

BESTUURDE GESONDHEIDSORG : 'N SUID-AFRIKAANSE PERSPEKTIEF

deur

JACOB JOHANNES DU TOIT. M.B.CH.B

Skripsie voorberei ter gedeeltelike voldoening aan die vereistes
vir die graad:

MAGISTER IN BEDRYFSADMINISTRASIE

in die

FAKULTEIT VAN BESTUURS- EN EKONOMIESE WETENSKAPPE

aan die

POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOËR ONDERWYS

STUDIELEIER: PROF L. D. COETSEE

INHOUDSOPGAWE

BLADSY

Hoofstuk 1: Inleidende konsepte

1.1	Inleiding	1
1.2	Probleemstelling	2
1.3	Doelstellings van die studie	3
1.4	Beperkings van die studie	4
1.5	Omskrywing van kernbegrippe	5
1.6	Verdere verloop van die studie	6

Hoofstuk 2: Literatuurstudie

2.1	Inleiding	7
2.2	Historiese agtergrond	9
2.3	Die huidige posisie van bestuurde gesondheidsorg	11
2.4	Die ontwikkeling van bestuurde gesondheidsorg in Suid-Afrika	21
2.5	Die toekoms van bestuurde gesondheidsorg	23
2.6	Samevatting	26

HOOFSTUK 3: Navorsingsbenadering

3.1	Inleiding	28
3.2	Algemeen	28
3.3	Navorsingsomvang	30
3.4	Statistiese metodes	32
3.5	Samevatting	34

HOOFSTUK 4: Resultate

4.1	Inleiding	35
4.2	Demografiese besonderhede	35

4.3	Vergelyking van tevredenheid met sorg	36
4.4	Bydrae in gesondheidsorgattribute van tevredenheid tot algemene tevredenheid	38
4.5	Selektiwiteit en voorkeur vir 'n persoonlike dokter	40
4.6	Samevatting	41

Hoofstuk 5: Samevattende bespreking

5.1	Inleiding	43
5.2	Agtergrond uit die literatuur	44
5.3	Navorsingsmetodeologie	47
5.4	Resultate	49
5.5	Gevolgtrekking	50

Summary	52
---------	----

Bibliografie	53
--------------	----

BYLAES

Bylae A: Vraelys

Bylae B: Volledige resultate en statistiese verwerking

HOOFSTUK 1

INLEIDENDE KONSEPTE

1.1 INLEIDING:

Sedert die vroegste dae van die mens se bestaan poog hy om sy wese teen die natuurelemente te beskerm en om so lank voort te bestaan as wat sy omstandighede toelaat. Wanneer die welstand van die liggaam en gees, oftewel gesondheid, bedreig word, word geen middele tot die beskikking van die slagoffer ontsien om herstel te bewerkstellig nie.

Die vraag na hierdie instandhoudingsdiens, wat as gesondheidsorg bekend staan, het egter sodanig toegeneem dat 'n baie hoë pryspremie daarop geplaas is en iemand moes verantwoordelikheid neem vir die risiko. Hierdie verantwoordelikheid is vandag in die wêreld verdeel tussen die individu en die owerheid na gelang van die politieke bestel van die land en die stoflike vermoë van die landsburger. Waar die individu met of sonder die hulp van sy werkgewer vir sy gesondheidsorg verantwoordelik is, staan dit as privaat gesondheidsorg bekend.

Weens die finansiële risiko verbonde aan privaat gesondheidsorg moes individue en hul werkgewers versekering vir die broodwinner en sy afhanklikes bekom. Verskaffers van hierdie versekering is bekend as mediese skemas en word in Suid-Afrika deur Wet 72 op Mediese Skemas van 1967 beheer. Wysigings aan hierdie Wet is gedurende Februarie 1993 deur die Parlement goedgekeur in 'n poging om die styging in die koste van gesondheidsorg aan bande te lê. Hierdie wysigings maak onder andere voorsiening vir totstandbrenging van bestuurde gesondheidsorg-organisasies deur die mediese skema of die kontraktering van 'n mediese skema met sodanige organisasies.

Hierdie vorm van gesondheidsorg het in die Verenigde State van Amerika 'n besparing van tot 40%, vergeleke met die tradisionele fooi-vir-diens-stelsel wat tot op hede in Suid-Afrika bedryf is, tot gevolg gehad (Broomberg & Price, 1990:131). Van die

2./.....

belangrikste redes vir hierdie prysverskil is die sogenaamde verskaffer-geïnduseerde vraag waar die diensverskaffer sy dienste na willekeur vermeerder om by sy teikeninkomste te pas. Dit het gewoonlik ook 'n styging in hospitalisasie tot gevolg, sowel as 'n toename in koste van spesiale ondersoeke.

Met derdeparty betrokkenheid by die koste is nóg die verskaffer nóg die pasiënt altyd bewus van die koste-implikasie. Waar die mediese skema bestuurde gesondheidsorg toepas, kan alle diensverskaffers soos algemene praktisyns, aptekers, spesialiste en fisioterapeute voltyds of deelyds in diens geneem word en dienste verskaf aan lede van die mediese skema in 'n kliniek of hospitaal wat deur die mediese skema bestuur word of gekontrakteer is. Sodoende kan strenger beheer oor koste toegepas en abnormale winste deur diensverskaffers uitgeskakel word.

Verdere kostevoordele kan beding word deur beperking van die verskeidenheid van geneesmiddels en die aankoop daarvan in groter volumes. Die begroting van die Bestuurde Gesondheidsorg-organisasie (BGO) kan ook vooraf vasgestel en aan diensverskaffers bekend gemaak word, en deur terapeutiese protokolle en eweknie-evaluasie kan besparing afgedwing word, sou dit nie spontaan geskied nie (Broomberg & Price, 1990:135).

Ten spyte van die kostevoordele wat bestuurde gesondheidsorg inhoud, is dit 'n relatief onbekende konsep in Suid-Afrika. Die diensverskaffers soos dokters wat ook 'n rol as openbare meningsvormers speel, is bevooroordeeld teenoor die sisteem en beskou dit as 'n bedreiging.

1.2 PROBLEEMSTELLING:

Die onbeheerbare opwaartse kostespiraal wat die fooi-vir-diens-vergoedingstelsel vir privaat gesondheidsorg meegebring het, sal

3./.....

dringend aangespreek moet word. Bestuurde gesondheidsorg het elders in die wêreld uitstekend daarin geslaag om die fooi-vir-diens-stelsel te vervang as lonende alternatief. Dit kan ook in Suid-Afrika gebeur as die vormers van gesondheidsorgbeleid soos die regering en professionele liggame, sowel as diensverskaffers, die publiek en versekeraars van gesondheidsorg die konsep aanvaar en toepas.

Die vernaamste struikelblok vir bestuurde gesondheidsorg en sy voorstanders is die persepsie dat dit gesondheidsorg van 'n laer kwaliteit tot gevolg het en dat dit dus tot laer vlakke van verbruikerstevredenheid sal lei. Hierdie persepsie sal ontmoedig moet word deur dit verkeerd te bewys, voordat algemene aanvaarding van bestuurde gesondheidsorg sal plaasvind.

1.3 DOELSTELLINGS VAN DIE STUDIE:

Weens die verskaffers en finansiers van gesondheidsorg in Suid-Afrika se gebrek aan ondervinding met, en die breë publiek se gebrek aan kennis van die konsep van bestuurde gesondheidsorg, is dit moeilik om die moontlike sukses daarvan te bepaal. Die studie stel hom eerstens ten doel om uit 'n ontleding van die literatuur te bewys dat bestuurde gesondheidsorg 'n uitstekende alternatief vir die fooi-vir-diens-stelsel as finansieringsmeganisme van privaat gesondheidsorg in die algemeen is.

Voorts het die studie ten doel om 'n aantal lede van 'n tradisionele fooi-vir-diens-mediese fonds en 'n bestuurde gesondheidsorg-organisasie se tevredenheid met die gesondheidsorg wat deur elk van die twee stelsels aangebied word, met mekaar te vergelyk.

Indien daar bewys kan word dat die lede van die bestuurde

gesondheidsorg-organisasie net so tevrede of meer tevrede met hul sorg is as die lede van die fooi-vir-diens-skemas, kan aangevoer word dat bestuurde gesondheidsorg 'n beter alternatief is. Dit sal geld teen die agtergrond daarvan dat bestuurde gesondheidsorg wêreldwyd goedkoper aangebied kan word as fooi-vir-diens-sorg.

1.4 BEPERKINGS VAN DIE STUDIE:

Die studie gaan hom uitsluitlik by gesondheidsorg, en meer spesifiek privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika bepaal. Finansiering van privaat gesondheidsorg hoofsaaklik deur die fooi-vir-diens-stelsel, en bestuurde gesondheidsorg gaan die fokuspunt wees en die wenslikheid van die breë internasionale ondervinding in Suid-Afrika gaan ondersoek word.

Die literatuurstudie is beperk tot die Amerikaanse ondervinding met die konsep van bestuurde gesondheidsorg, vergelykings tussen bestuurde gesondheidsorg en tradisionele gesondheidsorgplanne aldaar en die dilemmas in gesondheidsorg en moontlike oplossings daarvan in Suid-Afrika. Die verskillende modelle van bestuurde gesondheidsorg met hul voor- en nadele gaan kortliks bespreek word en die Suid-Afrikaanse ondervinding met die konsep gaan uitgelig word.

Die empiriese studie sal beperk wees tot twee homogene groepe blouboordjiewerkers in die yster- en staalnywerheid wat onderskeidelik van 'n tradisionele mediese skema en van 'n bestuurde gesondheidsorg-organisasie vir hul mediese sorg afhanklik is. Die studie sal toegespits wees om die tevredenheid van die twee groepe werkers met die gesondheidsorg wat hulle benut, te bepaal en met mekaar te vergelyk. Daar gaan ook gekyk word watter faktore tevredenheid by elk van die twee groepe die meeste beïnvloed en in watter opsigte hul houdings ooreenstem of verskil. Daar gaan voorts gepoog word om te bewys dat bestuurde gesondheidsorg 'n beter alternatief is as tradisionele fooi-vir-

diens in die lewering van gesondheidsorg.

1.5 OMSKRYWING VAN KERNBEGRIPE:

Bestuurde gesondheidsorg vind plaas waar die mediese skema, direk of indirek, betrokke raak by dienslewering aan sy lede en nie net as versekeraar optree om alle eise van verskaffers op 'n fooi-vir-diens-basis te betaal nie.

'n **Bestuurde gesondheidsorg organisasie** (health maintenance organization) is 'n onderneming wat diensverskaffers soos geneeshere, tandartse, fisioterapeute en laboratoriumpersoneel op 'n voltydse, deeltydse of kontrakbasis in diens neem ten einde 'n omvattende diens aan sy lede te lewer. Die inkomste van die organisasie is afkomstig van die lid en/of sy werkgewer deur 'n vaste maandelikse bydrae wat vooruit betaalbaar is.

Mediese skema beteken 'n versekeringskema gestig met die doel om voorsiening te maak vir lede en hul afhanklikes om enige erkende gesondheidsdiens gratis te bekom of om hulle finansieel te ondersteun in die betaling van uitgawes aangegaan vir gesondheidsorg.

Gesondheidsdiens behels enige mediese, sielkundige, paramediese, verpleegkundige, chirurgiese of tandheelkundige behandeling, en sluit in die voorsiening van geneesmiddels of mediese, chirurgiese, tandheelkundige of optiese toerusting of benodigdhede, of akkommodasie in 'n hospitaal of kraaminrigting of verpleeginrigting.

Diensverskaffers sluit alle gesondheidsberoepe in soos dokters, spesialiste, aptekers en fisioterapeute wat gesondheidsorg aan lede van 'n mediese skema kan bied.

1.6 VERDERE VERLOOP VAN DIE STUDIE:

In Hoofstuk 1 word inleidende konsepte soos die probleemstelling, doelstellings van die studie en beperkings daarvan bespreek.

In Hoofstuk 2 word 'n literatuurstudie aangaande die konsep van bestuurde gesondheidsorg binne die beperkinge soos hierbo bespreek, weergegee.

In Hoofstuk 3 word die empiriese studie ten opsigte van navorsingsomvang en statistiese metode bespreek.

In Hoofstuk 4 word die resultate van die studie weergegee.

'n Samevatting word in Hoofstuk 5 verskaf.

'n Opsomming in Engels volg voor die bibliografie. Die vraelys wat in die navorsing aangewend is, sowel as meer gedetailleerde navorsingsresultate word in bylaes tot die studie vervat.

HOOFSTUK 2

LITERATUURSTUDIE

2.1 INLEIDING:

Vir enige land se ekonomie om te slaag, moet sy arbeidsmag toegang tot 'n bekostigbare gesondheidsorgstelsel hê wat effektief sal toesien dat die lede daarvan in 'n optimale toestand en fisieke en geestelike gesondheid verkeer.

Die dramatiese styging in die koste van gesondheidsorg is wêreldwyd 'n kommerwekkende verskynsel. Oor die sewejaar periode tussen 1983 en 1990 het die koste van privaat gesondheidsorg met 322% gestyg teen 'n inflasiekoers van 151% oor dieselfde periode (Slabbert, 1992:12).

Die Wêreldgesondheidsorganisasie raam dat 5% van 'n land se bruto nasionale produk teen die jaar 2000 aan gesondheidsorg bestee behoort te word om 'n omvattende diens aan al sy inwoners te lewer. In 1987 het die koste van gesondheidsorg in Suid-Afrika alreeds 5,8% van die bruto nasionale produk beloop (De Villiers, 1990:4). Byna die helfte (2,6%) van hierdie fondse is aan privaatsorg bestee wat maar sowat 20% van die populasie bedien. (McIntyre & Dorrington, 1990:126).

Mediese fondse stuur al die afgelope paar jaar op 'n finansiële ramp af wat aangehelp is deur die oorgebruik en wangebruik van mediese skemas. Gedurende 1990 was die onderskrywingsverlies van die mediese fondsebedryf in totaal sowat R100 miljoen ten spyte van stygings in ledebydraes van tussen 25% en 30% teenoor die voorafgaande jaar. Die totale jaarlikse premie-inkomste van die mediese skemas is net so groot soos dié van die korttermynversekeringsbedryf, maar hul reserwes is vier maal kleiner (Basson, 1993:10). Gedurende 1991 het nege mediese skemas insolvent geraak en 88 uit sowat 200 het bedryfsverliese getoon (Deeb, 1993:5).

Hierdie dreigende totale ineenstorting van privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika het aanleiding gegee tot die publikasie van die Wysingswetsontwerp op Mediese Skemas in 1991. Hierdie Wetsontwerp is opgestel na wye oorlegpleging met die betrokke partye en met die aanbevelings van die Browne-Kommissie in gedagte en is in Februarie 1993 met enkele veranderings in die parlement aanvaar.

