



Ministerie van Defensie

Beleidsdoorlichting **Militaire Gezondheidszorg** **2011-2021** Eindrapport



Inhoud

1	Samenvatting	4
2	Inleiding	8
2.1	De militaire gezondheidszorg	9
2.2	Aanleiding beleidsdoorlichting	10
2.3	Onderzoeksvragen	12
2.4	Afbakening onderzoek	12
2.5	Leeswijzer	13
3	Onderzoeksaanpak	14
3.1	Opdrachtgever en opdrachtnemer	15
3.2	Begeleidingscommissie en onafhankelijke deskundigen	15
3.3	Opzet van het onderzoek	15
3.4	Totstandkoming analyse	16
4	Beleidstheorie	18
4.1	Aanleiding beleid	19
4.2	Toelichting van het beleid	19
4.3	Beoogd effect van het beleid	21
5	Relevante beïnvloedende beleidswijzigingen en ontwikkelingen	22
5.1	Voorzieningenniveau MGZ	23
5.2	Doorontwikkeling Krijgsmacht (DOKM)	24
5.3	Programma MGZ2020	24
5.4	Invoering Topstructuur Defensie	25
6	Uitkomsten onderzoek	26
6.1	Doeltreffendheid en doelmatigheid van de opgelegde bezuinigingen	27
6.1.1	Inrichting MGZ	27
6.1.2	Personele formatie en bezetting	30
6.1.3	Materieel	32
6.1.4	Financieel	33
6.2	Afstemming geneeskundige capaciteit op operationele taakstelling	34
6.3	Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid	35
6.4	Governance	38
7	Conclusies en blik op de toekomst	42
7.1	Conclusies	43
7.2	Blik op de toekomst	45
7.2.1	Actuele en toekomstige ontwikkelingen voor Defensie en de MGZ	45
7.2.2	Beleidsopties bij significant meer of minder financiële middelen (+/-20%)	46
7.2.3	Leerpunten voor de toekomst van de MGZ	48
8	Beschouwing	50
	Bijlage 1 Overzicht van geneeskundige elementen van de Militair Geneeskundige Dienst	52
	Bijlage 2 Verklarende woordenlijst	56
	Bijlage 3 Brondocumenten	58
	Bijlage 5 Rapportage van ADR	62
	Bijlage 6 Rapportage van de onafhankelijk deskundigen	114

1 Samenvatting

Er is een wettelijke plicht om begrotingsartikelen in de Rijksbegroting periodiek te evalueren in een beleidsdoorlichting. Deze beleidsdoorlichting evalueert de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid voor de militaire gezondheidszorg (MGZ) in de periode 2011 tot 2021. Omdat elementen van de MGZ verspreid zijn door de gehele Defensieorganisatie, betreft het een doorlichting van delen van meerdere beleidsartikelen. Hier is bewust voor gekozen, omdat het beschouwen van slechts een deel van het beleid voor de MGZ onvoldoende inzicht zal geven in de doeltreffendheid en doelmatigheid van dit beleid.



Beleid MGZ 2011-2021

In de onderzoeksperiode hebben binnen de MGZ een aantal significante beleidswijzigingen plaatsgevonden en heeft de MGZ een ingrijpende herstructurering doorgemaakt. De herstructurering had vier belangrijke doelen:

- Inrichting van een nieuwe MGZ-organisatie in gereduceerde omvang na forse bezuinigingen;
- het optimaliseren van de afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling van de krijgsmacht;
- het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid van de MGZ;
- het inrichten van effectieve governance (een geïntegreerd, samenhangend en geharmoniseerd zorgsysteem met eenduidige aansturing) voor de MGZ.

Om deze beleidsdoelen te kunnen realiseren is gekozen voor een centralisering en reductie van de reguliere MGZ onder vredesomstandigheden. De omvang van de operationele MGZ tijdens inzet werd met de herstructurering eveneens gereduceerd en in lijn gebracht met de geneeskundige ondersteuning, die nodig was om de inzet van de operationele eenheden van de krijgsmacht te ondersteunen. In de periode tot 2021 zijn deze plannen uitgewerkt en zoveel als mogelijk geïmplementeerd. Waar nodig zijn, onder invloed van voortschrijdende inzichten en nieuwe ontwikkelingen in de organisatie, aanpassingen gedaan om de gestelde beleidsdoelen te realiseren.

Onderzoeksopzet

Om een uitspraak te kunnen doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid in de onderzoeksperiode zijn onder andere relevante beleidsvaluaties, managementrapportages en jaarverslagen van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg geanalyseerd. Daarnaast zijn stakeholders uit de organisatie geïnterviewd. Tevens heeft de Auditdienst Rijk een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd, waarbij inzicht is verkregen in de ontwikkelingen van de formatieve, materiele en budgettaire aspecten in de onderzoeksperiode. Mede op basis hiervan is een uitspraak gedaan over de doelmatigheid van het gevoerde beleid.

Conclusies

Doeltreffendheid en doelmatigheid van de opgelegde bezuinigingen en herstructurering van de MGZ

In deze beleidsdoorlichting is gebleken dat de in 2011 beoogde gewijzigde hoofdstructuur van de nieuwe MGZ-organisatie, met enkele aanpassingen, is gerealiseerd. Of de daarbij opgelegde financiële en formatieve bezuinigingen zijn behaald is in deze beleidsdoorlichting niet geheel inzichtelijk geworden. Uit de ADR-rapportage blijkt dat de formatieve reductie in aantallen is gerealiseerd. De bijbehorende financiële reductie is uit de beschikbare data niet compleet op te maken.

