

VAN DIE REDAKSIE : EDITORIAL

DIE UITBREIDING VAN VOORUIT-BETAALDE MEDIESE DIENSTE

Die doelwit met die skepping van die Sentrale Adviesraad vir Mediese Hulpdienste was om 'n liggaam te hê wat die moontlikheid kon ondersoek om mediese hulpdienste vir alle Blankes in die Republiek beskikbaar te stel, en om sulke skemas te kontroleer. Die Regering het dan ook wetgewing beplan waarin die beginsels waarop hierdie uitbreiding van mediese hulpdienste kon berus, beliggaam sou word.

Om 'n wet van hierdie aard te administreer, is dit egter nodig om 'n basiese tarief te hê om op te werk. By 'n vorige vergadering in Johannesburg in Julie 1963 het die Federale Raad van die Mediese Vereniging die hele saak bespreek en besluit om dit aan die Minister van Gesondheid oor te laat om te besluit of hy 'n dubbele of 'n enkele tarief verkies. Die Minister het te kenne gegee dat hy vir die doeleindes van die wet een standaard tarief verkies.

Met die oog daarop om so 'n tarief (wat van toepassing sou wees op alle lede van hulpfondse afgesien van hul inkomstevlak) op te stel, het die Federale Raad toe 'n Sentrale Skedulekomitee aangestel. 'n Verslag van die werksaamhede en bevindinge van dié Komitee is in die *Tydskrif* van 21 November 1964 op p. 903 gepubliseer.

Met die verloop van tyd en as gevolg van die ondersoeke van die Skedulekomitee het dit duidelik geword dat daar baie moeilike probleme was wat in hierdie verband aangepak sou moes word. Ook het dit duidelik geword dat die aanvaarding van een standaard tarief vir die hele bevolking eintlik 'n radikale verandering te weeg sou bring in die patroon van die private mediese praktyk, aangesien dit moontlik sou wees om private gelde net van persone wat nie aan die een of ander van die hulpdienste behoort nie, te vra. Maar, dit was juis die bedoeling om die fondse so uit te brei dat *almal* daaraan kan behoort.

Benewens hierdie oorwegings word daar gevoel dat die aanvaarding van 'n standaard tarief nie die lewer van die hoogste kwaliteit van mediese dienste in die hand sou werk nie. Ook lê dit die erkenning van spesiale vaardighede en/of buitengewone ondervinding op 'n professionele vlak aan bande—trouens, so 'n stelsel bevat geen een van die tradisionele waarborge vir goeie en bevredigende dienste wat 'n essensiële deel vorm van die private dokter-pasiënt verhouding nie. Dit verbaas ons dus nie dat die Skedulekomitee nie by magte was om op hierdie stadium selfs 'n voorlopige skedule op te stel nie.

Die hele probleem van die toepasbaarheid van 'n enkele standaard tarief is dus weer deur die Uitvoerende Komitee van die Federale Raad bespreek op 'n onlangse vergadering in Pretoria. In die lig van die oorwegings wat ons hierbo genoem het, sowel as in die lig van jongere ont-

wikkelinge, het die Uitvoerende Komitee besluit dat dit gerade sal wees om die basiese benadering van die Vereniging ten opsigte van die probleem van 'n standaard tarief so te wysig dat dit vir die Minister moontlik sal wees om die beginsel van 'n tarief in die wetsontwerp in te sluit terwyl die beginsel terselfdertyd aanvaar word dat dié tarief net van toepassing sal wees op lede wie se inkomste onder 'n sekere vlak (wat bepaal moet word) val, en dat lede wie se inkomste bó die vlak val as private pasiënte beskou sal kan word—met dien verstande egter dat hulle deur hul onderskeie skemas geïndemiseer kan word. Die besluite wat die Uitvoerende Komitee in hierdie verband geneem het, is soos volg:

'1. In die lig van die dringende noodsaaklikheid om die Minister te help om die Wet op Mediese Skemas so gou as moontlik in werking te stel, is die Uitvoerende Komitee bereid om af te wyk van die beleid wat vroeër deur die Federale Raad neergelê is, d.i. dat 'n standaard tarief op alle versekerde persone van toepassing sal wees afgesien van hul inkomste.