Die belangrikste implikasies van die nuwe wet is dat gewaarborgde betalings aan diensverskaffers volgens die voordeleskaal gestaak word en dat die weg gebaan word vir mediese skemas om hul eie gesondheidsorgdienste te lewer. Waar die versekeraar self die diens lewer of aan 'n instansie of instansies kontrakteer, word bestuurse gesondheidsorg volgens een van verskeie modelle bedryf.

Bestuurse gesondheidsorg soos dit vandag algemeen in die Verenigde State van Amerika bedryf word, was ingevolge wetgewing tot onlangs nie toegelaat nie. Die enigste bestuurse gesondheidsorg-organisasie met 'n lang en suksesvolle geskiedenis in Suid-Afrika word deur Vaalmed in Vanderbijlpark bedryf. Dit is geskoei op die stafmodel "Health Maintenance Organization" van Henry Kaiser wat ook met groot sukses in Amerika toegepas word.

Van 1982 tot 1989 het tradisionele fooi-vir-diens gesondheidsorg soos dit steeds in Suid-Afrika bedryf word, in die VSA afgeneem van 95% van die totaal tot 24,9% van die totale spektrum. Die res het uit een of ander vorm van bestuurse gesondheidsorg bestaan (Mallory, 1990:38). Die belangrikste faktore wat die keuse van 'n gesondheidsorgmodel bepaal, is die koste en die kwaliteit daarvan. As die mediese skemas 'n wesenlike deel van die Suid-Afrikaanse privaatmark met bestuurse gesondheidsorg wil oorneem, sal aan beide hierdie faktore aandag gegee moet word. In die VSA is die belangrikste redes hoekom individue nie bestuurse gesondheidsorg-organisasies van die stafmodel of kapitasiemodel verkies nie, die persepsie van minderwaardige

diens en die perk op vrye keuse van diensverskaffers (Savitz, 1991:21). Om die koste van die verskillende modelle te bepaal en te vergelyk is eenvoudig, maar om die houdings, persepsies en voorkeure van individue te bepaal en te vergelyk, blyk heelwat moeiliker te wees (Dolinsky & Caputo, 1990:32).

Dit is duidelik dat privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika by 'n kruispad gekom het en dat die fooi-vir-diens-stelsel nie meer bekostigbaar is vir die ekonomies aktiewe deel van die populasie nie. Stappe sal dringend gedoen moet word om die stelsel te hervorm, en bestuurde gesondheidsorg skyn een van die min opsies te wees.

2.2 HISTORIESE AGTERGROND:

Die Bestuurde Gesondheidsorg-organisasie idee het sy oorsprong al in 1798 in die VSA gehad met die totstandkoming van die U.S. Marine Hospital Service wat volgens 'n voorafbetaalde ooreenkoms gesondheidsorg aan Amerikaanse seesoldate verskaf het. Die volgende groot ontwikkeling langs dié weg was gedurende die Tweede Wêreldoorlog toe die Oorlogarbeidsraad in die VSA beperkings op vergoeding van werkers geplaas het en vrywillige onderhandelinge tussen werkgewers en vakbonde toegelaat het om gesondheidsvoordele vir werkers in die werkplek te skep (Paley, 1993:5).

Die belangrikste motivering vir voorafbetaalde sorg gedurende hierdie periode was om toegang tot gesondheidsorg te verseker vir mense wat geen mediese versekering gehad het of nie privaat gesondheidsorg kon bekostig nie. Meer onlangs het kostebesnoeiing van gesondheidsorg as 'n deel van die bruto nasionale produk egter 'n belangrike motivering vir die implementering van bestuurde gesondheidsorg geraak.

Gedurende die veertiger- en vyftigerjare het die Kaiser-

Gesondheidsplanne in die VSA getoon hoe doeltreffend die aanwending van voorafbetaalde fondse kan wees vir 'n plan wat nie net vir sorg betaal nie, maar dit ook verskaf. Hierdie kombinasie van betaling van voordele tesame met die verantwoordelikheid van die gesondheidsversekeringsprogram om die gesondheidsdiens te verskaf, was die voorloper van bestuurse gesondheidsorg-organisasies soos ons dit vandag ken. Vandag is Kaiser Permanente een van die grootste bestuurse gesondheidsorg-organisasies in die VSA met meer as 7 miljoen lede.

In 1954 het 'n ander vorm van bestuurse gesondheidsorg binne die fooi-vir-diens-raamwerk ontstaan toe 'n groep dokters hul outonomie wou behou, maar koste wou bespaar en kwaliteit verbeter. Dit was die voorloper van wat vandag as 'n onafhanklike praktyk-assosiasie bekend staan (Veliotes, Magennis & Brown, 1993:72).

Die belangrikste faktor wat bestuurse gesondheidsorg organisasies se ontwikkeling in die VSA in die 70's en 80's bevorder het, was die Wet op Bestuurse Gesondheidsorg-organisasies van 1973. Dit het voortgespruit uit gesondheidsbeleid wat deur die Nixon-Administrasie ontwikkel is ten einde nuwe programme in te stel wat voorkomende geneeskunde sou bevorder en aansporings vir diensverskaffers sou skep om mense gesond te hou eerder as om sorg aan die siekes te verskaf.

Die doel van die wet was om wetlike en finansiële struikelblokke wat BGO-ontwikkeling gekortwiek het, te verwyder. Werknemers was nou in staat om te kies tussen 'n BGO en 'n tradisionele mediese skema vir hul gesondheidsorg. Finansiering in die vorm van lenings, kontrakte en leningswaarborgs is verskaf om BGO's aan die gang te kry. Om vir hierdie finansiële hulp te kon kwalifiseer, moes die BGO finansiële lewensvatbaar blyk te wees en in staat wees om sekere gesondheidsdienste aan sy lede te lewer. Bepaalde finansiële verslagdoenings- en

aansluitingsriglyne is ook deur die wetgewing voorgeskryf (Paley, 1993:6). Lidmaatskap van BGO's sedert 1983 het teen 'n koers van oor die 15% gegroei en dié organisasies het hulle stewig in die Amerikaanse Gesondheidsorgmark gevestig (Tollman, Schopper & Torres, 1990:154).

2.3 DIE HUIDIGE POSISIE VAN BESTUURDE GESONDHEIDSORG:

In die VSA bly bestuurde gesondheidsorg die vinnigste groeiende sektor van die gesondheidsorg-industrie en sowat 40 miljoen mense is daarvan afhanklik vir hul gesondheidsorg. Die doel van hedendaagse bestuurde gesondheidsorg behoort te wees om aan die individu al die gesondheidsorg wat hy in sy lewe mag nodig kry, te lewer. Dit kan net gedoen word deur voorkomende sorg, siekesorg, geestelike gesondheidsorg, katastrofesorg en inrigtingsorg soos benodig, in te sluit.

Dit kan saamgevat word as 'n geïntegreerde sorgstelsel, gebaseer op omvattende voordele waarvoor vooruitbetaal word met 'n gesondheidsorgplan deur die verbruiker gekies (Paley 1993:6). Die bekendste modelle van bestuurde gesondheidsorg wat tans in gebruik is, is Bestuurde Gesondheidsorg-organisasies (H.M.O.), die Voorkeurverskaffersorganisasies en die Eksklusiewe Verskaffersorganisasie.

2.3.1 BESTUURDE GESONDHEIDSORG-ORGANISASIES (BGO):

Die aansporings vir diensverskaffers binne bestuurde gesondheidsorgorganisasies is daarop gerig om lede gesond te hou, onnodige gebruik van dienste te voorkom en die beste sorg teen die laagste moontlike koste te verskaf. Die vyf belangrikste kenmerke van 'n BGO is:

- (a) 'n kontraktuele ooreenkoms om 'n bepaalde reeks

gesondheidsdienste te lewer;

- (b) voorsiening van dienste aan 'n bepaalde populasie;
- (c) om vrywillige aansluiting van lede toe te laat;
- (d) om vaste en periodieke betaling van lede te ontvang; en
- (e) 'n aanvaarding van finansiële risiko in die verskaffing van dienste (Tollman, Schopper & Torres, 1990:151).

Vergoeding aan diensverskaffers varieer met die bepaalde BGO-model en kan bestaan uit 'n vaste salaris vir dienste gelewer, fooi-vir-diens teen 'n verminderde tarief, of 'n vaste voorafbepaalde betaling per pasiënt wat as per capita-fooi bekend staan (Savitz, 1990:9).

Daar is tans vyf algemene modelle van BGO's in bedryf:

2.3.1.1 STAFMODEL-BGO:

In terme van hierdie model verkry die BGO lidbydraes vooruit op 'n konstante basis en neem dan diensverskaffers soos dokters, aptekers en verpleegpersoneel in deeltydse of voltydse diens. Hulle kan vergoed word deur 'n vaste salaris aangevul deur bonusse vir na-uurse werk en vir addisionele werkladings of deur 'n per capita-fooi waar die dokter 'n vaste bedrag per lid van die organisasie ontvang.

Die werking van hierdie model beperk die aansporings tot die oorbediening van pasiënte en is ideaal geskik vir eweknie-evaluasie deur vergelykbare diensverskaffers ten opsigte van koste en kwaliteit van pasiëntesorg. Aanspreeklikheid van diensverskaffers teenoor bestuur maak die beleid en norme afdwingbaar.

Stafmodel-BGO's bedryf dikwels hul eie hospitale vir hul lede en die klem val op kostebesparende behandeling en die beperking van hospitalisasieduur. Die dagkliniekkonsep vir kleiner prosedures vind groot byval by pasiënte en die bestuur van die BGO.

Selfbehandeling en tuisverpleging, selfs met die toediening van binne-aarse antibiotika, is 'n konsep wat tans baie steun geniet by geselekteerde pasiënte en is veral goed verenigbaar in die Stafmodel-BGO met voltydse personeel en fasiliteite (Miller, 1993:48).

Alhoewel die dienste wat aangebied word gewoonlik omvattend is en alle algemene spesialiteite insluit, is die belangrikste nadeel van hierdie model die beperkte keuse wat lede het ten opsigte van diensverskaffers en diensfasiliteite soos hospitale. Indien 'n pasiënt van 'n diensverskaffer of fasiliteit buite die BGO wil gebruikmaak, moet hy self die koste daarvoor dra. Daar word gewoonlik voorsiening gemaak vir noodgevalle in gebiede waar die BGO geen dienste lewer nie of vir spesiale dienste wat die BGO nie self kan lewer nie. Vir hierdie dienste kan die BGO spesiale kontrakte met diensverskaffers buite die BGO aangaan.

Die belangrikste voordeel van hierdie model is die kostebesparende effek wat strenger beheer oor diensverskaffers en die aard van die vergoedingsmeganismes tot gevolg het.

2.3.1.2 GROEPMODEL-BGO:

'n Groeppraktyk is 'n afsonderlike entiteit wat die vorm van 'n vennootskap, beslote korporasie of 'n ander assosiasie kan aanneem (Veliotes, Margennis & Brown, 1993:58). Daar bestaan gewoonlik 'n kontrak tussen die groeppraktyk en die BGO en daar bestaan dus inderdaad 'n bedryfsvennootskap tussen die diensverskaffers en die BGO (Paley, 1993:7). Die groeppraktyk kan enkel- of multi-spesialiteit wees en die huur, toerusting,

rekeningstelsel en ondersteunende personeel word gewoonlik gedeel.

Die groeppraktyk is verantwoordelik vir óf 'n deel van óf die totale diens aan 'n bepaalde populasie wat lede is van die BGO (Savitz, 1991:39). Die BGO vergoed dan die groep vir die dienste gelewer teen 'n voorafbepaalde tarief en die groep vergoed sy diensverskaffers en hospitale wat gebruik word. Die groep kan hul dienste voltyds aan die BGO aanbied of ander pasiënte buite die BGO plan ook behandel.

2.3.1.3 ONAFHANKLIKE PRAKTYKASSOSIASIE:

'n Onafhanklike Praktykassosiasie (OPA) ontstaan wanneer 'n groep dokters in privaat praktyk affilieer met die spesifieke doel om dienste te lewer aan 'n BGO (Savitz, 1991:9). Dit is ook dikwels as 'n individuele praktykassosiasie bekend en die vergoeding geskied volgens 'n onderhandelde tarief wat gewoonlik vooruitbetaalbaar is. Die dokters gaan voort om nie-BGO-lede te behandel en behou hul eie spreekkamers, mediese rekords en ondersteunende personeel. Dokters sluit dikwels by meer as een OPA aan as hulle aan die voorafbepaalde kriteria van elkeen voldoen.

In die VSA is die OPA die gewildste vorm van bestuurde gesondheidsorg en maak sowat 60% van gesondheidsorgplanne en 40% van totale lidmaatskap uit (Savitz, 1991:9). Hierdie ondernemingsvorm is ook onder dokters baie gewild, aangesien hulle gesamentlik met BGO's kan beding en lid word van 'n verenigde forum.

2.3.1.4 NETWERKMODEL-BGO:

Volgens hierdie model word bestuurde gesondheidsorg gelewer deur

een of meer onafhanklike groepe dokters wat enkel of veelvuldige spesialiteite mag insluit en dan 'n netwerk van dienste en fasiliteite aan lede bied. Gewoonlik betaal die BGO elke groeppraktyk op 'n allesinsluitende per capita-basis en dan is die groep verantwoordelik vir die voorsiening van die hele spektrum van dienste aan die lede van die BGO wat hulle bedien. Hulle kan pasiënte verwys en buite die netwerk laat behandel, maar hulle dra dan gewoonlik die addisionele koste. Die diensverskaffers gebruik hul eie spreekkamers en mag ook pasiënte van buite die netwerk vir addisionele inkomste behandel.

2.3.2 VOORKEURVERSKAFFERSORGANISASIE (VVO):

Die struktuur van 'n voorkeurverskaffersorganisasie is verwant aan dié van 'n fooi-vir-diens-stelsel in terme van die vryheid van keuse, maar met koste-aansporings om bepaalde voorkeurverskaffers van dienste te gebruik. Die verskaffers is gekontrakteer om hul dienste goedkoper aan te bied in ruil vir 'n groter volume pasiënte wat aangemoedig word om hul dienste bo dié van ander verskaffers te benut. Die betalingsvoorwaardes word vooraf vasgestel en betaling geskied gewoonlik vinnig en direk aan die diensverskaffer, wat neerkom op gewaarborgde betaling van 'n afslagfooi. Diensverskaffers moet hulle gewoonlik ook aan bepaalde besparingsmaatreëls soos eweknie-evaluasie onderwerp. Lede kan ook gebruik maak van ander diensverskaffers wat nie deelneem aan die skema nie, maar moet dan die verskil in koste self dra of tot 'n ander plan behoort wat dit toelaat.