De herstructurering van de MGZ heeft langer geduurd dan vooraf voorzien. De doelstelling was om na de herstructurering en reductie van de omvang van de MGZ een organisatie te behouden die in staat was alle ambities van de krijgsmacht kwantitatief en kwalitatief te ondersteunen. Uit deze beleidsdoorlichting is duidelijk geworden dat de gedefinieerde beleidsdoelstellingen met het initieel beoogde herstructureringsplan niet te realiseren zijn geweest. De herstructurering was daarmee primair niet doeltreffend en niet doelmatig. Met herstelmaatregelen en nieuwe ontwikkelingen zijn de laatste jaren stappen gezet om de oorspronkelijk gestelde doelen alsnog te realiseren.

Doeltreffendheid en doelmatigheid van de afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling van de krijgsmacht

Na de initiële herstructurering bleek de geneeskundige capaciteit niet goed afgestemd op de operationele behoefte. Door de sterke reductie in aantal en omvang van de operationele geneeskundige eenheden waren operationele taken onvoldoende te ondersteunen. Dit gold met name voor het inrichten van een effectieve en kwalitatief goede geneeskundige behandel- en afvoerketen onder operationele omstandigheden. De herstructurering van de operationele gezondheidszorg was daarmee primair niet doeltreffend. Met herstelmaatregelen, die voort zijn gekomen uit o.a. de motie v.d. Staaij, DOKM en het programma MGZ2020 is de afgelopen jaren een eerste aanzet gemaakt naar herstel van deze capaciteiten. Tevens is gestart met het opstellen van een normenkader voor het plannen van geneeskundige capaciteit ter ondersteuning van gereedstelling en operationele inzet. Dit normenkader is in januari 2023 definitief vastgesteld. Na de afronding van de herstelmaatregelen zal de MGZ naar verwachting de operationele eerstelijnszorg doeltreffend kunnen uitvoeren. Volledige inzet-

baarheid van de overige operationele geneeskundige entiteiten (waaronder de Role 2 en gewondentransport) en inzet in de eerste hoofdtaak van alle geneeskundige elementen zijn belangrijke vervolgoelstellingen in de doorontwikkeling van de MGZ.

Doeltreffendheid en doelmatigheid van het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patientveiligheid

De kwaliteit van de reguliere MGZ is de laatste jaren sterk verbeterd. Door de centralisatie van de reguliere zorg is meer uniformiteit ontstaan in processen. Daarnaast zijn er kwaliteitsmanagementsystemen ingevoerd en is er meer structurele aandacht voor belangrijke randvoorwaarden voor goede kwaliteit van zorg, zoals adequate ICT-ondersteuning, meldingssystematieken voor incidenten en verbetervoorstellen en het structureel onderhouden van kennis en vaardigheden van geneeskundig personeel. Door de verschuiving van de reguliere zorg naar civiel herkenbare zorg is wel een deel van de militaire meerwaarde van de MGZ verdwenen. De extra kwaliteit die de MGZ daarbij wil bieden, onder andere door laagdrempelige toegang tot zorg en medisch personeel dat inzicht heeft in de specifieke omstandigheden waarin militairen optreden, is daardoor op sommige punten in het gedrang gekomen. Geconcludeerd kan worden dat het beleid voor het verbeteren van de kwaliteit en patientveiligheid in de reguliere MGZ over het algemeen doeltreffend is geweest.

De kwaliteit van de operationele zorg is daarentegen in de onderzoeksperiode een punt van zorg gebleven. Gedurende meerdere jaren zijn, onder andere door de IMG en de MGA, zorgen geuit over de kwaliteit van geneeskundige behandel- en afvoerketen. Zo ontbraken onder andere eenduidige normen en een kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg tijdens operationele inzet. Het ingezette beleid was hier niet doeltreffend. Met diverse herstelmaatregelen en de ontwikkeling van een normenkader voor de planning van de geneeskundige ondersteuning van operationele inzet zijn eerste stappen gezet naar optimalisatie van de operationele behandel- en afvoerketen.

Een groot probleem voor het borgen van de kwaliteit van zorg in de onderzoeksperiode was het personeelstekort. Om het afgesproken voorzieningenniveau voor de MGZ te borgen, moest veelal extern personeel worden ingehuurd. Dit heeft een negatieve invloed gehad op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de MGZ, onder andere door gebrek aan continuïteit van de zorg, het ontbreken van specifieke militair-geneeskundige kennis bij ingehuurd personeel en hoge kosten voor inhuur van personeel.

Doeltreffendheid en doelmatigheid van het inrichten van effectieve governance

De governance van de MGZ is gedurende de onderzoeksperiode continu een punt van aandacht geweest. Het initiële plan om de beleids- en uitvoeringsverantwoordelijkheid in de nieuwe organisatie bij één functionaris te beleggen, werd losgelaten en de beleidsverantwoordelijkheid werd belegd bij de HDP. De juiste en eenduidige belegging van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden bij onder andere de MGA, Commandant DGO en de OPCO's/stafartsen bleef en blijft een punt van aandacht. Ook de juiste belegging van het zorgaanbiederschap bij Defensie werd, onder invloed van nieuwe civiele gezondheidszorgwetgeving van VWS (de Wkkgz), onderwerp van discussie. Met de noodzakelijke doorlichting van de governance van MGZ is in de periode 2020/2021 inzichtelijk gemaakt welke uitdagingen er momenteel nog liggen op het gebied van de governance van de MGZ. De belangrijkste punten zijn daarbij:

- het scheiden van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de MGA en C-DGO;
- het inrichten van geneeskundige expertise in de aansturing van de uitvoering bij de CDS;
- de juiste belegging van het zorgaanbiederschap.