'2. Dat die Minister meegedeel word dat die Vereniging gewillig is om dit te aanvaar dat die tarief, soos omskryf in die Wet, 'n *voorkeurtarief* sal wees, soos gewysig deur ooreenkoms met die mediese hulpverenigings op 'n vergadering wat gehou sal word, mits egter:

(a) die tarief net van toepassing sal wees op daardie lede van die skemas wie se *belasbare* inkomste onder 'n sekere vlak val (die syfer moet nog bepaal word);

(b) lede van skemas wie se *belasbare* inkomste bokant die vlak val waarop ooreengekom sal word, sal beskou word as private pasiënte wat private gelde sal moet betaal, met dien verstande egter dat hulle deur hul skemas geïndemiseer kan word;

(c) die tarief, soos aan die begin bepaal, sal nie vir 'n vaste tydperk van krag bly nie, maar sal onderhewig wees aan jaarlikse heroorweging; en

(d) die Vereniging geraadpleeg word voordat enige regulasies gepromulgeer word in terme van die wet, oor die beginsels wat in dié regulasies beliggaam sal word.

'3. Dat die Minister ook meegedeel word dat die Vereniging, in toekomstige versoeke om wysiging van die tarief, gebruik sal maak van die standaard tarief wat op die oomblik deur die Vereniging se Aktuariële Komitee opgestel word, as basis.'

Hierdie besluite is na alle lede van die Federale Raad gestuur met die versoek om te kenne te gee of hulle daarmee saamstem of nie. Die besluite is ook aan die Minister oorgedra, en hy het alreeds te kenne gegee dat hulle vir hom aanvaarbaar is.

PHENACETIN: IS IT NEPHROTOXIC?

There have been a number of reports in recent years that the excessive use of analgesic preparations, especially those containing phenacetin, might be the cause of certain nephropathies. Phenacetin stands condemned in certain countries, and its use in some places has been forbidden.

Patients with renal disease attributed to the chronic use

of analgesics have consumed large quantities of a combination of drugs such as aspirin, antipyrine (phenazone), amidopyrine, codeine, caffeine, or other drugs, in addition to phenacetin. Nephrotoxicity may have been caused by one or more of these drugs taken together over long periods of time. There is no definite proof that phenacetin

itself is at fault, although there is every indication for further studies of the role of this drug as well as of other compounds in the development of renal disease. Normal doses of these drugs used in moderation would not appear to be a cause for concern on the evidence available at present.¹ A review of case reports in the literature shows that the intake of analgesic drug combinations by patients was in all instances excessive and continued over prolonged periods. There appear to be no reports of patients having abused plain phenacetin excessively.

Laboratory and clinical evidence thus far available would not seem to warrant the condemnation of phenacetin as the specific causative agent of renal disorders attributed to the abuse of analgesics. It is therefore not desirable for terms such as phenacetin toxicity, phenacetin nephrotoxicity, or phenacetin nephritis to be used; it is more correct in the present state of our knowledge to refer to the toxic effects as having been caused by analgesic abuse, if analgesics are at fault. There is no question that phenacetin, aspirin, and other drugs can cause toxic effects under certain conditions, especially when taken in excessive doses over a long period of time. It is the emphasis on phenacetin as the assumed cause of a specific type of interstitial nephritis that has been unwarranted.

Aspirin and other salicylates have long been known to produce a variety of toxic effects; there have been many reports on the nephrotoxic effects of these drugs.²⁻⁴ There are also reports in the literature of the nephrotoxicity of various pyrazolon derivatives such as phenazone, amidopyrine, and phenylbutazone. Another factor that may possibly be of importance is that acetic-4-chloranilid, an impurity sometimes found in phenacetin, may have contributed to the toxic action of drug mixtures. The fact that phenacetin manufactured in the USA contains very small amounts of acetic-4-chloranilid may account to some extent

for the fewer reports of nephrotoxicity from that country.