VVO's neem self geen finansiële risiko nie, maar maak van versekeraars gebruik om eise te hanteer. 'n VVO word dikwels vir 'n bepaalde werkgewer se werkers geskep en is gewoonlik meer gewild by die verbruiker as die bestuurse gesondheidsorg-organisasies, hoofsaaklik weens die kleiner hoeveelheid beperkings (Savitz, 1991:21). Deur onderhandelinge met organisasies soos werkgewers en finansier van gesondheidsorg voeg

VVO's 'n element van mededinging by gesondheidsorgdienste.

2.3.3 EKSKLUSIEWE VERSKAFFERSORGANISASIE:

'n Eksklusiewe Verskaffersorganisasie (EVO) bestaan uit 'n netwerk van gesondheidsdiensverskaffers byeengebring deur die versekeraar, die werkgewer of deur die verskaffers self wat eksklusief aan 'n bepaalde groep kliënte dienste lewer. Die kliënt kan nie buite die netwerk om dienste aanklop soos in die geval van die VVO, sonder dat hy of sy die volledige koste daarvan sal moet dra nie. Die belangrikste verskil tussen 'n EVO en 'n BGO is opgesluit in die vergoeding van die diensverskaffers. By die BGO ontvang hulle tipies 'n maandelikse voorafbetaling per lid of 'n vaste salaris, terwyl hulle in geval van die EVO slegs vergoed word vir dienste gelewer aan lede. By beide laasgenoemde modelle word vryheid van keuse van diensverskaffers opgeoffer vir kostebesparing (Madlin, 1991:48).

Die groot aantal bestaande modelle van bestuurde gesondheidsorg dui op die buigbaarheid van hierdie vorm van gesondheidsorgfinansiering. Die model kan gekies word om te pas by die ekonomiese en sosiale behoeftes van die verbruiker sowel as die diensverskaffers van wie hy of sy gebruik maak. By die keuse van die geskikte model sal die versekeraar asook die versekerde al die voor- en nadele van al die modelle, maar ook van bestuurde gesondheidsorg in geheel moet oorweeg. Dit staan in skerp kontras teenoor die fooi-vir-diens-stelsel wat min buigbaarheid binne die sisteem toelaat.

2.3.4 VOORDELE VAN BESTUURDE GESONDHEIDSORG:

(a) Kostebesparing:

Die potensiaal van bestuurde gesondheidsorg om aansienlike

besparings met 'n bevredigende standaard van sorg te bied, word algemeen erken. By voorafbetaalde modelle is besparings van 10 tot 40 persent moontlik, vergeleke met tradisionele gesondheidsversekering. Die kostevoordeel varieer van een model na 'n ander en neem af namate die vryheid van keuse van die verbruiker toeneem. Die kostebesparing geskied gewoonlik deur óf 'n afname in die koste per eenheid diens gelewer óf 'n afname in die benutting van die sorg, maar neem daarna dikwels teen dieselfde tempo toe as die res van die spektrum (Tollman, Schopper & Torres, 1990:154).

(b) Organisatoriese Voordeel:

Die integrasie van die finansiering en lewering van gesondheidsorg vereis 'n hoë mate van koördinasie en beplanning. Dit word selde aangetref by fooi-vir-diens-sorg waar elke diensverskaffer in afsondering van mekaar en van die instansie wat dit finansier, funksioneer (Broomberg, De Beer & Price, 1990:141).

(c) Kwaliteit van Sorg:

Vir pasiënte wat nie vir staatsondersteunde gesondheidsdienste kwalifiseer nie, is resultate ná behandeling by bestuurde gesondheidsorg vergelykbaar met dié in 'n konvensionele praktyk. Studies het bewys dat die tempo van diskresionêre chirurgie en mediese toelatings minder is by pasiënte wat van bestuurde gesondheidsorg gebruik maak as by dié wat van fooi-vir-diens gebruik maak (Tollman, Schopper & Torres, 1990:155). Die klem val nou op voorkomende sorg en 'n toestand van voortdurende goeie gesondheid word bevorder.

Deurdat bestuurde gesondheidsorg neig om diensverskaffers onder een dak saam te trek, bied dit die pasiënt 'n verskeidenheid

dienste by een fasiliteit. Deur die groter mate van beheer wat die skema oor diensverskaffers het, kan lede se belange beter beskerm word en kan hulle direk met die skema kommunikeer. Hul insette kan ook benut word in die beplanning en voorsiening van dienste (Broomberg, De Beer & Price, 1990:141).

2.3.5 NADELE VAN BESTUURDE GESONDHEIDSORG:

(a) Beperkte keuse van diensverskaffers:

Kostebestuur- en onderhandeling neem af met 'n toename in die aantal gekontrakteerde diensverskaffers en dus die reikwydte van die lid se keuse. Ten einde kostebeheer toe te pas, moet die keuse van die lid ten opsigte van diensverskaffers in meerdere of mindere mate beperk word. Deur die lid 'n paar opsies van verskillende modelle met variërende beperkings en koste te bied, word die mate waarin sy keuse beperk word, deur homself bepaal.

(b) Afname in kwaliteit van sorg:

Onderbediening van lede kan plaasvind as daar streng beperkings op spesiale ondersoeke, verwysings en hospitaaltoelatings toegepas word. Deur die toepassing van eweknie-evaluasie en totale kwaliteitsbestuur, kan dit voorkom word (McLaughlin & Kaluzny, 1990:7). Staatsbeheer mag nodig wees om toe te sien dat uitbuiting van pasiënte op hierdie wyse nie plaasvind nie (Tollman, Schopper & Torres, 1990:158).

(c) Weerstand van diensverskaffers:

Die fooi-vir-diens-stelsel laat 'n groot hoeveelheid professionele outonomie van diensverskaffers toe. Veral dokters is baie gesteld op hul kliniese onafhanklikheid en sien dikwels gesondheidsbestuurders as 'n bedreiging. In die openbare sektor is daar egter alreeds goeie werksverhoudings tussen hierdie

groepe en as die vrese van diensverskaffers sensitief en billik bestuur word, kan die probleem voorkom word (Price, 1992:22).

2.3.6 KRITIEKE SUKSESFAKTORE VIR BESTUURDE GESONDHEIDSORG:

Voordat 'n versekeraar bestuurde gesondheidsorg kan implementeer, sal hy eers 'n behoorlike lewensvatbaarheidstudie moet onderneem. Vir hierdie doel is die evaluasie van bepaalde kritieke suksesfaktore onontbeerlik.

(a) Omgewingsfaktore:

Bestuurde gesondheidsorg ontstaan gewoonlik as gevolg van bepaalde ekonomiese en sosiale omstandighede. Dit sou dus dwaas wees om hierdie komplekse organisatoriese tegnologie sonder wysiging en aanpassing na 'n verskillende sosiale omgewing oor te dra.

(b) Lidmaatskap:

'n Bepaalde bevolkingskonsentrasie word vereis ten einde 'n bestuurde gesondheidsorg-organisasie tot stand te bring. In die VSA word 'n minimum van 25 000 lede vereis, dit wil sê met 'n penetrasiekoers van 10% is 'n populasie van 250 000 nodig. Indien lidmaatskap verpligtend raak, neem die vereiste populasiegrootte af.

(c) Mededinging:

Slegs onderlinge mededinging tussen bestuurde gesondheidsorg-organisasies en ander privaatsektor gesondheidsorgverskaffers kan lae pryse en kwaliteit van sorg verseker. Waar BGO's as enkelvoorsiener van sorg funksioneer, word mededinging vermy en dit mag aansporings tot koste-besparende bestuur en kwaliteit van sorg nadelig beïnvloed.

(d) Bestuurskundigheid:

'n BGO is 'n diensorganisasie met groot volumes interaksies en transaksies. Dienste aan lede en verskaffers moet spoedig en akkuraat gelewer word. Goed opgeleide personeel en voldoende rekenaartoerusting en bestuursinligting word vereis.

(e) Oprigtingskapitaal:

Soos enige ander instansie moet 'n BGO ook aanvangskapitaal hê om kapitaaluitgawes en herhalende koste aan die begin te bestry. In die VSA word tussen \$1 en \$2 miljoen as 'n voorvereiste gestel. Daar bestaan ook norme vir voldoende reserwes om sekuriteit aan lede te bied.

(f) Diensverskaffers:

Die belangrikste diensverskaffers is dokters en hospitale en hulle is essensieel om 'n BGO te begin. Kontrakte van verskeie aard kan met diensverskaffers aangegaan word om hul dienste teen 'n bekostigbare tarief te bekom. Kwaliteit van sorg moet altyd in gedagte gehou word as daar om dienste beding word (Tollman, Schopper & Torres, 1990:157).

2.3.7 SAMEVATTING:

Bestuurde gesondheidsorg is 'n komplekse sisteem wat aktief bestuur moet word om te slaag. Dit is 'n dinamiese proses met baie veranderlikes wat met die geografiese omgewing, sosiopolitieke faktore en markkragte geïntegreer moet word.

Relevante bestuursinligting oor al die aspekte van die sisteem sowel as die eksterne omgewing is essensieel om 'n ideale model te kies en suksesvol te bedryf. Dit is noodsaaklik vir die beplanning sowel as die bedryf van die stelsel. Al die hulpbronne sowel as die vele betrokke partye, soos die

versekeraar, sy bestuurskomponent, die diensverskaffers en die kliënte, moet in ag geneem word in die bedryf van die sisteem.

Streng finansiële en kwaliteitskontrole moet binne die sisteem gehandhaaf word met maksimale voordeel aan die kliënt. Interaksie tussen die rolspelers moet sensitief bestuur word om eienaarskap van al die belangegroep te verseker.

Bestuurde gesondheidsorg is die ideale sisteem om privaat gesondheidsorg in te bedryf, mits die aard van die bestuur daarvan by die model pas en die model by die omgewing pas.

2.4 DIE ERVARING MET BESTUURDE GESONDHEIDSORG IN SUID-AFRIKA

Bestuurde gesondheidsorg is 'n relatief onbekende konsep in Suid-Afrika. Dit het eers onlangs in die media begin aandag geniet toe wysigings aan wetgewing die inbedryfstelling daarvan na baie jare weer begin toelaat het. Die enkele voorbeelde daarvan het ontstaan voor die wysigingswetgewing van 1974, die uitbreiding daarvan onmoontlik gemaak het. Selfs die enkele gebruikers van hierdie instansies besef nie altyd dat die bestuur van die gesondheidsorgstelsel wat hulle benut, totaal anders is as dié van die tradisionele fooi-vir-diens-stelsel nie.

Die Mediese Bystandsverenigings wat tot onlangs nog bestaan het, (waarna dit ingevolge die Wysigingswet op Mediese Skemas van 1993 voortaan ook as mediese skemas sal bekend staan) was in beginsel baie nou verwant aan 'n bestuurde gesondheidsorg organisasie. Die Mynbystandsvereniging het meer as 50 jaar gelede ontstaan en bedryf 'n diens met sy eie hospitaal en sommige diensverskaffers wat óf voltyds óf deelyds, volgens 'n per capita-fooi per lid, dienste voorsien. Daar bestaan ook ander voorbeelde van hierdie bystandsverenigings, maar hulle het in onguns verval omdat hulle die gesondheidsorg teen so 'n lae prys probeer lewer het dat dit

onmoontlik was om aanvaarbare kwaliteit te verseker (Price, 1992:22).

Daar is egter ook voorbeelde van BGO's wat goed funksioneer. Een hiervan is die Vaalmed-Skema in Vanderbijlpark. Hierdie staf-model-BGO bedien die werkers van die twee grootste werkgewers in die omgewing, naamlik Dorbyl Engineering en Yskor. Vaalmed bied 'n relatief wye keuse van dienste en diensverskaffers aan sy lede vir lidbydraes wat meer as 'n derde goedkoper is as wat mededingende mediese skemas kan bied. Die vernaamste besparings is op medisyne wat self aangekoop en deur voltydse aptekers uitgereik word en spesiale ondersoeke wat beperk word. Daar is ook heelwat besparing op hospitaalkoste deurdat 'n eie hospitaal bedryf word.

Vaalmed is 'n duidelike bewys dat bestuurde gesondheidsorg suksesvol bedryf kan word in Suid-Afrika. Tot dusver was bestuurde gesondheidsorg egter hoofsaaklik beskikbaar vir werknemers van bepaalde groot organisasies en is as interne skemas vir die werknemers bedryf. Ander groot werknemers en selfs vakbonde toon tans belangstelling in hierdie vorm van sorg. Mediesefonds-administrateurs span ook toenemend bestuurde gesondheidsorg-beginsels soos eweknie-evaluasie en beperkings op die keuse van geneesmiddels in (Boomberg, De Beer & Price, 1990:142).

Die fooi-vir-diens-stelsel sal waarskynlik nog lank met ons wees, maar sal geleidelik 'n "bestuurde" karakter ontwikkel of moet plek maak vir bestuurde gesondheidsorg. 'n Nasionale gesondheidsorgplan waar al die ekonomies aktiewe burgers tot een staatsbeheerde fonds bydra en dienste benut, geniet ook tans aandag en die implementering daarvan kan groot veranderings in die privaat gesondheidsorgstelsel, soos ons dit vandag ken, tot gevolg hê.

2.5. DIE TOEKOMS VAN BESTUURDE GESONDHEIDSORG

In 'n poging om onbeheerde kostestygings in die gesondheidsversekeringsektor van die VSA te stuit, het die gesondheidsversekeringsbedryf gedurende die afgelope dekade grootskaalse herstrukturering ondergaan.

Tradisionele fooi-vir-diens planne wat tans nog die mees algemene tipe in Suid-Afrika is, het in die VSA van 95% tot in 1992 tot 23% van die totaal in 1990 afgeneem. Die res word opgemaak deur 'n verskeidenheid bestuurde gesondheidsorgplanne. Hierdie verskuiwings sal na verwagting voortduur met gepaardgaande veranderings vir diensverskaffers, verbruikers en werkgewers (Mallory, 1990:36).

Die omvang en impak van hierdie veranderinge is toe te skryf aan die mag van die vrye mark, entrepreneursdryfkrag en die mededingende kragte in die VSA se ekonomie. Ten spyte van hierdie veranderinge is die Verenigde State se vlak van gesondheidsbesteding hoër as die ander geïndustrialiseerde lande van die wêreld. Dit bring mee dat nog meer dramatiese herstrukturering oor die volgende dekade in die VSA nodig sal wees.

Faktore wat gesondheidsorg wêreldwyd verder mag beïnvloed, is verwerwe immuniteitsgebreksindroom (VIGS) en duur nuwe tegnologie. Om suksesvol te wees, sal versekeraars in bestuurde gesondheidsorg nog groter afslag by diensverskaffers moet beding, administratiewe koste onder 10% van die premie moet hou en noodreserwes op 'n veilige vlak moet handhaaf. Bestuursinligting sal meer gesofistikeerd moet raak deur die koppeling van diensverskaffers en die administrasie deur middel van rekenaarnetwerke.