Eindconclusie

Geconcludeerd kan worden dat de beoogde aangepaste organisatiestructuur, en de daarmee gepaard gaande personele formatiereductie, voor de MGZ zijn gerealiseerd. Uit de beschikbare financiële data kan niet hard worden geconcludeerd dat de voorgenomen bezuinigingen over de gehele onderzoeksperiode volledig zijn gerealiseerd. Dit kan mede zijn veroorzaakt door de vertraging in de reorganisatie, tussentijdse reorganisaties en diversiteit in categorisering van financiële data, waardoor voor de MGZ gealloceerde budgetten niet overal inzichtelijk te krijgen waren. Echter, aangezien het overgrote deel van de bezuinigingen moest voortkomen uit formatieve reductie, en die conform blauwdruk is gerealiseerd, zijn de jaarlijkse bezuinigingen op de personeel-formatie uiteindelijk gerealiseerd.

Sinds 2011 heeft de MGZ door de ingestelde bezuinigingen moeilijke tijden gekend als gevolg van daarmee gepaard gaande reducties op alle fronten. Hierdoor is het MGZ-beleid, zeker in de periode tot 2018, op een aantal vlakken niet doeltreffend en doelmatig geweest en heeft de MGZ niet structureel goede kwaliteit van zorg kunnen leveren.

Met de nodige herstelmaatregelen en nieuwe ontwikkelingen lijkt de weg naar een organisatie die goede kwaliteit van zorg levert, op een goede manier bestuurd wordt en doeltreffend en doelmatig is ingericht, te zijn ingezet. De MGZ staat er in veel opzichten beter voor dan in 2011. Het zal echter nog een tijd duren voordat de MGZ in staat is de hoofdtaken van de Krijgsmacht in volle omvang te ondersteunen. De maatregelen voor de MGZ die voortvloeien uit de toegenomen investeringen in Defensie zullen hieraan zeker gaan bijdragen. Tot die tijd moet worden geborgd dat de gezondheidszorg ten behoeve van gereedstelling en inzet is afgestemd op de noodzakelijke behoefte, zodat steeds voldaan wordt aan de gestelde normen in het voorzieningenniveau.

Uit de inzichten die zijn verkregen met deze beleidsdoorlichting zijn leerpunten gedefinieerd, die belangrijk zijn voor de kwalitatieve doorontwikkeling van de MGZ in de nabije toekomst en het verhogen van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid van de MGZ.



2 Inleiding

Dit rapport beschrijft de bevindingen van een uitgevoerde doorlichting van het gevoerde beleid voor de militaire gezondheidszorg. Voor de begripsvorming wordt in dit hoofdstuk allereerst kort uiteengezet wat de militaire gezondheidszorg inhoudt. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk een toelichting gegeven op de aanleiding voor deze beleidsdoorlichting, de gedefinieerde onderzoeksvragen en de afbakening van het onderzoek. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer voor dit rapport.



2.1 De militaire gezondheidszorg

Militairen dienen gezond en inzetbaar te zijn om de hen opgedragen taken op een optimale manier uit te voeren. Om de gezondheid en inzetbaarheid te optimaliseren en monitoren heeft Defensie een eigen gezondheidssysteem: de militaire gezondheidszorg (MGZ). De militair is wettelijk verplicht om gebruik te maken van de militaire gezondheidszorg¹. Militaire gezondheidszorg omvat alle vormen van zorg verleend door de militair geneeskundige dienst (MGD²) of na verwijzing door de militair geneeskundige dienst³. De zorg voor militairen wordt vergoed via een Defensiespecifiek zorgverzekeringssysteem via de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK).

De MGZ levert preventieve, curatieve, bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige zorg. Geneeskundige eenheden zijn verspreid over de Defensieonderdelen. Naast de zorgverlenende eenheden en instanties, zijn er binnen de MGZ ook nog een aantal ondersteunende eenheden op het gebied van opleiding en trainen, onderzoek en kennisproductie, logistiek, (medische) advisering en keuringen. De gezondheidszorg aan militairen wordt geleverd onder alle omstandigheden, zowel onder in Nederland gebruikelijke situaties als ook tijdens inzet hoog in het geweldsspectrum als onder bijzonder moeilijke (klimatologische) omstandigheden. Onder al deze omstandigheden moet te allen tijde voldoende zorg van goede kwaliteit voor militairen beschikbaar zijn. De MGZ dient zo te zijn ingericht dat de reguliere en operationele geneeskundige eenheden van voldoende omvang en kwaliteit zijn, om dit te kunnen realiseren.

Voor de reguliere zorg onder vredesomstandigheden is de Nederlandse standaard voor de kwaliteit van zorg het uitgangspunt. Door een eigen intern gezondheidssysteem kan Defensie de bijzondere militaire populatie daarnaast nog extra kwaliteit bieden met als doel de inzetbaarheid te optimaliseren. Dit komt onder andere tot uiting door een lage drempel voor toegang tot zorg, korte wacht- en doorlooptijden en medisch personeel dat inzicht heeft in de specifieke omstandigheden waarin militairen optreden. Daarnaast biedt Defensie specifieke zorg gericht op het werk van militairen, zoals zorg en advisering rondom fysieke belastbaarheid en werkzaamheden onder bijzondere omstandigheden (vliegen, duiken, special forces etc) en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Uitgangspunt voor de kwaliteit van de operationele zorg is de Nederlandse zorgstandaard zo veel als mogelijk te benaderen, met inachtneming van de operationele omstandigheden. Waar conform de Nederlandse standaard wordt uitgegaan van maximale zorg voor de individuele patiënt, wordt bij de operationele geneeskundige zorg de optimale kwaliteit van zorg beoogd voor de specifieke situatie. Bij het bepalen van die optimale kwaliteit van zorg spelen ook specifieke militair-operationele aspecten mee, zoals het behoud van gevechtskracht en het inzetbaar krijgen en houden van de militair en de eenheid. Vanwege de noodzaak om voortdurend inzicht te hebben in de inzetbaarheid van de militairen en de noodzaak om overal ter wereld gezondheidszorg te kunnen aanbieden, hanteert Defensie voor militairen het geïntegreerde zorgmodel. In dit model ontvangen militairen huisartsenzorg en bedrijfsgeneeskundige zorg van een (militair) arts verbonden aan een eigen medisch zorgteam. De gegevens worden genoteerd in een geïntegreerd medisch dossier, dat door de behandelend arts zowel bij zorg in Nederland als onder operationele omstandigheden in te zien en bij te werken is. Hiermee kan worden voorzien in continuïteit van zorg en is de arts voortdurend in staat de militair te informeren en adviseren over zijn gezondheid en kan de commandant continu inzicht worden gegeven in de inzetbaarheid van de militair.

