miljoen Blankes hospitalisasie vir die Nie-blankes dra nie ... Geen land kan meer vir gesondheidsdienste doen as wat die land kan bekostig nie.⁸⁰

In Brittanje het die besteding aan die nasionale gesondheidsdiens 3,5 persent van die nasionale inkomste beloop en dit was die grootste enkele las op die fiskus. Teen daardie agtergrond was die regering se standpunt dat 'n nasionale gesondheidskema vir Suid-Afrika onbekostigbaar was.

Dit was duidelik dat die Suid-Afrikaanse regering sedert die Gluckman-verslag simpatiek teenoor die beginsel van 'n nasionale gesondheidskema gestaan het, maar dat twee faktore deurgaans die instelling daarvan verhoed het: die eerste was naamlik die koste hiervan. Die belastingbasis in Suid-Afrika was eenvoudig té eng om van die instelling van 'n gesondheidsbelasting 'n lewensvatbare moontlikheid te maak. Terselfdertyd het woordvoerders van beide die Verenigde Party-

78. *Debatte van die Volksraad*, 88, kolomme 7606-7607.

79. Medihelp Argief, Pretoria: Omsendskrywe van die Staatsdienskommissie, GP-S 1866480, 27/9/61.

80. *Debatte van die Volksraad van die Republiek van Suid-Afrika*, 2, kolom 2424.

regering, asook die Nasionale Party-regering na 1948 gewys op noodsaaklike kapitaalbesteding wat in die na-oorlogse periode voorrang moes geniet. Die tweede oorweging het verband gehou met die eerste, naamlik die persepsie dat dit eintlik die blanke belastingbetalers was wat die rekening vir die uitbreiding van gesondheidsvoorsiening aan die nie-blanke gedeelte van die bevolking sou moes betaal. Na die Tweede Wêreldoorlog was die Verenigde Party-regering meer geneë om gesondheidsentrums in landelike gebiede op te rig as om kapitaalbesteding ondergeskik aan die instelling van ’n nasionale gesondheidskema te stel. Met die bewindsaanvaarding van die Nasionale Party in 1948 het die beleidsrigting van rasseseiking toenemend gelei tot die implementering van ras-gesegregeerde sosiale voorsiening – in gesondheid, onderwys en behuising. In 1960 het die konfrontasie tussen die swart opposisie en die regering ’n nuwe rigting ingeslaan met die gebeure by Sharpeville en die daaropvolgende verbanning van swart politieke organisasies. Dit is die “atmosfeer” waarna dokter Van Nierop verwys het. In die algemene verkiesing van 1966 het die Nasionale Party 58 persent van die steun verwerf (128 uit die 158 potensiele setels in die Volksraad).⁸¹ Suid-Afrika was op die weg van skeiding.

Die mediese hulpskema vir staatsamptenare het slegs voorsiening vir blanke lede gemaak, in ooreenstemming met die bepalings van die Staatsdienswet, Nommer 54 van 1957. Vanaf 1 Oktober 1967 is alle nuwe aanstellings in die staatsdiens verplig om by die mediese skema vir staatsamptenare aan te sluit. Die MHVS (die CSMBA het sedert 1944 in Afrikaans as die MHVS – die Mediese Hulpskema vir Staatsamptenare – bekendgestaan) is as die verpligte mediese skema vir staatsamptenare aangewys. Die keuse het op die MHVS geval, omdat dit die mees verteenwoordigende mediese skema was waaraan staatsamptenare behoort het. In antisipasie van dié stap het die MHVS reeds in 1951 die inisiatief geneem om met soortgelyke mediese skemas vir staatsamptenare in die Kaap en die Oranje-Vrystaat saam te smelt. In die Kaap het die *Public Servants Medical Benefit Association* wat reeds sedert 1922 bestaan het, ’n klein ledetal van slegs 390 gehad.⁸² In die Oranje-Vrystaat was daar ook ’n *Public Servants Medical Benefit Association* wat sedert 1922 bestaan het. Die ledetal van laasgenoemde was net meer as 190. Samesprekings is in 1950 deur die MHVS geïnisieer en op 26 Mei 1952 het die skema ’n nuwe grondwet aanvaar, wat voorsiening gemaak het vir lidmaatskap van staatsamptenare wat

81. H. Giliomee, *The Afrikaners. Biography of a People* (Tafelberg, Kaapstad, 2003), p 536.

82. *Die Staatsamptenaar*, Mei 1949, p 15.

buite Pretoria woonagtig was. Dit het dus die weg gebaan vir nasionale verteenwoordiging van die MHVS en daar is gehoop dat dit die regering se besluit om 'n verpligte mediese skema vir staatsamptenare in te stel, sou verhaas.⁸³ Dit sou egter weens finansiële oorwegings nog meer as 15-jaar duur voordat die regering tot so 'n stap sou oorgaan.