Dit sal noodsaaklik wees om goeie dokters as diensverskaffers te bekom deur mededingende vergoedingspakkette en aangename

werksomstandighede te skep. Aansporings sal geskep moet word om kostebesparende prestasie deur die dokters te bewerkstellig. Hospitaal-, buitepasiënt- en geneesheerkapasiteit sal aangepas moet word volgens die behoefte van die lede, al moet dit langer wagtye beteken. Die gebruik van laekoste-sorgalternatiewe soos tuisversorging en die aanwending van geneesheerassistente sal oorweeg moet word. Die versekeraar sal toenemend direk betrokke moet raak by die lewering van die sorg en die vergoeding daarvoor en van sy derdepartyrol moet afsien.

Die aanbieding van bestuurde gesondheidsorg sal toenemend op 'n streekbasis moet geskied. Deur 'n stelselgerigte benadering met vertikale en horisontale integrasie op 'n streekbasis kan sorg meer effektief gelewer word. Skepping van 'n netwerk vanaf 'n bestuurde dienspunt kan in streeksverband geskied. Die spektrum van dienste gelewer in die streek moet so wyd as moontlik wees en vir verskeie versekeringsplanne toeganklik wees. Deur toe te sien dat duplikasie nie plaasvind nie, kan dienste meer ekonomies bedryf word.

Daar is ook 'n toenemende neiging tot totale eienaarskap in dienste en minder fragmentasie. Belange van afsonderlike groepe soos hospitale en versekeraars sal meer saamsmelt in streekverband. Deur die balans tussen sentralisasie en desentralisasie enersyds, en uitbreiding en rasionalisasie andersyds te vind, kan 'n BGO sy voortbestaan verseker (Brown, McCool, 1990:90). Hospitale wat geïsoleerd 'n bestaan in 'n streek probeer voer, se kans is klein om te oorleef as dit nie deel van 'n kettinggroep is nie. Die mees effektiewe strategie sal die skep van veelvuldige dienspunte in 'n bepaalde streek met maksimum markaandeel daarbinne behels.

Bestuurde gesondheidsorginstansies sal toenemend korporatiewe oorhoofse koste moet laag hou en kleiner organisasies sal moet saamsmelt in streke om meer effektief te funksioneer. Verskillende dienspunte sal dieselfde doelwitte, kultuur en

strategieë moet deel. Skaarser diensverskaffers soos mediese spesialiste sal tussen dienspunte gedeel moet word. Groeppraktyke sal in grootte toeneem en satelliet-primêresorg-sentra sal ontwikkel. Primêresorg-geneeshere sal met of sonder samesmelting by groepspraktyke kan inskakel.

Versekeringsgroepe sal wegbeweeg van stafmodel-BGO's en hulle toespits op gesondheidsversekering in geïntegreerde modelle. Bestuurde gesondheidsorginstansies sal direk met werkgewers onderhandel en kontrakte sluit om sodoende die derde party uit te skakel.

Kwaliteitprosesbestuur sal as 'n sleutelstrategie na vore kom in lewering van dienste deur bestuurde gesondheidsorg in georganiseerde instellings. Dit kan wel op kostebesparende wyse bereik word deur die korrekte aanwending van protokolle en metodologieë. Privaat hospitale sal aan die einde van die dekade óf uit hoogs ingrypende traumasentrums óf uit herstelbeddens, gekoppel aan mobielesorgsentra, bestaan. Daar sal 'n oorgang plaasvind van bed-gerigte sorg na mobiele, diagnostiese en behandelingsentra (Brown & McCool, 1990:93). Verdere kritieke suksesfaktore sal kostebesparende kliëntediens, aanpasbare rekenaarstelsels en uitmuntende benuttingshershiening van dienste wees.

Daar sal opnuut versoening in verhoudinge tussen gesondheidsversekeraars en diensverskaffers moet kom. Beide hierdie partye sal aan die verloorkant wees as bestuurde gesondheidsorg deur 'n nasionale gesondheidsorgstelsel vervang moet word. Op dieselfde wyse sal politieke bande op sentrale en plaaslike vlak deur die bestuurde gesondheidsorginstansies verstewig moet word. Die behoeftes van individue, maar ook van gemeenskappe, moet in ag geneem word in die ontwikkeling van strategieë (Mallory, 1990:112).

In Suid-Afrika kan bestuurde gesondheidsorg na die einde van die

eeu toe groot groei beleef, mits private gesondheidsorg onder 'n nuwe politieke bestel bly voortbestaan. Dit sal nie die fooi-vir-diens-stelsel totaal vervang nie, maar in bepaalde metropolitaanse gebiede kan dit 'n groot deel van die mark verower. Dit kan geskied met samewerking tussen die staat en die privaatsektor tot voordeel van alle inkomstegroepe wat nie van die staat vir hul sorg afhanklik is nie.

Die mate van sukses wat bestuurde gesondheidsorg tot op hede in Suid-Afrika beleef het, was direk afhanklik van die kwaliteit en aard van die bestuur van die stelsels. Daar is bewys dat die konsep aanvaarbaar is in Suid-Afrika en dit het ook al groot welslae in ander ontwikkelende lande soos Brasilië, Uruguay en Chili behaal (Tollman, Schopper & Torres, 1990:153). Bestuurde gesondheidsorg planne sal intensief bemark moet word weens die onbekendheid van die konsep by die algemene Suid-Afrikaanse publiek. Die kostevoordele sal die belangrikste oorweging by potensiële kliënte wees.

2.6 SAMEVATTING:

Bestuurde Gesondheidsorg het 'n blink toekoms en die opstellers van die 1993-Wêreldbankontwikkelingsverslag beskou bestuurde gesondheidsorg, indien behoorlik bestuur, as die antwoord vir kostebesparende lewering van private gesondheidsorg. Dit is daarom noodsaaklik dat diensverskaffers in Suid-Afrika hulle moet gereedmaak vir die voordele en risiko's van bestuurde gesondheidsorg en die waarskynlikheid van die snelle groei daarvan.

Die wetgewer en beleidsvormers van gesondheidsorg in die Suid-Afrika van die toekoms, sal ook moet kennis neem van die potensiële voordele van hierdie sisteem. Dit kan 'n vrye mark

versoen met behoorlike kontrole oor kwaliteit van sorg sowel as die koste daarvan sonder om ekonomiese groei in die kiem te smoor.

Alhoewel bestuurde gesondheidsorg nie sonder nadele en slaggate is nie, is dit ongetwyfeld die beste alternatief wat tans in die lande van die wêreld wat privaat gesondheidsorg bedryf, benut word. Die grootste enkele kenmerk wat in die guns daarvan tel, is die moontlikheid om 'n balans tussen koste en kwaliteit te vind wat by die gebruikers se behoefte en sak pas.

HOOFSTUK 3

NAVORSINGSBENADERING

3.1 INLEIDING:

Hoewel bestuurde gesondheidsorg dramatiese veld gewen het en die markleier is in die VSA en enkele Suid-Amerikaanse lande, was BGO's nie altyd suksesvol in hul mededinging nie. Die oorlewing van BGO hang grootliks af van hul vermoë om genoegsame lede te werf en te behou. Hierdie doelwit se bereiking word bepaal deur die verbruikers se tevredenheid of ontevredenheid met die gesondheidsorgstelsel wat hulle benut (Dolinsky & Caputo, 1990:32).

Ontevredenheid met bepaalde kenmerke van gesondheidsorg is die belangrikste oorsaak van bedanking van lede uit bestuurde gesondheidsorg. Dit is belangriker as ouderdom van die lid of teenwoordigheid van 'n familielid wat nie lid van die BGO is nie. Die meeste werkgewers in die VSA laat werkers een maal per jaar toe om van gesondheidsorgversekeringsplan te verander. Dit is dan wanneer ontevrede lede die BGO verlaat. Ontevredenheid met koste van sorg, kwaliteit van sorg en toeganklikheid van sorg het 'n beduidende invloed op lede se besluit om 'n gesondheidsorgplan te verlaat al dan nie (Dolinsky & Caputo, 1990:34).

3.2 ALGEMEEN:

Om die koste van 'n gesondheidsorgplan en die voordele wat dit die gebruiker bied, te bepaal, is relatief eenvoudig. Dit kan op aanvraag van die versekeraar of mediese fonds verkry word en lae koste sal eweneens 'n bemarkingstrategie wees waar dit moontlik is. Om kliënte-tevredenheid met die sorg wat deur die plan gebied word te bepaal, is aansienlik moeiliker en word dikwels aan die koste en kwaliteit gekoppel. Die persepsie is gewoonlik

dat gesondheidsorg met 'n hoër prys noodwendig van 'n beter kwaliteit is. Die enigste wyse om te bepaal of die kwaliteit van die sorg goed of sleg is, is om die koper se tevredenheid daarmee te meet. Deur die koste van verskillende gesondheidsorgplanne en die tevredenheid van die gebruikers met die koste daarvan en die sorg wat daardeur gebied word, met mekaar te vergelyk, kan vasgestel word watter vorm van gesondheidsorg die voordeligste is vir die verbruiker wat aan die navorsing onderwerp word.

Die twee vorme van gesondheidsorg wat in hierdie studie met mekaar vergelyk word, is die tradisionele fooi-vir-diens en 'n staf-model bestuurde gesondheidsorg-organisasie. Die individue wat aan die navorsing deelgeneem het, is almal werksaam in die yster- en staalnywerheid. Hulle is dus wat geografie en industrie betref vergelykbaar met mekaar.

Die twee eksperimentele groepe bestaan elk uit 67 respondente nadat 120 vraelyste aan elk van die groepe uitgereik is. Die eerste groep is lede van mediese fondse wat dekking verskaf ingevolge die fooi-vir-diens-stelsel en is by drie verskillende werkgewers in die staalbedryf werksaam. Hulle behoort ook tot drie verskillende mediese fondse, naamlik Boartmed met 2 500 lede, Mataalnywerheid mediese fonds met 19 000 lede en African Cables mediese fonds met sowat 500 lede.

Die tweede eksperimentele groep is almal lede van een bestuurde gesondheidsorg-organisasie en werk ook almal vir dieselfde werkgewer. Die bestuurde gesondheidsorg-organisasie Vaalmed het sowat 22 000 lede. Alhoewel 'n steekproef van 120 lede by elk van die groepe baie klein is, maak die homogeniteit van die respondente en hul geografiese ooreenkomste die variasie minder. Die lede van beide groepe beantwoord dus vrae oor hul algehele tevredenheid met die stelsel wat hulle benut, sowel as hul tevredenheid met betrekking tot spesifieke gesondheidsorgkenmerke.

3.3 NAVORSINGSOMVANG:

'n Vraelys bestaande uit 29 vrae word gebruik. Die lysie is per hand aan die personeelkantore van die werkgewers verskaf vir verspreiding aan die respondente en insameling daarna. Die nut van die vraelys word aan die respondent verduidelik voordat die eerste vraag gestel word. Die vrae varieer van meervoudige keusevrae tot geskaleerde vrae en die taalgebruik is informeel en eenvoudig. Die doel hiervan is om dit gebruikersvriendelik te maak en die respondent te motiveer om dit volledig in te vul.

Die eerste deel van die vraelys is daarop gerig om algemene inligting oor die individu en sy afhanklikes te verkry. Die doel hiervan is om te bepaal of die lede van die twee groepe se demografiese besonderhede ooreenstem. Vrae word gestel oor die lede se ouderdom, geslag, geskooldeheid, inkomste, aantal afhanklikes, en tydperk van lidmaatskap van die mediese skema. Die maandelikse bydrae van die lid sowel as sy werkgewer word ook vasgestel.

Oop vrae word gestel oor die positiefste eienskappe en die tekortkominge van die gesondheidsorgstelsel wat deur die respondent gebruik word. Hierdeur kan faktore wat algehele tevredenheid of ontevredenheid bepaal, maar wat nie onder die faktore wat spesifiek getoets word tel nie, bepaal word. Dit is veral van nut as die getoetste faktore wat tevredenheid bepaal nie goed daarin slaag om die algehele tevredenheid met die gesondheidsorg te voorspel nie. Vanweë die kompleksiteit van gesondheidsorg is daar vele faktore wat respondente se houdings mag beïnvloed en dit is onmoontlik om vir almal in 'n enkele vraelys te toets.

Uit verskeie studies blyk dit dat kontinuïteit, omvattendheid en toeganklikheid van die sorg sowel as die aard van die dokter-pasiënt-verhouding ook belangrik mag wees by die keuse van 'n

gesondheidsorgplan (Dolinsky & Caputo, 1990:33). Die tweede deel van die vraelys handel oor die individu se mening en vlak van tevredenheid met sy mediese sorg.

Eerstens word die respondent se tevredenheid in die algemeen getoets en dan word sy tevredenheid met bepaalde attribute van gesondheidsorg bepaal. Die attribute waaraan die tevredenheid getoets word, is:

- (a) beskikbaarheid van die dokter wanneer hy of sy benodig word;
- (b) die kwaliteit van die beskikbare dokters;
- (c) toeganklikheid van spesialiste as die respondent hulle benodig;
- (d) wagtyd om die dokter te sien;
- (e) die kwaliteit van sorg in die hospitaal;
- (f) 24 uur per dag mediese diens;
- (g) die omvang van die bybetaling wat die mediese fonds nie dek nie;
- (h) die maandelikse koste van versekering.

Hierdie attribute is die belangrikste in die bepaling van verbruikers se tevredenheid met gesondheidsorg in die algemeen (Dolinsky & Caputo, 1991:7). Tevredenheid word op 'n vyfpuntstelsel beoordeel wat strek van baie ontevrede tot baie tevrede.

Die laaste deel van die vraelys bepaal wat die respondente se

selektiwiteit ten opsigte van diensverskaffers is en wat die aanvaarbaarheid van vervanging van 'n dokter deur 'n verpleegster is, as toetrepunt tot die gesondheidsorgstelsel.

3.4 STATISTIESE METODES:

3.4.1 Die eerste hipotese wat gestel word, is dat die twee groepe respondente se demografiese agtergrond en dus ook hul behoeftes nie merkbaar verskil nie. Elke faktor wat hiertoe bydra, bv. ouderdom, geskooldheid, inkomste en periode van lidmaatskap word onafhanklik getoets. Dit word gedoen om te sien of die twee groepe vergelykbaar is met mekaar deur die gemiddeldes van die bevindinge met mekaar te vergelyk.