Als gevolg van de verplichtingen in de rol van werkgever wordt ook bedrijfsgezondheidszorg (o.a. ARBO-zorg en begeleiding bij verzuim en re-integratie) verleend aan burgermedewerkers van Defensie. Naast de zorg voor militairen en burgermedewerkers, heeft Defensie een zorgplicht voor veteranen en militaire oorlogs- en dienstslachtoffers, voor zover dit de zorg betreft die gerelateerd is aan de dienst of het ongeval.

De MGZ is geen volledig op zichzelf staand systeem. Er is op diverse vlakken interactie en samenwerking met de civiele zorg in Nederland. Zo heeft de MGZ niet alle specialistische expertise zelf in de organisatie. Verloskunde, gespecialiseerde oncologische zorg en hoogcomplex psychiatrie zijn voorbeelden van zorgverlening die door de civiele zorg aan militairen wordt geleverd. Ook zorg die wel binnen de MGZ beschikbaar is, kan, om uiteen-

¹ Wet Ambtenaren Defensie (Wad), art. 12h. lid 1

² MGD is de wettelijke term volgens de Wad. De MGD bestaat echter niet als herkenbaar organisatieonderdeel binnen de krijgsmacht. De MGZ is verdeeld over verschillende organisatieonderdelen. In dit rapport gebruiken we de term MGZ voor het totaal van alle gezondheidszorgactiviteiten, ongeacht welk organisatieonderdeel die levert.

³ Wet Ambtenaren Defensie (Wad), Art 1

lopende redenen, extern worden betrokken. Na expliciete verwijzing door de MGZ, wordt deze zorg via SVKZ vergoed. Omgekeerd is er ook specialistische zorg die door de MGZ aan civiele patiënten wordt verleend. Het gaat dan bijvoorbeeld om revalidatiezorg en specialistische geestelijke gezondheidszorg. Naast interactie in de directe zorgverlening is er op het gebied van personeel ook een intensieve uitwisseling tussen de militaire en de civiele gezondheidszorg. Zo wordt ondersteuning van tweedelijns specialistische zorg ten behoeve van operationele inzet (denk aan chirurgen, anesthesiologen en OK-personeel voor veldhospitalen) gerealiseerd door de samenwerking met civiele relatieziekenhuizen. In deze relatieziekenhuizen, maar ook in andere zorginstellingen in heel Nederland, werkt op regelmatige basis MGZ-personeel voor het onderhouden van vaardigheden en behoud van BIG-registratie.

Voor een gedetailleerd overzicht van de geneeskundige elementen van de MGZ in de reguliere en operationele zorgketen wordt verwezen naar bijlage 1 van dit rapport.

2.2 Aanleiding beleidsdoorlichting

Conform artikel 4.1 van de Comptabiliteitswet (2016) dient het beleid, dat (mede) gevoerd wordt op grond van één of meer beleidsartikelen uit de rijksbegroting, periodiek te worden geëvalueerd middels een beleidsdoorlichting. Het doel van dit evalueren is om de maatschappelijke toegevoegde waarde van publiek geld te vergroten door meer inzicht in de impact van beleid te krijgen en daarnaar te handelen. In de memorie van toelichting bij de Defensiebegroting 2020 (35 300 X) onder artikel 7.5 is toegezegd dat in 2022 een beleidsdoorlichting van beleidsartikel 8 ‘Ondersteuning Krijgsmacht door Defensie Ondersteuningscommando (DOSCO)’ wordt uitgevoerd. Als onderwerp werd hierbij aangegeven ‘Beleidswijzigingen Militaire Gezondheidszorg (MGZ)’.

In de periode 2011–2021 hebben binnen de MGZ een aantal significante beleidswijzigingen plaatsgevonden. Deze werden mede ingegeven door een forse bezuinigingsslag die Defensie in 2011 moest maken. In de Beleidsbrief ‘Defensie na de kredietcrisis’⁴ werden de bezuinigingsmaatregelen geconcretiseerd. Eén van de bezuinigingsmaatregelen betrof een reductie van de omvang van de MGZ. Bij de uitvoering van deze reductie is gekozen voor een volledige herstructurering van de MGZ met als doelen:

- Inrichting van een nieuwe MGZ-organisatie in gereduceerde omvang en het daarmee realiseren van de opgelegde bezuinigingen;
- het optimaliseren van de afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling van de krijgsmacht;
- het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid van de MGZ;
- het inrichten van effectieve governance (een geïntegreerd, samenhangend en geharmoniseerd zorgsysteem met eenduidige aansturing) voor de MGZ.