Acetylamino-phenol ('paracetamol'; 'panadol') is the major metabolite of phenacetin and has been available as an analgesic for a number of years. The evidence available at present does not indicate that it is necessarily more effective or safer than phenacetin.

A feature common to all analgesic mixtures allegedly associated with nephrotoxicity is the presence of a drug that can alter the inflammatory response of tissues.⁵ The anti-inflammatory action of salicylates is well known. Phenacetin and acetylamino-phenol do not have this property. The pathological lesions found in kidneys allegedly damaged by analgesic drugs may be the result of alteration in tissue response caused by an anti-inflammatory drug; the alleged susceptibility of kidneys to infection and bacterial injury may be due to suppression of the defence mechanisms. Interference with defence mechanisms by an anti-inflammatory agent, found in highest concentration in the renal papillae, could account for the high incidence of papillary necrosis commonly associated with infection. The paucity or absence of neutrophil leucocytes along the margins of the necrotic area could be explained by the presence of an anti-inflammatory drug. It would appear that bacterial (or viral) invasion of the kidneys cannot be ruled out, and that asymptomatic renal disorders, insidious in onset but with symptoms eventually becoming intensified and impelling the use of analgesics, need further consideration.

Physicians should note that the abuse of analgesics, including aspirin and phenacetin, and for that matter other drugs, over many months and years, can cause harmful effects.

1. Schreiner, G. E. (1962): *Ann. Intern. Med.*, **57**, 1047.

2. Fellers, F. X. and Craig, J. (1963): *J. Amer. Med. Assoc.*, **186**, 610.

3. Harvald, B. (1963): *Amer. J. Med.*, **35**, 481.

4. Scott, J. T., Denman, A. M. and Dorling, J. (1963): *Lancet*, **1**, 344.

5. Gilman, A. (1964): *Amer. J. Med.*, **36**, 167.

LANGWERKENDE INSULIEN

Na 'n oorsig van 238 pasiënte met suikersiekte, wat behandel is met 'n enkele daaglikse dosis van lente insulien,¹ is die aandag gevestig op sekere van die beperkinge wat hierdie soort behandeling inhou. Met elke besoek van die pasiënt aan die kliniek is 'n kliniese waardering van sy geval gemaak, alhoewel bloedsuiker-bepalings nie as 'n roetine gedoen is nie. Die kontrole van die suikersiekte is in een van vier grade aangeteken: (1) baie goed—glikosurie gewoonlik minder as 0.5%, sonder insulien-newegevolge; (2) goed—glikosurie gewoonlik tussen 0.5 en 1%, sonder insulien-newegevolge, ketonurie of simptome; (3) redelik—pasiënte met insulien-newegevolge en glikosurie tussen 1 en 2% (met of sonder kerende insulienreaksies); (4) swak—swaar glikosurie wat gewoonlik meegaande

simptome het en/of ketonurie, met of sonder insulienreaksies. In hierdie groep was bloedsuiker-bepalings gewoonlik bokant 300 mg./100 ml. Die grade van die kontrole van die 238 pasiënte, wat vir 'n jaar of langer op lente insulien was, was as volg: uitstekend, 24%; goed, 23.6%; redelik, 32.4%; swak, 20%. Die wisselende uitwerking van lente insulien kan afgelei word van die feit dat oor die helfte van die pasiënte as 'redelik' en 'swak' geklassifiseer is. Swak kontrole is gewoonlik aangetref waar die suikersiekte jonk begin het, die nodige dosis meer as 40 eenhede per dag was en waar die siekte reeds vir 'n geruime tyd aanwesig was. Dit is in sulke gevalle gevind dat twee dosisse van oplosbare insulien beter beheer uitgeoefen het.

1. Imrie, A. H. (1964): *Scot. Med. J.*, **9**, 89.