3.4.2 Die tweede hipotese wat gestel word, is dat die twee groepe respondente se tevredenheid met die sorg wat hulle ontvang nie betekenisvol verskil van mekaar nie. Onafhanklike toetse vir tevredenheid oor die algemeen sowel as vir al die attribute wat bydra tot tevredenheid word gedoen. Aangesien die bestuurde gesondheidsorg-organisasie wie se lede aan hierdie navorsing deelneem, Vaalmed, gesondheidsorg lewer teen 30% goedkoper tariewe as die ander mediese skemas wat fooi-vir-diens-sorg finansier (Deeb 1993:10), kan gesê word dat hulle 'n meer aanvaarbare vorm van gesondheidsorg aanbied as die tevredenheid onder hul lede en dié van ander mediese skemas se lede nie merkbaar verskil nie.

By beide die bepaling van merkbare verskille in demografiese besonderhede en tevredenheid word 'n t-toets uitgevoer op die gemiddelde van elke groep se resultate. Dit is 'n tweerigtingtoets waar aanvaar word dat die totale populasie se variasies ongelyk is en die nulhipotese gestel word dat daar nie

prakties betekenisvolle verskille is nie. Daar word 'n normaalverspreiding van die data veronderstel en 'n betekenispeil gelykstaande aan 0,01. Die toetsstatistiek (t-waarde) moet dus $> -2,58$ en kleiner as $+2,58$ wees anders kan van die hipotese verwerp word.

Indien die resultate van die tweede groep vir een of meer toetse merkbaar verskil ($p < 0,05$), sal daar gepoog word om die verskille te verklaar. Alhoewel die t-waarde nie die ideale statistiese metode is om range van tevredenheid met mekaar te vergelyk nie, leen die grootte van die steekproef hom nie tot tegnieke soos die Friedman-toets nie.

3.4.3 Die derde hipotese wat gestel word, is dat die attribute van tevredenheid waarvoor getoets word, prakties betekenisvol bydra ter verklaring van algemene tevredenheid met die sorg by elk van die twee groepe. Die koëffisiënt van meervoudige bepaling (R^2) word bereken om te bepaal hoeveel van die variasie in tevredenheid deur die model verklaar word. Die model gee ook 'n aanduiding van die bydrae wat elke attribuut tot algemene tevredenheid maak, indien enige, in elke groep gebruikers se geval. Dit kan bydra om die aspekte wat beklemtoon moet word by die herstrukturering en bemarking van privaat gesondheidsorg, te identifiseer. Die grootte van die regressie-koëffisiënt word vir hierdie doel bereken. Indien die attribute nie prakties betekenisvol bydra tot verklaring van die tevredenheid met sorg in die algemeen nie, sal gepoog word om dit te verduidelik.

Antwoorde op die oop vrae oor die respondent se beskouing van die positiewe eienskappe, tekortkominge en veranderinge wat hy of sy sou wou sien, kan gebruik word om afwykings van die nulhipotese in 3.4.2 en 3.4.3 te verduidelik.

3.4.4 Die laaste hipotese wat gestel word, is dat daar geen praktiese verskil tussen die respondente van die twee groepe se selektiwiteit vir diensverskaffers en voorkeur vir 'n persoonlike dokter is nie. Die voorkeur vir 'n persoonlike dokter en die gebruiker se houding oor sy vervanging deur 'n ander dokter of verpleegsuster word op 'n vierpuntskaal getoets vanaf minste buigbare houding tot mees buigbare houding.

3.5 SAMEVATTING:

Die metodes wat aangewend word, toets dus in werklikheid vir homogeniteit en vergelyk ook die tevredenheid van bestuurde gesondheidsorg verbruikers en fooi-vir-diens gebruikers op 'n eenvoudige wyse. Die resultate behoort nie net in gekwantifiseerde terme ontleed te word nie, maar ook deur praktiese inspeksie en evaluasie van die reaksie op die onderskeie vrae. Vanweë die beperkte grootte van die steekproewe moet die resultate ook nie te streng volgens statistiese beginsels beoordeel word nie, maar eerder in terme van voldoende waarskynlikhede om neigings te identifiseer. Daar gaan ook gewaak word teen die maak van sekondêre afleidings en die interpretasie sal bloot daarop gemik wees om tevredenheid met sorg te vergelyk.

HOOFSTUK 4

RESULTATE

4.1 INLEIDING:

Die resultate is verkry deur die verwerking van die data deur 'n gerekenariseerde stelsel. Slegs die relevante resultate word in verwerkte vorm getabelleer. Interpretasie van resultate is uitsluitlik daarop gemik om tevredenheid van verbruikers van die fooi-vir-diens- en die bestuurde gesondheidsorgstelsel te vergelyk nadat bepaal is of hulle vergelykbaar is. Die literatuur word ook geraadpleeg om te bepaal of die resultate en die interpretasie daarvan ooreenstem met vorige studies van dieselfde aard. Ooreenkomste en verskille word telkens bespreek en redes daarvoor word aangevoer waar moontlik.

4.2 DEMOGRAFIESE BESONDERHEDE VAN GROEPE:

TABEL 1:

	<u>Gemiddeldes</u>		<u>T-Waarde</u>	<u>P-Waarde</u>
	<u>Fooi-vir- diens-groep</u>	<u>Bestuurde Gesondheid= sorg-groep</u>		
a) Ouderdom	3,224	3,343	-0,5972	0,551
b) Geslag	1,045	1,388	-5,2682	0,00001*
c) Geskooldheid	1,697	2,254	-3,7773	0,0002*
d) Inkomste	3,615	3,984	-1,8139	0,720
e) Lidmaat= skaptyd	2,731	2,865	-1,4694	0,1441

Ten einde te bepaal of die fooi-vir-diens-gebruikers vergelykbaar met die bestuurde gesondheidsorg-gebruikers is, word die demografiese besonderhede van die twee groepe met mekaar vergelyk. Uit die resultate in tabel 1 saamgevat blyk dit dat

vir die faktore ouderdom, inkomste en tydperk van lidmaatskap daar geen noemenswaardige verskille tussen die fooi-vir-diens-gebruikers en die bestuurde gesondheidsorg-verbruikers is nie. Die nulhipotese dat daar nie betekenisvolle verskille tussen die twee groepe se demografiese gegewens vir hierdie faktore is nie, kan dus aanvaar word.

Vir die faktore van geslag en vlak van geskooldheid is daar wel noemenswaardige verskille tussen die twee groepe. Vir die doeleindes van gesondheidsorg se evaluasie ten opsigte van koste en kwaliteit, behoort geslag en geskooldheid 'n kleiner rol te speel as ouderdom en inkomste. Die twee groepe se demografiese faktore wat hul opinie oor die gesondheidsorg wat hul benut kan beïnvloed, kom voldoende ooreen om hulle as vergelykbaar met mekaar te beskou.

4.3 VERGELYKING VAN TEVREDENHEID MET SORG:

Die resultate waarby algemene tevredenheid en tevredenheid ten opsigte van bepaalde attribute vergelyk word, word afsonderlik maar ook in verwantskap met mekaar geïnterpreteer. Op grond van die resultate in tabel 2 blyk dit dat die hipotese dat fooi-vir-diens-gebruikers en bestuurde gesondheidsorg-gebruikers se tevredenheid met hul sorg oor die algemeen nie betekenisvol verskil nie, verwerp moet word aangesien die toetsstatistiek $-2,58$ en die p-waarde $<0,05$ is. Uit die gemiddelde vir hierdie veranderlike blyk dit dat die bestuurde gesondheidsorg-verbruikers meer tevrede met hul sorg in die algemeen is as die fooi-vir-diens-gebruikers (3,88 teenoor 3,273 gemiddeld op 'n vyfpuntskaal).

Die nulhipotese dat die twee groepe gebruikers se tevredenheid met die agt attribute van gesondheidsorg waarvoor getoets is, nie betekenisvol verskil nie, word verwerp vir twee van die agt veranderlikes en aanvaar vir die ander ses. In beide die twee

TABEL 1:

	<u>Gemiddeldes</u> <u>FFD-Groep</u>	<u>BGO-Groep</u>	<u>T-Waarde</u>	<u>P-Waarde</u>
Algemene Tevre= denheid	3,273	3,880	-3,7226	0,000292*
<u>Attribute</u>				
a) Besikbaarheid van dokter	4,119	3,805	1,9065	0,0588
b) Kwaliteit van dokters	3,776	3,552	1,1152	0,6678
c) Toegang tot spesialiste	3,642	3,269	1,5738	0,1179
d) Wagtyd vir dokter	2,791	3,075	-1,296	0,1972
e) Kwaliteit van Hospitaalsorg	3,015	3,239	-0,893	0,3734
f) 24-uur diens	3,478	3,224	1,1021	0,2724
g) Koste van by= betaling	1,881	3,134	-5,7146	0,000*
h) Koste van maan= delikse bydrae	2,627	3,388	-3,370	0,00098*

gevalle waar die hipotese verwerp word, naamlik koste van bybetaling en koste van maandelikse vaste bydrae, is die bestuurde gesondheidsorg-gebruikers meer tevrede met hul sorg as die fooi-vir-diens-gebruikers. Die grootste verskil is ten opsigte van bybetaling waar die BGO-groep se gemiddeld 3,134 teenoor die FVD-groep se gemiddeld 1,881 op 'n vyfpuntskaal is.

Uit die resultate van beide toetse kan afgelei word dat die gebruikers van bestuurde gesondheidsorg net so tevrede of meer tevrede is met die sorg wat hulle ontvang.

Hieruit kan afgelei word dat die dienste wat die bestuurde gesondheidsorg-organisasie, Vaalmed lewer op dieselfde of 'n beter vlak is, gesien uit die oogpunt van die gebruiker. Aangesien die dienste teen 'n veel laer koste vir die verbruiker aangebied word, kan gesê word dat vir die eksperimentele groep, bestuurde gesondheidsorg die beter alternatief is. Bestuurde gesondheidsorg se beperkte voorkoms in Suid-Afrika tot onlangs is deur wetgewing teweeggebring en daarom is daar nie meer voorbeelde wat nagevors kon word om die resultate meer algemeen toepaslik te maak nie. Die metaalnywerheid, waaruit die eksperimentele groepe kom, is egter 'n tipiese nywerheid in Suid-Afrika en dit verskil dus waarskynlik nie wesenlik van die mynwese, motornywerheid, chemiese nywerheid of enige ander swaar nywerheid nie.

Daar kan dus sonder voorbehoud aanbeveel word dat die konsep van bestuurde gesondheidsorg oorweeg moet word deur finansier van privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika, noudat die meeste beperkings wat deur wetgewing afgedwing is, uit die weg geruim is. Hervorming van privaat gesondheidsorg kan ook nie verder uitgestel word nie weens die beperkte hulpbronne wat daardeur verbruik word en die groot las wat op die openbare gesondheidsorg geplaas word.

4.4 BYDRAE VAN GESONDHEIDSORG-ATTRIBUTE VAN TEVREDENHEID TOT ALGEMENE TEVREDENHEID:

Die regressie koëffisiënte bepaal die mate waarin elkeen van die attribute van tevredenheid tot algemene tevredenheid bydra en die koëffisiënte van meervoudige bepaling (R^2) dui op die hoeveelheid variasie in tevredenheid wat deur die model verklaar word.

TABEL 3:

<u>Regressie-koëffisiënte</u>		
<u>Attribute</u>	<u>FVD (Prioriteit)</u>	<u>BGO (Prioriteit)</u>
a) Beskikbaarheid van dokter	-0,110 (5)	0,009
b) Kwaliteit van dokters	-0,046	0,030 (5)
c) Toegang tot spesialiste	0,194 (1)	0,098 (2)
d) Wagtyd vir dokter	0,149 (3)	0,015
e) Kwaliteit van hospi=taalsorg	0,062	0,026
f) 24-uur-beskikbaarheid van mediese diens	-0,073	0,087 (3)
g) Koste van bybetaling	0,193 (2)	0,043 (4)
h) Koste van maandelikse bydrae	0,117 (4)	0,156 (1)
R ²	0,1464	0,2659

Die belangrikste ooreenkoms tussen die twee groepe is dat vir beide 'n koste-attribuuat onder die eerste twee belangrikste attribute tel, sowel as toegang tot spesialiste as hulle dit nodig kry (sien tabel 3). Dit kom ooreen met die resultate van vorige navorsing in dié verband (Dolinsky & Caputo, 1990:37). Vir beide groepe het beskikbaarheid van die dokter, kwaliteit van die dokter en kwaliteit van hospitaalsorg 'n kleiner invloed gehad in die voorspelling van algemene tevredenheid.

Die belangrikste verskille is dat koste van die bybetaling 'n meer bepalende faktor as die vaste maandelikse bydrae vir die fooi-vir-diens-gebruiker is, en dat die koste van die maandelikse bydrae weer 'n belangriker rol by bestuurde gesondheidsorg-verbruikers is. Wagtyd vir die dokter is vir

fooi-vir-diens-gebruikers relatief belangrik terwyl 'n 24-uur-mediese diens weer 'n groter rol speel in die bepaling van tevredenheid van die bestuurde gesondheidsorg-gebruiker.

Hierdie neigings kom ooreen met eerstewêreldstandaarde waar daar aanvaar word dat dokters beskikbaar sal wees as hulle benodig word en dat hulle van 'n aanvaarbare kwaliteit sal wees. Die verbruikers is egter prys sensitief en nie-basiese behoeftes soos toegang tot spesialiste speel 'n belangrike rol. Daar kan geargumenteer word dat die verbruikers van opinie is dat hulle geregtig is op net die beste, aangesien hulle daarvoor betaal. Hierdie tendens sal waarskynlik nie sterk voorkom by miljoene werklose Suid-Afrikaners wat toegang tot veral basiese gesondheidsorg eis nie.

Vir die fooi-vir-diens-gebruikers is die vyf hoogste prioriteite prakties betekenisvol en vir die bestuurde gesondheidsorg-verbruikers is die hoogste drie attribute betekenisvol ($p < 0,05$). Die attribute waarvoor getoets is, verklaar sowat 15% van die variasie van die fooi-vir-diens-groep se tevredenheid ($R^2 = 0,146$) en 26,6% van die variasie by die bestuurde gesondheidsorg-groep ($R^2 = 0,2659$). Alhoewel dit goed vergelyk met bevindinge van soortgelyke studies (Dolinsky & Caputo, 1990:36) is dit 'n relatief klein persentasie. Ander attribute wat 'n rol mag speel, kan waarskynlik uit oop vrae oor tekortkominge en positiewe eienskappe aan beide groepe verkry word. Hieronder tel die gemoedsrus wat gesondheidsorgversekering bied, meer vryheid van keuse oor die aard van die versekering wat die gebruiker wil benut, beskikbaarheid van die opsie vir selfmedikasie en effektiewe administrasie van die gesondheidsorgskema wat die lede gebruik.

4.5 SELEKTIEWITEIT EN VOORKEUR VIR 'N PERSOONLIKE DOKTER:

By al die toetse is die T-waarde $> -2,58$ of $< 2,58$ en P-waardes

41./.....