Deze beleidsdoorlichting is een syntheseonderzoek. Door het analyseren van beleidsevaluaties en aanvullende data uit de periode van 2011 tot 2021 is het ingezette beleid beoordeeld op doeltreffendheid en doelmatigheid. Daarnaast is geanalyseerd wat aan het bereiken van de gestelde beleidsdoelen heeft bijgedragen en wat juist in de weg heeft gestaan.

Een leidraad voor een beleidsdoorlichting is de ‘Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE)’⁵. In de RPE zijn 15 vragen opgenomen die beantwoord dienen te worden in de een beleidsdoorlichting. In onderstaande tabel zijn de hoofdonderdelen voor een beleidsdoorlichting en de bijbehorende RPE-vragen beschreven. Tevens is in de tabel opgenomen waar de vragen in dit rapport worden uitgewerkt en beantwoord.

Onderdeel conform RPE	Onderzoeksvragen conform RPE	Uitgewerkt en beantwoord in
1. Een afbakening van het te onderzoeken beleidsterrein.	RPE-vraag 1. Welk(e) artikel(en) (onderdeel of onderdelen) wordt of worden behandeld in de beleidsdoorlichting? RPE-vraag 2. Indien van toepassing: wanneer worden / zijn de andere artikelonderdelen doorgelicht?	§2.2: Aanleiding beleidsdoorlichting RPE-vraag 2: hiervoor wordt verwezen naar de Strategische Evaluatie Agenda (SEA) Defensie
2. De gehanteerde motivering voor het beleid, de met het beleid beoogde doelen en een beschrijving van het beleidsterrein.	RPE-vraag 3. Wat was de aanleiding voor het beleid? Is deze aanleiding nog actueel? RPE-vraag 4. Wat is de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid? RPE-vraag 5. Wat is de aard en samenhang van de ingezette instrumenten?	Hoofdstuk 4: Beleidstheorie §2.1 De militaire gezondheidszorg (voor RPE-vraag 4)
3. Een beschrijving van het beleidsterrein en de onderbouwing van de bijbehorende uitgaven.	RPE-vraag 6. Met welke uitgaven gaat het beleid gepaard, inclusief kosten op andere terreinen of voor andere partijen? RPE-vraag 7. Wat is de onderbouwing van de uitgaven? Hoe zijn deze te relateren aan de componenten volume/gebruik en aan prijzen/tarieven?	Hoofdstuk 6 (§6.1.3 financieel)
4. Een overzicht van eerder uitgevoerd onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid.	RPE-vraag 8. Welke evaluaties (met bronvermelding) zijn uitgevoerd, op welke manier is het beleid geëvalueerd en om welke redenen? RPE-vraag 9. Welke beleidsonderdelen zijn (nog) niet geëvalueerd? Inclusief uitleg over de mogelijkheid en onmogelijkheid om de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleid in de toekomst te evalueren. RPE-vraag 10. In hoeverre maakt het beschikbare onderzoeksmateriaal uitspraken over de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleidsterrein mogelijk?	Hoofdstuk 3: §3.2 Opzet van het onderzoek (bronvermelding in bijlage 3 ‘brondocumenten’ – interne beleidsevaluatiedocumenten) Hoofdstuk 7: Conclusies en blik op de toekomst. Hier wordt een uitspraak over de (on)mogelijkheid om een uitspraak te doen over doeltreffendheid
5. Een analyse en beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid, dat wil zeggen alle instrumenten in hun onderlinge samenhang.	RPE-vraag 11. Zijn de doelen van het beleid gerealiseerd? RPE-vraag 12. Hoe doeltreffend is het beleid geweest? Zijn er positieve en/of negatieve neveneffecten? RPE-vraag 13. Hoe doelmatig is het beleid geweest? RPE-vraag 14: Welke maatregelen kunnen worden genomen om de doelmatigheid en doeltreffendheid verder te verhogen?	Hoofdstuk 6: Uitkomsten onderzoek en hoofdstuk 7: Conclusies en blik op de toekomst
6. Een verkenning van beleidsopties indien er significant meer/minder middelen (+/- 20%) beschikbaar zijn.	RPE-vraag 15. In het geval dat er significant meer/minder middelen beschikbaar zijn (circa 20% van de middelen op het (de) beleidsartikel(en)), welke beleidsopties zijn dan mogelijk?	Hoofdstuk 7, §7.2.2 beleidsopties bij significant meer of minder financiële middelen (+/-20%)

Tabel: Tabel 1 RPE-onderdelen en bijbehorende vragen

4 Beleidsbrief ‘Defensie na de kredietcrisis, een kleine krijgsmacht in een onrustige wereld’. Kamerstuk 32 733 nr 1, vergaderjaar 2010-2011

5 Stcrt. 2018, nr. 16632

2.3 Onderzoeksvragen

De basis van de gedefinieerde onderzoeksvragen is gelegen in de in de RPE opgenomen vragen ten behoeve van een beleidsdoorlichting. De hieruit voortkomende tweeledige centrale onderzoeksvraag voor deze beleidsdoorlichting is gedefinieerd als:

a) In welke mate is de herstructurering van de MGZ doeltreffend en doelmatig geweest ten aanzien van:

- de opgelegde bezuinigingsmaatregelen;
- de afstemming van geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling;
- het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid van de MGZ;
- de governance binnen de MGZ.

b) Wat kunnen we leren van de opgedane ervaringen en geobserveerde en geïdentificeerde patronen die naar voren zijn gekomen bij deze vier onderwerpen? En tot welke vervolgstappen zouden deze inzichten kunnen leiden, onder andere met het oog op het verhogen van doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde en te voeren beleid en het continu verbeteren van de kwaliteit van de MGZ?