Die instelling van 'n verpligte mediese skema vir staatsamptenare in Suid-Afrika het die post-Beveridge ontwikkeling in die Britse Gemenebes net gedeeltelik verteenwoordig. Weingarden en Murray het aangevoer:

*The origin of national health-insurance programs that now cover virtually the entire population of the industrial world ... can be traced to government-sponsored programs that were established in the closing years of the nineteenth century.*⁸⁴

In die Suid-Afrikaanse konteks was die instelling van MHVS as verpligte staatsondersteunde mediese skema vir staatsamptenare nie die gevolg van 'n beleid om die hele (*entire*) bevolking onder die net van mediese dekking as deel van die meer omvattende sosiale sekuriteitsnet in te skakel nie, maar eerder om in die spesifieke behoeftes van die blanke staatsamptenare te voldoen. In hierdie opsig het die ontwikkeling in Suid-Afrika van die patroon in Kanada afgewyk, maar groter ooreenkomste met die selektiewe model van mediese voorsiening in Australië en Nieu-Seeland vertoon. In laasgenoemde lande was die inheemse bevolking van mediese hulpskemas uitgesluit tot laat in die twintigste eeu, toe nasionaal-omvattende gesondheidsversekering die eerste keer ingestel is.⁸⁵

In Suid-Afrika was die voorsiening van mediese dienste as onderdeel van 'n meer omvattende sosiale sekerheidsprogram, beperk tot openbare gesondheidsvoorsiening. Dié gesondheidsdienste is dan ook op ras-gesegregeerde grondslag aangebied, in teenstelling met die post-Beveridge tendens in Brittanje en Kanada, waar nasionaal-omvattende gesondheidsversekering voorsien is. In Suid-Afrika en Australië was die klem deurgaans sterk op privaatinisiatief in mediese voorsiening. Die instelling van die verpligte mediese skema vir staatsamptenare in

83. MHVS: Sewe-en-Veertigste Algemene Jaarverslag, 30/09/52.

84. C.R. Weingarden and J. Murray, "Effects of Early Health-Insurance Programs on European Mortality and Fertility Trends", *Social Science and Medicine*, 58, 2004, pp 1825-1836.

85. L. Bryden, "A New World? Two Hundred Years of Public Health in Australia and New Zealand", in D. Porter (ed), *The History of Public Health*, pp 324-327.

Suid-Afrika het steeds geen voorsiening gemaak vir verpligte lidmaatskap van ander lede van die bevolking (dit wil sê nie-staatsamptenare) van een of ander vorm van 'n mediese bystandskema nie. Die inisiatiewe van die Nasionale Gesondheidsdienste Kommissie om 'n nasionale gesondheidskema ingestel te kry, het op niks uitgeloop nie. Die owerheid het gewoon aangevoer dat die staat nie kon bekostig om so 'n nasionaal-omvattende mediese skema in te stel nie, aangesien die grootste gedeelte van die bevolking nie in staat was om tot so 'n skema by te dra nie. Die staat het dan ook sedert die 1980's die ontwikkeling van privaat mediese skemas aangemoedig en teen die vroeë 1990's alle subsidies aan die staatsdiensskema onttrek.

Slot

Suid-Afrika het tot 'n redelike mate die ontwikkeling in die Britse Gemenebes ten opsigte van die voorsiening van openbare gesondheidsorg nagevolg, behalwe dat die voorsiening van sodanige dienste volgens ras gesegregeer was. In ooreenstemming met die beginsel van die voorsiening van gesondheidsdienste in hospitale aan koloniale amptenare, het die sogenaamde hospitaalstelsel ook in Suid-Afrika ontwikkel. Net soos in voormalige Britse protektorate, het privaat voorsiening in mediese behoeftes ontwikkel, onder meer deur middel van vrywillige organisasies. So was die CSMBA 'n vrywillige organisasie met die oog op mediese bystand aan sy lede en tot uitsluiting van nie-lede. Toe die Beveridge-verslag in die 1940's groter klem op die voorsiening van omvattende sosiale sekerheid aan die hele bevolking gelê het, het Suid-Afrika die voorbeeld van ander Britse dominiums net gedeeltelik nagevolg. Suid-Afrika het wel die ander Gemenebeslande voorgestaan in die nasionaal-omvattende betaling van ouderdomspensioene sedert die 1940's,⁸⁶ maar nie die voorbeeld van die nasionaal-omvattende voorsiening van mediese versekering nie. Hamlin verklaar die verskille in die voorsiening van gesondheids- of mediese bystand aan die hand van die verskille in sosiale verhoudings:

Many recent writers have complemented the older historiography with an exploration of the ways in which public health at various periods reflect contemporary social relations – perceptions of

86. A. Sagner, “Ageing and Social Policy in South Africa: Historical Perspectives with Particular Reference to the Eastern Cape”, *Journal of Southern African Studies*, 26, 2003, pp 534-538; J. Seekings, “Visions, Hopes and Views about the Future: The Radical Moment of South African Welfare Reform”, in S. Dubow and A. Jeeves (eds), *South Africa's 1940s. Worlds of Possibilities* (Double Storey, Cape Town, 2005), pp 47-48.