TABEL 4:

	<u>Gemiddeldes</u>		<u>T-waarde</u>	<u>P-waarde</u>
	<u>FVD</u>	<u>BGO</u>		
a) Aantal dokters tans besoek	1,298	1,463	-1,047	0,297
b) Houding as eie dokter nie be= skikbaar is nie	2,597	2,818	-1,490	0,138
c) Houding as dokter vervang word deur ver= pleegster	1,821	1,970	-1,188	0,237

>0,05. Dus kan die hipotese dat beide groepe dieselfde houdings openbaar ten opsigte van selektiwiteit vir diensverskaffers, aanvaar word. Dit dui daarop dat beide groepe dieselfde houding openbaar ten opsigte van die aandrang op 'n persoonlike dokter en dat hulle diens van dieselfde kwaliteit vereis. Beide groepe is nie te vinde daarvoor om deur 'n verpleegster in plaas van 'n dokter behandel te word nie. Dit toon verder dat die twee groepe ook vergelykbaar is met mekaar ten opsigte van diens wat hulle vereis.

4.6 SAMEVATTING:

Die demografiese agtergrond sowel as die vereistes vir die vlak van gesondheidsorg van die fooi-vir-diens en die bestuurse gesondheidsorg-verbruikers kom voldoende ooreen om hulle vergelykbaar met mekaar te maak. Verskille of ooreenkomste in hul tevredenheid met die gesondheidsorg wat hulle van hul onderskeie stelsels ontvang, kan dus nie aan ander faktore as die aard van die sorg toegeskryf word nie. Die bestuurse gesondheidsorg-verbruikers was ten opsigte van al die attribute

van gesondheidsorg wat getoets is asook ten opsigte van algemene tevredenheid net so tevrede of meer tevrede met die sorg. Die variasie wat voorgekom het ten opsigte van die bydrae wat die attribute tot algemene tevredenheid maak, het nie 'n invloed op die vlak van tevredenheid in die groepe nie en beïnvloed dus nie die vergelyking nie.

Hieruit kan afgelei word dat die sorg wat bestuurde gesondheidsorg-gebruikers ontvang net so aanvaarbaar of meer aanvaarbaar is as die sorg wat die fooi-vir-diens-gebruikers ontvang ten spyte daarvan dat die bestuurde gesondheidsorg-gebruikers hul sorg sowat 30% goedkoper ontvang. Die resultate van hierdie situasie dui dus daarop dat in die navorsingsgroep die bestuurde gesondheidsorg-gebruikers meer koste-effektiewe sorg aangebied word.

HOOFSTUK 5

SAMEVATTENDE BESPREKING

5.1 INLEIDING:

Privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika het soos in al die ander lande van die wêreld wat 'n fooi-vir-diens-vergoedingstelsel gebruik het, in 'n onbeheerbare kostespiraal beland. Gesondheidsorginflasie, soos gemeet aan lidbydraes aan mediese fondse, was tussen 1987 en 1993 gemiddeld minstens 25% terwyl die verbruikersprysindeks 'n hoogste waarde van 17% gehaal het (Slabbert, 1992:12). Hierdie onstuitbare toename in koste van privaat gesondheidsorg vereis spoedige en drastiese stappe.

Uit die ondervinding soos in die res van die wêreld opgedoen, is slegs twee alternatiewe beskikbaar om die privaatsorgstelsel (wat tussen 46% en 50% van die nasionale gesondheidsorguitgawe gebruik om aan 20% van die populasie sorg te bied), te hervorm (McIntyre & Dorrington, 1990:126). Dit is 'n nasionale gesondheidstelsel soos wat in Brittanje en Kanada effektief funksioneer of 'n bestuurse gesondheidsorgstelsel soos wat gedeeltelik in die VSA en in sommige Suid-Amerikaanse lande suksesvol funksioneer.

Die huidige regering beskou 'n nasionale gesondheidstelsel as die aangewese rigting om in te slaan, maar geen besluite is nog hieroor geneem nie. Kampvegters vir die fooi-vir-diens-stelsel sal moet besef dat dit 'n uitgediende stelsel is en dat bestuurse gesondheidsorg nog 'n groot mate van selfstandigheid toelaat, maar teen laer koste. Dit is dus 'n bemarkbare alternatief vir 'n nasionale stelsel.

Uit die literatuur kan aangetoon word dat bestuurse gesondheidsorg 'n koste-effektiewe meganisme bied om privaat gesondheidsorg aan te bied. Dit moet egter aanvaarbaar wees vir die verbruiker van gesondheidsorg, want die persepsie bestaan dikwels dat 'n goedkoper produk van 'n laer kwaliteit is. Die aanvaarbaarheid daarvan kan bepaal word deur die tevredenheid van

die gebruikers van bestuurde gesondheidsorg met die sorg wat hulle ontvang, te vergelyk met die tevredenheid van fooi-vir-diens gebruikers met hul sorg. Dit is dan ook die doelstelling van hierdie studie.

5.2 AGTERGROND UIT DIE LITERATUUR:

Bestuurde Gesondheidsorg het 'n lang en suksesvolle geskiedenis in die VSA, nie net as gevolg van die kostebesparende eienskappe daarvan nie, maar ook vanweë die buigbaarheid van die sisteem (Tollman, Schopper & Torres, 1990:154). Alhoewel die koste toeneem met toename in buigbaarheid en 'n wyer keuse van diensverskaffers, gee dit aan die individu wyer keuse en eerbiedig dus ook sy of haar regte ingevolge die nuwe grondwet. 'n Nasionale stelsel dwing hom of haar om by te dra tot 'n stelsel wat hy of sy nie noodwendig wil gebruik nie. Die beperkte ondervinding wat daar in Suid-Afrika met bestuurde gesondheidsorg bestaan, naamlik Vaalmed wat dienste verskaf aan die werkers van Yskor en 'n paar ander yster- en staalnywerhede in die Vaaldriehoek, blyk baie suksesvol te wees. Besparings op lidbydraes vergeleke met ander mediese fondse, vergelyk uitstekend met die beste in die VSA.

Bestuurde gesondheidsorg kan in verskeie vorms aangebied word met die vryheid van keuse ten opsigte van diensverskaffers as die grootste veranderlike. Die **stafmodel-BGO** was die eerste tipe wat in die VSA ontwikkel het en bied ook die minste buigbaarheid maar die grootste besparing. Ingevolge die stelsel is die meeste van die diensverskaffers in voltydse diens van die mediese skema en bied laasgenoemde die volledige spektrum van dienste aan.

Die **groepmodel-BGO** bestaan uit 'n entiteit waar die diensverskaffers self die diens struktureer en aanbied en dan op 'n kontrakbasis aan een of meer mediese skemas se lede lewer.

Diensverskaffers in die groepmodel kan ook dienste aan ander pasiënte lewer, solank hulle net hul ooreenkoms ten opsigte van die gekontrakteerde mediese skemas se lede nakom (Paley, 1993:7). 'n **Onafhanklike praktykassosiasie** is 'n derde vorm van bestuurde gesondheidsorg. Hier affilieer die praktyke van diensverskaffers en kontrakteer hul dienste aan bepaalde mediese skemas (Savitz, 1991:9). Die diensverskaffers behou hul onafhanklikheid en kan ook sorg bied aan ander pasiënte buite dié van gekontrakteerde mediese skemas. Die groter mate van vryheid wat hierdie model bied, maak dit gewild onder diensverskaffers en pasiënte, maar die besparings wat dit bied, is beperk.

Die **netwerkmodel-BGO** ontstaan waar verskillende tipes diensverskaffers en spesialiteite hulself in 'n netwerk organiseer wat 'n inklusiewe diens bied vanaf die persele van die lede van die netwerk. Dit bevat elemente van die groeppraktykmodel en die onafhanklike praktykassosiasie en lede van die mediese fondse mag net deur lede van die netwerk behandel word.

Die **voorkeurverskaffersorganisasie** bestaan uit 'n aantal diensverskaffers wat gekontrakteerde mediese fondse se lede teen 'n voorkeurtarief behandel. As die lid van die mediese fonds diensverskaffers wat nie voorkeurtariewe vra nie, wil besoek, moet die verskil inbetaal word. Voorkeurverskaffers moet aan bepaalde behandelingsriglyne wat op besparing ingestel is, voldoen (Savitz, 1991:21).

Die **eksklusiewe verskaffersorganisasie** bied dienste uitsluitlik aan 'n mediese fonds se lede. Lede kan dus nie diensverskaffers buite die organisasies besoek sonder om al die koste daarvan te dra nie (Madlin, 1991:48). Vergoeding aan die diensverskaffers geskied op 'n fooi-vir-diens-basis teen vooraf ooreengekome tariewe.

Die belangrikste **voordele** van bestuurde gesondheidsorg sluit in

kostebesparing, organisatoriese voordeel en kwaliteitbeheer van sorg (Tollman, Schopper & Torres, 1990:155). Die mees algemene nadele is die beperking op die keuse van diensverskaffers, potensiele afname in die kwaliteit van sorg as koste laer gedwing word, en weerstand van diensverskaffers teen die maatreëls en praktyke van bestuurde gesondheidsorg (Price, 1992:22).

Die kritieke suksesfaktore vir die totstandkoming en voortbestaan van 'n bestuurde gesondheidsorg-organisasie is gunstige omgewingsfaktore, 'n kritieke massa van lidmaatskap, mededinging tussen entiteite wat gesondheidsorg bied, bepaalde bestuurskundigheid en beskikbaarheid van oprigtingskapitaal (Tollman, Schopper & Torres, 1990:157).

Bestuurde gesondheidsorg is totaal onderontwikkel in Suid-Afrika en slegs enkele voorbeelde is beskikbaar. Hierdie situasie is hoofsaaklik toe te skryf aan die Wet op Mediese Skemas van 1967 wat nie die totstandkoming van BGO's toegelaat het nie. Wysigings aan die Wet in 1993 maak nou wel voorsiening daarvoor maar omdat die konsep so lank nie toegepas kon word nie, is die voorkoms daarvan in Suid-Afrika nog baie beperk. Die Vaalmed mediese skema wat sy eie stafmodel-BGO bedryf vir sy lede in die Vaaldriehoek wat almal werknemers van maatskappye is wat in die yster- en staalnywerheid aktief is, is 'n voorbeeld van 'n BGO wat uitstekend funksioneer. Kostebesparings geskied veral ten opsigte van medisyne wat self van die vervaardigers of groothandelaars aangekoop word, en hospitalisasie wat in die mediese skema se eie hospitaal geskied. Die fooi-vir-diens-stelsel is baie stewig gevestig in Suid-Afrika se privaat gesondheidsektor en die gevestigde belange van diensverskaffers daarin sal tot gevolg hê dat dit nie in die afsienbare toekoms sal verdwyn nie.

Die toekoms van bestuurde gesondheidsorg in die VSA en Suid-Afrika is in die mediumtydperk verseker, aangesien die bloei

daarvan voortgespruit het uit vryemarkbeginsels en entrepreneursdryfkrag. Om hierdie redes kan dit ook in Suid-Afrika suksesvol wees.

Die sukses daarvan sal egter grootliks afhang van die kwaliteit van diensverskaffers wat bekom kan word, die aard van die aansporings om dienste van hoë kwaliteit teen lae koste aan te bied en die behoeftes van die verbruikers. Privaatsorg sal op 'n streekbasis moet geskied, en finansiers van sorg in elke streek sal moet saamwerk om duplikasie van dienste te voorkom. Daar sal ook voldoende vertikale en horisontale integrasie van dienste moet wees om dit koste-effektief te maak.

Algemene korporatiewe koste sal laag gehou moet word en hulpbronne sal gedeel moet word. Vestigingsplanne sal volgens behoefte ontwerp moet word, met die uitsluiting van gesofistikeerde dienste en duur tegnologie in ruil vir laer versekeringspremies. Vryheid van keuse sal om dieselfde rede beperk moet word en bestuurde gesondheidsorg sal intensief bemark moet word aan werkgewers, werknemers, diensverskaffers en politieke beleidsvormers. Met dié doel voor oë sal navorsing en markontleding gedoen moet word ten einde vas te stel hoe gereed die plaaslike privaatpatiëntpopulasie is om bestuurde gesondheidsorg te aanvaar as 'n alternatief vir die huidige fooi-vir-diens-stelsel. Dit kan vasgestel word deur die tevredenheid van huidige gebruikers van hierdie twee stelsels te bepaal en te vergelyk.

5.3 NAVORSINGSMETODOLOGIE:

Om vas te stel wat die waarskynlikheid is dat bestuurde gesondheidsorg op 'n breër basis in Suid-Afrika sal slaag, word die tevredenheid van lede wat by 'n bestaande staf-model-BGO sorg

ontvang, vergelyk met dié van lede in dieselfde werksektor wat fooi-vir-diens-sorg benut. Die twee eksperimentele groepe se lede is almal in die yster- en staalnywerheid in die Vaaldriehoek en die voormalige Wes-Transvaal werkzaam. Elke groep bestaan uit 67 respondente nadat 120 vraelyste in elke groep se werkplek versprei is. Dit verteenwoordig 'n responskoers van 56%.

Eerstens word 'n demografiese analise van die twee groepe onderneem ten einde vas te stel of die twee groepe respondente vergelykbaar met mekaar is. Dit word gevolg deur 'n vergelyking van hul tevredenheid met hul gesondheidsorg oor die algemeen en ten opsigte van bepaalde attribute van gesondheidsorg soos beskikbaarheid van die diens, kwaliteit van dokters, toegang tot spesialiste en koste van bybetalings.

Tevredenheid word op 'n vyfpuntskaal bepaal. Die gemiddeldes vir elke groep word bereken, met behulp van die t-toets vir statistiese betekenisvolheid getoets en dan met mekaar vergelyk. 'n Regressie-analise word ten opsigte van die attribute uitgevoer ten einde te bepaal wat hul bydrae tot algemene tevredenheid is en hoeveel variasie in die model verklaar kan word.

Ander aspekte wat hul vlak van tevredenheid beïnvloed word met oop vrae vasgestel. Dit word dan bloot geëvalueer en benut om variasie te verklaar. Daar word voorts vasgestel wat die lede van elke groep se selektiwiteit ten opsigte van dokters is en wat hul houding ten opsigte van die vervanging van 'n dokter deur 'n verpleegsuster is. Dit word op 'n vierpuntskaal gemeet en in terme van gemiddeldes vir die twee groepe vergelyk. Die doel hiervan is om te bepaal of beide groepe dieselfde standaard sorg vereis. Die hipotesestellings wat deurgaans gebruik word, is dat daar nie merkbare verskille tussen die twee groepe gesondheidsorggebruikers bestaan ten opsigte van hul demografie en hul tevredenheid met die sorg wat hulle ontvang nie.