2.4 Afbakening onderzoek

Bij de Rijksoverheid zijn de meeste departementen gericht op specifieke beleidsonderwerpen en wordt een begrotingsindeling gehanteerd die gekoppeld is aan deze beleidsonderwerpen. Het Ministerie van Defensie daarentegen is een uitvoerend ministerie en de begrotingsindeling is niet gekoppeld aan beleidsonderwerpen, maar aan de inrichting van de organisatie. Deze beleidsdoorlichting is gekoppeld aan de exploitatie en investeringen voor de MGZ. De MGZ levert ketenzorg, zowel onder reguliere als onder operationele omstandigheden. De keten bestaat uit geneeskundige elementen die verspreid zijn ondergebracht bij diverse onderdelen van de krijgsmacht. Daardoor reikt het beleid voor de MGZ over de grenzen van meerdere beleidsartikelen. Er is bewust gekozen voor een beleidsdoorlichting van de MGZ in zijn geheel, omdat het beschouwen van slechts een onderdeel onvoldoende inzicht zal geven in de doeltreffendheid en doelmatigheid van het MGZ-beleid.

De scope van deze beleidsdoorlichting behelst de periode van 2011 tot 2021. In 2011 is de beoogde inrichting van de MGZ na de bezuinigingsmaatregelen nader uitgewerkt in de Visie Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg' (hierna: de visie) en de bijbehorende Blauwdruk Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg' (hierna: de blauwdruk). De nieuwe inrichting van de MGZ heeft in de periode van 2011 tot 2016 voor het grootste deel zijn beslag gekregen. In de periode daarna zijn nog diverse beleidswijzigingen, programma's en projecten uitgevoerd om de gestelde beleidsdoelen te kunnen realiseren. De meest relevante beleidswijzigingen, programma's en projecten in de onderzoeksperiode zijn meegenomen in deze beleidsdoorlichting.

De Auditdienst Rijk (ADR) heeft ten behoeve van deze beleidsdoorlichting, op verzoek van de Hoofddirecteur Personeel, een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd. Dit onderzoek heeft zich gericht op RPE-vraag 13. Doel van het onderzoek was het verschaffen van inzicht in het bereiken van de in 2011 geformuleerde doelstellingen en in de met het beleid gepaard gaande financiële en formatieve aspecten. Deze aspecten hebben bijgedragen aan het verkrijgen van een gedetailleerd en objectief beeld van de ontwikkelingen van de MGZ gedurende de onderzoeksperiode. De resultaten uit het onderzoek van ADR zijn mede gebruikt als bron voor de analyse van de doeltreffendheid en met name de doelmatigheid van het gevoerde beleid.

2.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksaanpak van deze beleidsdoorlichting nader toegelicht. In hoofdstuk 4 wordt de gereconstrueerde beleidstheorie beschreven. Er wordt nader ingegaan op de aanleiding, het doel en de beoogde effecten van de voorgestelde beleidswijzigingen. In hoofdstuk 5 worden de belangrijkste voor de MGZ relevante beleidswijzigingen en ontwikkelingen in de onderzoeksperiode beschreven. In hoofdstuk 6 worden de verzamelde data op hoofdlijnen beschreven en geanalyseerd. In hoofdstuk 7 volgen de conclusies en leerpunten voor de toekomst. In hoofdstuk 8 wordt het rapport afgesloten met een korte beschouwing. Een toelichting op de organisatie van de MGZ, een verklarende woordenlijst, een overzicht van relevante brondocumenten en een overzicht van de geïnterviewden, alsmede het deelrapport van het onderzoek van de Auditdienst Rijk (ADR) en de bevindingen van de onafhankelijke experts zijn als bijlagen opgenomen bij dit rapport.



3 Onderzoeksaanpak

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet hoe en door wie de beleidsdoorlichting is uitgevoerd. Tevens wordt beschreven hoe de aansturing en de onafhankelijkheid van deze intern uitgevoerde beleidsdoorlichting zijn geborgd. Inzicht wordt gegeven in de gebruikte bronnen en data en hoe de analyse van de data heeft geleid tot de conclusies.



3.1 Opdrachtgever en opdrachtnemer

In het kader van de RPE is het Ministerie van Financiën de opdrachtgever ‘op de achtergrond’ voor uit te voeren beleidsdoorlichtingen. De Directie Bedrijfsvoering en Evaluatie (DBE) van het Directoraat-Generaal Beleid (DGB) is verantwoordelijk voor de beleidsdoorlichtingen bij het Ministerie van Defensie. Vanuit die rol is DBE de formele opdrachtgever. De Hoofddirectie Personeel (HDP) is de opdrachtnemer en heeft, als beleidsverantwoordelijke voor de MGZ, onderzocht in welke mate de herstructurering van de MGZ heeft geleid tot het realiseren van de opgelegde bezuinigingsmaatregelen en de gestelde beleidsdoelen. Daarnaast is onderzocht in hoeverre de hiermee gepaard gaande beleidswijzigingen doeltreffend en doelmatig zijn geweest. De Auditdienst Rijk (ADR) heeft, in opdracht van de HDP, een onafhankelijk deelonderzoek uitgevoerd, dat met name gericht was op de doelmatigheid van het gevoerde beleid.