*obligation or of danger, and of the distinguishing of one class (the object of public health reforms) by another, that was to undertake those reforms.*⁸⁷

Sosiale en politieke verhoudinge in Suid-Afrika het 'n duidelike invloed op die ontplooiing van mediese hulpverlening uitgeoefen. In talle post-koloniale gebiede in Afrika en Asië het gesondheidsversekering nie dieselfde roete gevolg as in die meeste ontwikkelde lande nie. In laasgenoemde is gesondheidsrisiko's saamgevoeg ten einde die verantwoordelikheid daarvoor oor die grootste moontlike aantal individue te versprei om die koste van gesondheidsorg so laag as moontlik te hou. In die meeste post-koloniale gemeenskappe het regerings op uitgebreide skaal ingemeng om die voorsiening en finansiering van gesondheidsorg te verseker, maar moes dit dikwels laat vaar weens die gebrek aan fondse om dit vol te hou.⁸⁸ In Suid-Afrika het die heersende sosiale verhoudings, soos gereflekteer in die politieke bedeling van die land, en die persepsie van finansiële beperkings, verhoed dat Beveridge-inisiatiewe met betrekking tot die voorsiening van nasionaal-omvattende mediese bystand naas nasionaal-omvattende openbare gesondheidsorg, 'n werklikheid word. Die Suid-Afrikaanse regering het wel sedert 1967 deur middel van die Wet op Mediese Skemas, soos gewysig, privaat mediese skemas op groot skaal gereguleer, maar nie voorskrifte gestel ten opsigte van lidmaatskap nie. Wetgewing het sedert die 1980's geleidelik in die rigting van nasionaal-omvattende lidmaatskap beweeg, maar steeds geen verpligte nasionaal-omvattende mediese voorsiening of versekering ingestel nie. Eers vanaf 1994 word staatsondersteunde algemene gesondheidsversekering weer ondersoek.

Opsomming

Die Britse regering het mediese hulp in haar protektorate en kolonies voorsien, maar dit is later in reaksie op die Beveridge-verslag oor sosiale sekuriteit, deur soortgelyke aanbiedinge in die hele Statebond opgevolg. Aspekte van die Beveridge-verslag het in Suid-Afrika en ander Gemenebeslande neerslag gevind, maar in verskillende stadiums. Die algemene tendens van die mediese professie en liberaalgesinde gemeenskappe was teenkanting teen die instelling van 'n nasionaal-omvattende, owerheidsgesubsidieerde mediese hulpskema. Na die Anglo-Boereoorlog van 1899-1902, het staatsamptenare in die Transvaal uit eie beweging deur middel van 'n vrywillige organisasie 'n mediese

87. Hamlin, "State Medicine in Great Britain", p 133.

88. N. Söderlund and S. Khosa, "The Potential Role of Risk-equalisation mechanisms in health insurance: The case of South Africa", *Health Policy and Planning*, 15, 4, 1997, p 341.

hulpskema vir staatsamptenare begin. Daar was later groter kommer oor openbare gesondheid en daar is aangedring op die instelling van ’n nasionale gesondheidsplan. Finansiële beperkings, konstitusionele implikasies en die politieke beleidsrigtings van die regering van die dag het die realisering daarvan verhoed toe ’n staatsondersteunde mediese hulpskema vir staatsamptenare in 1967 ingestel is.

Abstract

“Who will provide?”

Health Policy and Medical Schemes in South Africa and Commonwealth Countries in Comparative Perspective, 1900-1970

The provision of medical aid by the British government in protectorates and colonies was succeeded by a Commonwealth-wide response to the Beveridge Report on social security. Aspects of the report were applied in South Africa and other Commonwealth countries, but at different stages. Generally the medical profession and liberal societies resisted the introduction of comprehensive government subsidised medical aid. In South Africa after the Anglo Boer War of 1899-1902, private initiative started with medical aid provision through friendly societies, but public concern about the condition of public health led to calls for the introduction of a national health plan. Financial constraints, constitutional provisos and political policies of the government of the day prevented the introduction of a national health scheme in South Africa when state subsidisation of medical aid to public servants was introduced in 1967.

Sleutelwoorde

Beveridge-verslag; mediese hulpskema; nasionale gesondheidsplan; sosiale sekuriteit; vrywillige organisasies.

Key words

Beveridge report; friendly societies; medical aid; national health plan; social security.