Die metodes wat aangewend word, toets dus vir homogeniteit en vergelyk tevredenheid met gesondheidsorg van 'n BGO se lede met dié van lede van 'n mediese fonds wat fooi-vir-diens-finansiering doen.

5.4 RESULTATE:

Demografiese faktore verskil nie prakties betekenisvol ten opsigte van gemiddelde ouderdom, inkomste en lidmaatskapyd van die mediese skema vir die respondente van die fooi-vir-diens-skema en die bestuurde gesondheidsorgskema nie. Daar is egter aansienlik meer vroulike respondente en 'n hoër vlak van geskooldheid by die bestuurde gesondheidsorggroep. Gesien teen die agtergrond van 'n homogene geografiese omgewing en werksomgewing behoort hierdie twee faktore, wat wel aanmerklik verskil het, nie die resultate ten opsigte van tevredenheid met gesondheidsorg ongeldig te maak nie.

Wat algemene tevredenheid met gesondheidsorg aanbetref, is die bestuurde gesondheidsorggroep se respondente gemiddeld meer tevrede met hul gesondheidsorg as die fooi-vir-diens-groep. Ten opsigte van die attribute van gesondheidsorg is beide groepe ewe tevrede met sorg ten opsigte van beskikbaarheid van die dokter, kwaliteit van die dokters, toegang tot spesialiste, wagtyd vir die dokter, kwaliteit van hospitaalsorg en 24-uur-beskikbaarheid van sorg. Die bestuurde gesondheidsorggroep is aansienlik meer tevrede met sorg ten opsigte van koste van bybetalings en koste van die maandelikse bydrae.

By die regressie-analise van die attribute om te bepaal hoe groot hul bydrae tot algemene tevredenheid vir die twee onderskeie groepe respondente is, is toegang tot spesialiste vir die fooi-vir-diens-groep die belangrikste, gevolg deur koste van die bybetalings, wagtyd vir die dokter en koste van die maandelikse

bydrae. Vir die bestuurde gesondheidsorggroep is koste van die maandelikse bydrae die belangrikste, gevolg deur toegang tot spesialiste, 24-uur-beskikbaarheid van 'n gesondheidsdiens en koste van die bybetaling. By beide groepe is 'n koste element dus eerste of tweede prioriteit en tel beide koste-elemente onder die eerste vier attribute.

By die toets vir selektiwiteit en voorkeur ten opsigte van 'n persoonlike dokter is daar statisties geen betekenisvolle verskille tussen die fooi-vir-diens-gebruikers en die bestuurde gesondheidsorgverbruikers wat betref die aantal dokters wat hulle besoek, hul houding as hul dokter nie beskikbaar is nie en hul houding oor die besoek van 'n verpleegsuster sou hul dokter nie beskikbaar wees nie.

Die bestuurde gesondheidsorg- en fooi-vir-diens-gebruikers wat getoets word, is vergelykbaar met mekaar ten opsigte van demografiese agtergrond en vereiste standaard van gesondheidsorg. Die bestuurde gesondheidsorggroep se lede is net so tevrede of meer tevrede met hul sorg in die algemeen en met die attribute van gesondheidsorg waarvoor getoets is.

5.5 GEVOLGTREKKING:

Die drie belangrikste faktore wat privaat gesondheidsorg in Suid-Afrika se toekoms gaan bepaal, is die Wysigingswet op Mediese Skemas van 1993, die stygende kostespiraal veroorsaak deur die fooi-vir-diens stelsel en die nuwe demokraties verkose regering se beplande hervorming daarvan. Die enigste opsies wat oorweging regverdig, is bestuurde gesondheidsorg, 'n nasionale gesondheidsorgstelsel of 'n kombinasie van bogenoemde. In 'n land soos Suid-Afrika met sy hoë werkloosheidsyfer, geografiese

uitgestrektheid en groot sektor van die bevolking wat in armoede leef, sal die standarde van privaat gesondheidsorg dramaties daal met die instelling van 'n nasionale gesondheidsorgstelsel. Die enigste model wat 'n handhawing van standarde maar 'n daling in koste en die eskalasie daarvan kan teweegbring, is bestuurde gesondheidsorg.

Waar bestuurde gesondheidsorg op 'n effektiewe dog klein skaal in Suid-Afrika bedryf word, is dit suksesvol en vaar dit beter in die lewering van kwaliteitsorg teen 'n laer prys as fooi-vir-diens stelsels. Gebruikers van bestuurde gesondheidsorg is net so tevrede of meer tevrede met die sorg wat hulle ontvang as fooi-vir-diens-gebruikers, terwyl dit eersgenoemde groep minder kos.

Wetgewing behoort, soos in die VSA in 1973, aangepas te word om bestuurde gesondheidsorg aan te moedig. 'n Nasionale gesondheidsorgstelsel kan wel oorweeg word vir landsburgers wat nie privaatsorg kan bekostig nie, en behoort slegs tot die hele bevolking uitgebrei te word wanneer die belastingbasis aansienlik verbreed is deur die werkloosheidsyfer af te bring en die lewenstandaard van die hele bevolking van Suid-Afrika deur ekonomiese groei te verhoog. Deur uit die foute van ander eerste- en derdewêreldlande op die gebied van bestuurde gesondheidsorg te leer, kan die stelsel vervolmaak word en het dit 'n blink toekoms in Suid-Afrika.

SUMMARY:

Private health care in South Africa needs reform as the current fee-for-service system of reimbursement of service providers has resulted in an uncontrollable cost spiral. The only alternatives are; i) a national health system where all citizens contribute to one centrally controlled fund and receive health care from a unitary system, or; ii) managed health care where predetermined health care services are rendered to subscribers of a health care plan for a fixed pre-paid fee.

Managed health care can be offered up to 30% less expensive than the fee-for-service system and the cost spiral can be broken. For it to be successful, the users of health care must be satisfied with the health care service the system offers. This study compares the degrees of satisfaction between members of a health maintenance organization and members of a medical fund who finance a fee-for-service system with regard to health care service in general as well as the specific component thereof.

The managed health care users studied, were equally or more satisfied with their health care than the fee-for-service users while the formers' care was rendered at lower cost.

Managed health care has proved to be successful in South Africa and has a bright future if it receives the necessary incentives in terms of legislation.

BIBLIOGRAFIE

1. BASSON, D & MARIAS, P 1993. Kan Rina Venter Siekefondse red? *Finansies en Tegnies*, 45(7):10-11.
2. BERENSON, M L & LEVINE, D M 1986. *Basic Business Statistics*, New Jersey: Prentice Hall.
3. BOBERG, J 1990. Doctor's dilemmas. *Finance Week*, 46(7):30-31.
4. BROOMBERG, J & PRICE, M R 1990. The impact of the fee-for-service reimbursement system on the utilization of health care services. *South African Medical Journal*, 78(3):130-138.
5. BROOMBERG, J; DE BEER, C & PRICE, M R 1990. The private health sector in South Africa - current trends and future developments. *South African Medical Journal*, 78(3):139-143.
6. BROWN, M & McCOOL, B P 1990. Health care systems: predictions for the future. *Health Care Management Review*, 15(3):87-94.
7. CAPUTO, R K & DOLINSKY, A L 1991. HMO viability and the economically disadvantaged. *Journal of Health and Social Policy*, 3(1):1-18.
8. DEEB, M 1993. Private health care. *Financial Mail*, 127(3):1-28.
9. DE VILLIERS, H 1990. Health for all - how can we achieve this? *IPM Journal*:4-13, June.

10. DOLINSKY, A L & CAPUTO, R K 1990. Determinants of health care satisfactions: a national study of HMO and fee-for-service consumers. *Health Marketing*, 8:31-43.
11. FOLB, P I 1990. A time to choose. *South African Medical Journal*, 78(3):120-121.
12. GEAR, J S S 1990. Rising costs - stemming the tide and bridging the gap. *South African Medical Journal*, 78(3):123-124.
13. HEARD, N 1993. Those who care should also manage. *Update*, 8(2):108-112.
14. HILLMAN, A L; WELCH, W P & PAULY, M V 1992. Contractual arrangements between HMO's and primary care physicians. *Medical Care*, 30(2):130-148.
15. HUGGINS, K 1988. *Operations of life and health insurance companies*. Atlanta: LOMA
16. MADLIN, N 1991. EPO: Latest beast in the managed care menagerie. *Business & Health*, 9(3):48-53.
17. MALLORY, J S 1990. Strategics for the 1990's. *Best's Review*, 90(12):36-42, 111-112.
18. MCINTYRE, D E & DORRINGTON, R E 1990. Trends in the distribution of South African health care expenditure. *South African Medical Journal*, 78(3):125-129.

19. McCURREN, J K 1991. Factors for success: capitated primary physicians in Medicare HMO's. *Health Care Management Review*, 16(2):49-53.
20. McLAUGHLIN, C P & KALUZNY, A D 1990. Total quality management in health: making it work. *Management Review*, 15(3):7-14.
21. MILLER, Z 1993. Health maintenance organizations. *Hospital Practice*, 28(2):48-51.
22. PALEY, W D 1993. Overview of the HMO movement. *Psychiatric Quaterly*, 46(1):5-12.
23. PRICE, M 1992. Health maintenance organizations. *Nursing RSA*, 7(6): 21-22.
24. SAVITS, E J 1991. No miracle cure. *Barron's*, 71(31):8-9, 21-23.
25. SLABBERT, A 1992. Goedkoper gesondheidsorg. *Finansies en Tegniek*, 44(4):12-13.
26. VELIOTES, G; MAGENNIS, R & BROWN, M 1993. *Managed health care*. Pretoria: MASA

BYLAE A

VRAELYS OM DIE TEVREDENHEID VAN DIE VERBRUIKERS VAN GESONDHEIDSORG TE BEPAAL.

Baie dankie dat jy bereid is om hierdie vraelys te voltooi. Dit vorm deel van 'n studie oor die verbetering van die aanbieding en finansiering van gesondheidsorg in Suid-Afrika.

Die doel van hierdie opname is om te bepaal hoe mense voel oor die gesondheidsorg wat hulle ontvang. Gesondheidsorg behels alle fasette van die stappe wat geneem word om die liggaam van die mens vry te hou van siektetoestande deur die voorkoming of genesing daarvan.

Die voltooiing van hierdie vraelys is vrywillig en daar sal teen niemand gediskrimineer word op grond van die inligting wat uit hierdie vraelys voortkom of as geweier word om dit te voltooi nie. Die inligting sal as vertroulik hanteer word en geen individu se inligting sal openbaar gemaak word nie.

ALGEMENE INLIGTING:

1. In diens van watter firma is jy?

Merk slegs een van a, b, c, d of e in die blokkie regoor jou keuse.

- | | | | | | |
|----|---------------|----|-----------|------|-----|
| 2. | Jou ouderdom? | a) | onder 20 | (——) | (1) |
| | | b) | 21 tot 30 | (——) | (2) |
| | | c) | 31 tot 40 | (——) | (3) |
| | | d) | 41 tot 50 | (——) | (4) |
| | | e) | bo 50 | (——) | (5) |
| 3. | Jou geslag? | a) | Manlik | (——) | (1) |
| | | b) | Vroulik | (——) | (2) |

4. Wat is jou hoogste kwalifikasie?

- | | | |
|-------------------------|------|-----|
| a) Standerd 8 of minder | (——) | (1) |
| b) Matriek | (——) | (2) |
| c) Diploma | (——) | (3) |
| d) Universiteitsgraad | (——) | (4) |

Merk slegs een van a, b, c, d, e of f in die blokkie regoor jou keuse.

5. Wat is jou gesin se totale jaarlikse inkomste tans naastenby?

- | | | |
|---------------------------------|------|-----|
| a) Minder as R12 000 per jaar | (——) | (1) |
| b) R12 001 tot R24 000 per jaar | (——) | (2) |
| c) R24 001 tot R36 000 per jaar | (——) | (3) |
| d) R36 001 tot R60 000 per jaar | (——) | (4) |
| e) Meer as R60 000 per jaar | (——) | (5) |

6. Hoeveel afhanklikes is daar in jou gesin wat van jou mediese skema gebruik maak insluitende jouself?

7. Aan watter mediese skema behoort jy?

Merk slegs een van a, b, c, d, e of f in die blokkie regoor jou keuse.

8. Hoe lank behoort jy al aan hierdie of ander soortgelyke mediese skema?

- | | | |
|------------------------|------|-----|
| a) Minder as een jaar | (——) | (1) |
| b) Een tot drie jaar | (——) | (2) |
| c) Langer as drie jaar | (——) | (3) |

9. Wat is jou maandelikse bydrae tot jou mediese skema?

- | | | |
|-----------------------------|------|-----|
| a) Minder as R100 per maand | (——) | (1) |
| b) R100 tot R150 per maand | (——) | (2) |
| c) R151 tot R200 per maand | (——) | (3) |
| d) R201 tot R300 per maand | (——) | (4) |
| e) Meer as R300 per maand | (——) | (5) |
| f) Onseker | (——) | (6) |

Merk slegs een van a, b, c, d, e of f in die blokkie regoor jou keuse.

10. Wat is jou werkgewer se maandelikse bydrae tot jou mediese skema?

- | | | |
|-----------------------------|------|-----|
| a) Minder as R100 per maand | (——) | (1) |
| b) R100 tot R150 per maand | (——) | (2) |
| c) R151 tot R200 per maand | (——) | (3) |
| d) R201 tot R300 per maand | (——) | (4) |
| e) Meer as R300 per maand | (——) | (5) |
| f) Onseker | (——) | (6) |

VRAE TOEGEPAS OP GESONDHEIDSORG

Dink 'n bietjie na oor die privaat gesondheidsorgstelsel in Suid-Afrika en gee jou algemene siening daaroor deur die volgende vrae te beantwoord:

11. Wat beskou jy as die positiefste eienskappe van die gesondheidsorgstelsel?

12. Wat beskou jy as die tekortkominge van die stelsel?

13. Watter veranderinge sou jy aan die gesondheidstelsel wou sien?

Merk slegs een van a, b, c, d of e in die blokkie regoor jou keuse.

14. Hoe voel jy oor die gesondheidsdiens wat jy en jou gesin tans gebruik in die algemeen?

- | | | |
|----------------------|------|-----|
| a) Uiters ontevrede | (——) | (1) |
| b) Redelik ontevrede | (——) | (2) |
| c) Neutraal | (——) | (3) |
| d) Redelik tevrede | (——) | (4) |
| e) Uiters tevrede | (——) | (5) |

15. Verduidelik jou antwoord:

Hoe voel jy oor die volgende aspekte van gesondheidsorg wat jy en jou gesin tans gebruik?

Vul slegs een van die ondergenoemde syfers wat jou houding die beste weerspieël in die blokkies teenoor elkeen van die ondergenoemde eienskappe van jou gesondheidsorgstelsel.