3.2 Begeleidingscommissie en onafhankelijke deskundigen

Tijdens de voorbereiding en de uitvoering van de beleidsdoorlichting heeft een commissie het projectteam begeleid en geadviseerd. In de begeleidingscommissie zaten interne vertegenwoordigers vanuit het Defensie Ondersteuningscommando (DOSCO), de directie Bedrijfsvoering en Evaluatie (DBE), de Hoofddirectie Financiën en Control (HDFC), de Directie Aansturing Operationele Gereedheid (DAOG) en externe vertegenwoordigers vanuit de Inspectie der Rijksfinanciën / Ministerie van Financiën. Daarnaast hadden drie onafhankelijk deskundigen zitting in de begeleidingscommissie met specifieke expertise op de onderwerpen van de gedefinieerde beleidsdoelen kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en governance in de zorg:

- Prof. dr. J. Kremer, gynaecoloog, hoogleraar zorg en samenleving Radboudumc, lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, ‘Speciaal gezant passende zorg’ Zorginstituut Nederland en voorzitter van de Raad van Toezicht van het OLVG;
- Prof. dr. C. Wagner, Directeur Nivel, Bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid aan de Vrije Universiteit en het Amsterdam UMC, hoofd van het onderzoekscentrum Safety 4 Patients, lid van de Gezondheidsraad, lid Raad van Toezicht Stichting ‘s Heeren Loo Zorggroep, lid Raad van Commissarissen Medirisk;
- Dr. ir. H. Hoek, Bestuursadviseur in alle sectoren van de gezondheidszorg op het gebied van governance-vraagstukken. Gepromoveerd op het onderwerp ‘Governance in de gezondheidszorg’, medeauteur van de ‘Governancecode Zorg’.

Deze onafhankelijke deskundigen hebben waar nodig en gewenst het projectteam ondersteund met advies. Tevens hebben ze een onafhankelijk oordeel gegeven over de uitgevoerde beleidsdoorlichting en de daaruit voortvloeiende resultaten, bevindingen en aanbevelingen. Het onafhankelijk oordeel is als bijlage 6 bij dit rapport gevoegd.

3.3 Opzet van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd door een projectteam met vertegenwoordiging vanuit diverse directies van de Bestuursstaf en vanuit DOSCO/DGO. Op basis van een aantal belangrijke hoofddocumenten, waaronder de beleidsbrief ‘Defensie na de kredietcrisis’, de visie en de blauwdruk en de ‘Rapportage contouren Militaire Gezondheidszorg’, is allereerst een beleidstheorie geconstrueerd. Hierbij is in kaart gebracht hoe de MGZ was georganiseerd voor 2011, hoe de herstructurering tot stand is gekomen en hoe de uiteindelijke uitwerking daarvan vorm heeft gekregen.

In een documentenstudie zijn daarna o.a. relevante beleidsbrieven, beleidsvisies, nota’s, Kamerbrieven, reorganisatieplannen, jaarverslagen van inspectieorganen, begrotingen, managementrapportages en evaluatierapporten over MGZ-ontwikkelingen tijdens de onderzoeksperiode nader bestudeerd.

Om een uitspraak te kunnen doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid is gebruik gemaakt van de beschikbare uitgevoerde evaluaties. Het gaat dan vooral om evaluaties van de reorganisaties van de geneeskundige eenheden en bedrijven. Dergelijke evaluaties worden standaard uitgevoerd ongeveer een jaar na de inwerkingtreding van een nieuwe organisatie en geven belangrijke informatie over met name de doeltreffendheid van de doorgevoerde beleidswijzigingen.

Structureel wordt door de Defensieonderdelen gerapporteerd over de voortgang van de realisatie van de opgelegde taakstelling en daarbij ook welke problemen en beperkingen worden ervaren. Deze informatie wordt samengebracht in managementrapportages. Ook deze rapportages uit de onderzoeksperiode zijn geanalyseerd. Een derde belangrijke bron voor toetsing en evaluatie is de toezichthouder. Voor de MGZ is dat de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG). Inspectierapporten en jaarrapportages zijn hierbij essentiële informatiebronnen. Voor deze beleidsdoorlichting zijn met name de jaarrapportages belangrijke bronnen van data geweest.

Een overzicht van de gebruikte evaluatiedocumenten is terug te vinden in de brondocumentenlijst in bijlage 3. Tevens is nog aanvullende informatie verkregen uit interviews met stakeholders vanuit de gehele Defensieorganisatie. Alle verkregen data zijn bezien op relevantie voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen.