Onseker	=	0
Uiters Ontevrede	=	1
Redelik Ontevrede	=	2
Neutraal	=	3
Redelik Tevrede	=	4
Uiters Tevrede	=	5

16. Beskikbaarheid van jou dokter. (—)
17. Die kwaliteit van die beskikbare dokters. (—)
18. Jou toegang tot spesialiste as jy hulle
 benodig. (—)
19. Die tyd wat jy vir die dokter moet wag
 tydens 'n besoek aan hom. (—)
20. Die kwaliteit van sorg in die hospitaal. (—)
21. Die beskikbaarheid van dokters en mediese
 dienste 24 uur 'n dag 7 dae per week. (—)
22. Die koste van jou bybetaling wat mediese
 versekering nie dek nie. (—)
23. Die koste van jou maandelikse bydrae vir
 mediese versekering. (—)

As hoe belangrik beskou jy die volgende voorvereistes in die gesondheidstelsel van jou keuse?

Vul slegs die syfer wat u keuse verteenwoordig teenoor elkeen van die onderstaande eienskappe van die ideale gesondheidsorgstelsel in.

Onseker	=	0
Uiters Onbelangrik	=	1
Redelik Onbelangrik	=	2
Neutraal	=	3
Redelik Belangrik	=	4
Uiters Belangrik	=	5

24. Vryheid om enige dokter van my keuse te sien. (——)
25. Vrye toegang tot spesialiste. (——)
26. Dienste se beskikbaarheid. (——)
27. Voorkomende eerder as genesende sorg. (——)

Merk een blokkie teenoor a, b, c of d.

28. Wanneer jy of een van jou gesin gesondheidsdienste nodig, is daar gewoonlik een dokter wat jy gaan sien of een van verskillende dokters uit 'n bepaalde praktyk of geen spesifieke dokter nie?
- a) Het een persoonlike dokter. (——) (1)
- b) Sien meer as een dokter in 'n praktyk van vyf of minder. (——) (2)
- c) Sien meer as een dokter uit 'n groep van tien of minder. (——) (3)
- d) Sien enige beskikbare dokter. (——) (4)

Merk een blokkie teenoor a, b, c of d.

29. Indien die dokter wat jy gewoonlik spreek nie beskikbaar is nie, wat weerspieël jou houding die beste?

- | | | |
|--|------|-----|
| a) Ek weier om 'n ander dokter te sien. | (——) | (1) |
| b) Ek sal nie graag 'n ander dokter wil sien nie. | (——) | (2) |
| c) Ek gee nie eintlik om om 'n ander dokter te sien nie. | (——) | (3) |
| d) Ek gee glad nie om om 'n ander dokter te sien nie. | (——) | (4) |

30. Indien u dokter nie beskikbaar is nie, wat sal u houding wees om behandel te word deur 'n medies-opgeleide verpleegsuster?

- | | | |
|---|------|-----|
| a) Ek sal weier om 'n verpleegsuster te sien. | (——) | (1) |
| b) Ek gee nie eintlik om om 'n verpleegsuster te sien nie. | (——) | (2) |
| c) Ek gee glad nie om om 'n verpleegsuster te sien nie. | (——) | (3) |
| d) Ek sou dit verkies om 'n verpleegsuster te sien eerder as 'n dokter. | (——) | (4) |

BAIE DANKIE VIR JOU VRIENDELIKE SAMEWERKING.

BYLAE B

RESULTATE

	FOOI-VIR-DIENS	BGO
<u>Vraag 1: Firma Werksaam</u>	<u>Groep 1</u>	<u>Groep 2</u>
1. Rollamatic Engineering	12	0
2. W J Engineering	18	0
3. African Cables	37	0
4. Yskor	0	67
<u>Vraag 2: Ouderdom</u>		
1. Onder 20 jaar	1	1
2. 21 tot 30 jaar	17	24
3. 31 tot 40 jaar	23	13
4. 41 tot 50	18	9
5. Bo 50	8	20
<u>Vraag 3: Geslag</u>		
1. Manlik	64	3
2. Vroulik	41	26
<u>Vraag 4: Kwalifikasie</u>		
1. Standerd 8 of minder	27	15
2. Matriek	32	32
3. Diploma	7	8
4. Universiteitsgraad	0	12

Vraag 5: Gesinsinkomste

1.	Minder as R12 000 per jaar	7	2
2.	R12 001 tot R24 000 per jaar	6	4
3.	R24 001 tot R36 000 per jaar	10	10
4.	R36 001 tot R60 000 per jaar	24	26
5.	Bo R60 000 per jaar	18	23

Vraag 6: Aantal Afhanklikes

1.	Een	15	23
2.	Twee	12	13
3.	Drie	11	20
4.	Vier	17	9
5.	Vyf	10	2
6.	Ses	1	0

Vraag 7: Mediese Skema

1.	Metaalnywerheid/Yster en Staal	25	0
2.	Boartmed	5	0
3.	African Cables Fonds	37	0
4.	Vaalmed	0	67

Vraag 8: Lidmaatskapstyd

1.	Minder as een jaar	6	2
2.	Een tot 3 jaar	6	5
3.	Langer as 3 jaar	55	60

Vraag 9: Maandelikse bydrae: Lid

1.	Minder as R100 per maand	6	10
2.	R101 tot R150 per maand	1	17
3.	R151 tot R200 per maand	11	28
4.	R201 tot R300 per maand	26	8
5.	Meer as R300 per maand	21	2
6.	Onseker	2	2

Vraag 10: Skema bydrae: Werkgewer

1.	Minder as R100 per maand	5	6
2.	R101 tot R150 per maand	6	13
3.	R151 tot R200 per maand	8	15
4.	R201 tot R300 per maand	20	4
5.	Meer as R300 per maand	15	1
6.	Onseker	13	28

Vraag 11: Positiefste eienskappe van ons stelsel

1.	Voordele wat dit persio= narisie bied.	1	3
2.	Beskikbaarheid van dienste	4	3
3.	Hoë kwaliteit sorg	4	13
4.	Kontrole oor diensverskaf= fers.	1	0
5.	Voorkomende sorg	1	0
6.	Gemoedsrus wat dit bied	12	13

7.	Vrye keuse van diensver= skaffers.	5	1
8.	Bekostigbaarheid	0	1
9.	Dat die skema sy eie hos= pitaal besit.	0	1

Vraag 12: Tekortkominge van ons stelsel

1.	Onvoldoende voordele / te hoë bydrae	0	1
2.	Te min diensverskaffers	12	3
3.	Lang wagtydperk vir uitbe= taling deur skema	4	0
4.	Swak ondersteuning van skema	1	0
5.	Swak diens deur diensver= skaffers.	3	6
6.	Koste van sorg is te hoog	10	10
7.	Behoefte aan eenstop-diens	1	0
8.	Onbuigsaamheid van die stel= sel bv. nie geeneisbonus	1	1
9.	Misbruikpotensiaal daarvan	2	0
10.	Medisyne is te duur	4	2
11.	Gebruik van generiese medi= syne	0	3
12.	Te klein deel van die po= pulasie gebruik privaatsorg	0	2
13.	Te veel privaatklinieke in Suid-Afrika	0	1
14.	Keuse van diensverskaffers is beperk	0	2

Vraag 13: Voorgestelde veranderinge

1.	Vermeerder voordele en verminder bybetaling.	8	1
2.	Verkort uitbetaalperiodes van skemas	5	0
3.	Vermeerder diensverskaffers	0	3
4.	Verbeter skema administrasie	1	0
5.	Verlaag versekeringskoste	12	9
6.	Verwyder rasse diskriminasie uit die stelsel	1	2
7.	Vryer keuse van tipe gesondheidsorgplan	7	4
8.	Opleiding vir selfmedikasie	1	0
9.	Voorkom misbruik van die stelsel	3	0
10.	Implimenteer 'n nasionale gesondheidsplan	4	7
11.	Sterk fondse deur 'n staatslotery	1	0
12.	Geen verandering is nodig	3	0
13.	Vryer assosiasie van diensverskaffers	1	0
14.	Goedkoper medisyne gebruik	2	0
15.	Beter pasiënt-diensverskaffer verhoudings	0	4
16.	Korter wagtyd by diensverskaffers	0	1
17.	Vryer keuse van diensverskaffers	0	2
18.	Skoner omgewing	0	2
19.	Meer toegankliker stelsel	0	1

Vraag 14: Algemene tevredenheid

1.	Uiters ontevrede	2	0
2.	Redelik ontevrede	15	6
3.	Neutraal	16	13
4.	Redelik tevrede	29	31
5.	Uiters ontevrede	4	17

Vraag 15: Verduideliking algemene tevredenheid

1.	Swak administrasie van skema (ontevrede)	7	1
2.	Hoë koste van sorg (ontevrede)	3	0
3.	Hoë koste van bybetaling (ontevrede)	8	0
4.	Hoë kwaliteit van sorg (tevrede)	3	13
5.	Gebrek aan vrye keuse van tipe versekering (ontevrede)	2	1
6.	Swak kwaliteit van sorg (ontevrede)	1	4
7.	Verpligting om generiese medisyne te gebruik (ontevrede)	1	0
8.	Vrye beskikbaarheid van diens (tevrede)	1	0
9.	Lang wagtyd by diensverskaffers (ontevrede)	0	8
10.	Beperkte keuse van diensverskaffers (ontevrede)	0	1

SPESIFIEKE TEVREDENHEID**Vraag 16: Tevredenheid met beschikbaarheid van dokter**

0.	Onseker	1	0
1.	Uiters ontevrede	1	4
2.	Redelik ontevrede	2	3
3.	Neutraal	2	7
4.	Redelik tevrede	40	41
5.	Uiters tevrede	21	12

Vraag 17: Kwaliteit van dokters

0.	Onseker	2	3
1.	Uiters ontevrede	2	1
2.	Redelike ontevrede	3	7
3.	Neutraal	12	10
4.	Redelik tevrede	31	37
5.	Uiters tevrede	17	9

Vraag 18: Toegang tot specialiteite

0.	Onseker	4	4
1.	Uiters ontevrede	3	4
2.	Redelik ontevrede	2	10
3.	Neutraal	12	13
4.	Redelik tevrede	29	24
5.	Uiters tevrede	17	12

Vraag 19: Wagtyd by dokter

0.	Onseker	1	1
1.	Uiters ontevrede	12	9
2.	Redelik ontrevrede	15	13
3.	Neutraal	15	10
4.	Redelik tevrede	20	29
5.	Uiters tevrede	4	5

Vraag 20: Kwaliteit van hospitaalsorg

0.	Onseker	5	5
1.	Uiters ontevrede	7	5
2.	Redelik ontevrede	9	7
3.	Neutraal	13	13
4.	Redelik tevrede	25	26
5.	Uiters tevrede	7	11

Vraag 21: 24-Uur diens

0.	Onseker	1	4
1.	Uiters ontevrede	3	7
2.	Redelik ontevrede	9	10
3.	Neutraal	15	8
4.	Redelik tevrede	28	25
5.	Uiters tevrede	11	13

Vraag 22: Koste van bybetaling

0.	Onseker	1	6
1.	Uiters ontevrede	30	3
2.	Redelik ontevrede	21	10
3.	Neutraal	7	14
4.	Redelik tevrede	7	25
5.	Uiters tevrede	1	9

Vraag 23: Koste van maandelikse bydrae

0.	Onseker	0	5
1.	Uiters ontevrede	12	4
2.	Redelik ontevrede	24	5
3.	Neutraal	11	11
4.	Redelik tevrede	17	30
5.	Uiters tevrede	3	12

BELANGRIKHEID VAN ASPEKTE VAN SORG**Vraag 24: Vryheid om dokter van keuse te sien**

0.	Onseker	0	3
1.	Uiters onbelangrik	0	0
2.	Redelik onbelangrik	2	6
3.	Neutraal	8	7
4.	Redelik belangrik	14	11
5.	Uiters belangrik	43	39

Vraag 25: Vrye toegang tot spesialiste

0.	Onseker	3	2
1.	Uiters onbelangrik	1	1
2.	Redelik onbelangrik	2	4
3.	Neutraal	12	7
4.	Redelik belangrik	17	18
5.	Uiters belangrik	31	34

Vraag 26: Dienste se beskostigbaarheid

0.	Onseker	3	4
1.	Uiters onbelangrik	1	1
2.	Redelik onbelangrik	1	1
3.	Neutraal	14	8
4.	Redelik belangrik	10	18
5.	Uiters belangrik	37	36

Vraag 27: Voorkomende eerder as genesende sorg

0.	Onseker	0	3
1.	Uiters onbelangrik	0	0
2.	Redelik onbelangrik	0	1
3.	Neutraal	9	5
4.	Redelik belangrik	16	13
5.	Uiters belangrik	37	44

Vraag 28: Keuse van dokter

1.	Een persoonlike dokter.	53	56
2.	Meer as een dokter in praktyk, maar minder as 5.	11	1
3.	Meer as een maar minder as 10.	0	0
4.	Enige beskikbare dokter.	3	10

Vraag 29: Houding as persoonlike dokter nie beskikbaar is nie

1.	Weier om 'n ander dokter te sien.	6	1
2.	Sal nie graag ander dokter sien.	27	26
3.	Gee nie eintlik om nie.	22	23
4.	Gee glad nie om nie.	12	16

**Vraag 30: Houding oor die sien van 'n verpleegster as
persoonlike dokter nie beskikbaar is nie.**

1.	Weier om verpleegster te sien.	26	13
2.	Gee nie eintlik om nie.	28	40
3.	Gee glad nie om nie.	12	13
4.	Verkies verpleegster.	1	0

12./.....

GEMIDDELDES EN STANDAARD AFWYKING

<u>Vraag</u>	<u>Gemiddelde</u>		<u>Standaard Afwyking</u>	
	<u>Groep 1</u>	<u>Groep 2</u>	<u>Groep 1</u>	<u>Groep 2</u>
2	3,22	3,34	1,01	1,28
3	1,04	1,39	0,21	0,49
4	1,69	2,25	0,65	1,00
5	3,61	3,98	1,28	1,02
6	2,96	2,31	1,45	1,17
8	2,73	2,86	0,62	0,42
9	3,91	2,72	1,21	1,14
10	4,09	3,97	1,47	1,88
14	3,27	3,88	0,98	0,89
16	4,12	3,80	0,91	0,99
17	3,77	3,55	1,15	1,17
18	3,64	3,27	1,34	1,40
19	3,79	3,07	1,26	1,27
20	3,01	3,24	1,44	1,45
21	3,48	3,22	1,14	1,49
22	1,88	3,13	1,08	1,43
23	2,62	3,39	1,18	1,42
24	4,46	4,12	0,82	1,34
25	4,0	4,12	1,29	1,22
26	4,09	4,15	1,30	1,29
27	4,18	4,38	1,29	1,18
28	1,29	1,46	0,69	1,07
29	2,59	2,81	0,89	0,82
30	1,82	1,97	0,78	0,67