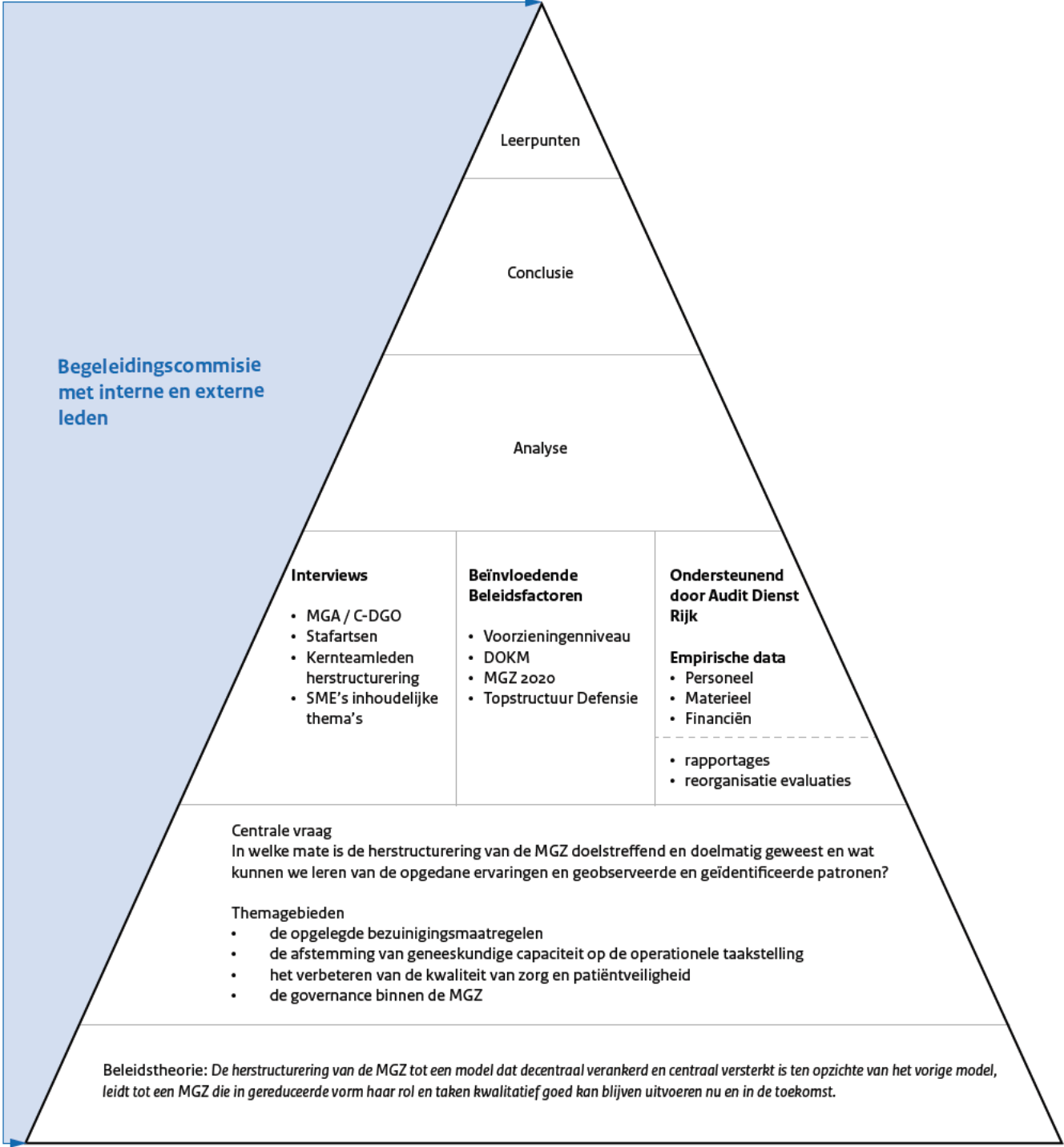
3.4 Totstandkoming analyse

Met de verkregen informatie uit de documenten, interviews en andere relevante bronnen is eerst de uitgangssituatie in kaart gebracht. Dit was de situatie van de MGZ vóór de aankondigde bezuinigingen in 2011. Daarnaast is de gewenste situatie, zoals destijds beschreven in de visie en de blauwdruk, vastgesteld. Daarna is de situatie in 2021 in kaart gebracht en deze is vergeleken met de destijds gewenste eindsituatie na de herstructurering.

Ten behoeve van de analyse van de mate van realisatie en de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleid en de gestelde nevendoelen zijn door het projectteam relevante parameters en indicatoren vastgesteld. Tussentijdse beleidswijzigingen en overige ontwikkelingen, die invloed hebben gehad op de mate van realisatie van de doelstellingen, zijn in de analyse meegenomen.

Voor wat betreft de realisatie van de financiële en formatieve reductie zijn voornamelijk kwantitatieve parameters aangaande personeel en geldstromen geanalyseerd door de onderzoekers van de ADR. Voor de analyse naar de doeltreffendheid van het beleid op de thema’s afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling, kwaliteit van zorg, patiëntveiligheid en governance, zijn aan de hand van zowel kwantitatieve als kwalitatieve data een aantal relevante indicatoren vergeleken.

In figuur 1 is in een pyramide-opbouw inzichtelijk gemaakt hoe in deze beleidsdoorlichting vanuit de basis van de beleidstheorie en de centrale onderzoeksvragen, middels het verzamelen en analyseren van de empirische data, de kwalitatieve data uit de gehouden interviews en het verkregen inzicht in de relevante beïnvloedende beleidsontwikkelingen, is toegewerkt naar een eindconclusie en relevante leerpunten voor de toekomst van de MGZ. Voor toelichting van gebruikte terminologie en afkortingen wordt verwezen naar bijlage 2.



Figuur 1: opzet van de beleidsdoorlichting MGZ

4 Beleidstheorie

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de aanleiding was voor de beleidswijzigingen in de MGZ. In de toelichting van het beleid wordt de concrete uitwerking van het voorgestelde beleid beschreven, alsmede de aannames die, bij het opstellen van het beleid, zijn gedaan over het te verwachten effect op het realiseren van de beleidsdoelstellingen.



4.1 Aanleiding beleid

De aanleiding voor de beleidswijzigingen, die leidden tot de herstructurering van de MGZ, was primair gelegen in de opgelegde bezuinigingen. Er was echter reeds voor de aangekondigde bezuinigingen in 2011 geconstateerd dat de inrichting van de MGZ onvoldoende aansloot bij de operationele taakstelling van de krijgsmacht en dat de kwaliteit niet voldoende te borgen was. In de beoogde herstructurering werden derhalve al deze aspecten meegenomen.

De beleidsbrief ‘Defensie na de kredietcrisis’ expliciteerde de aanleiding, de noodzakelijke bezuinigingen en het doel van de beoogde herstructurering van de MGZ: *“De operationele eerstelijnsgezondheidszorg is gedimensioneerd op achterhaalde verwachtingen ten aanzien van gevechtsvormen en verliezen. Er is daardoor een capaciteitsoverschot, bijvoorbeeld in aantallen hulpposten en medische afvoerploegen. Een aanpassing van die capaciteit en een herziening van het aantal gezondheidscentra en de personele bezetting bieden besparingsmogelijkheden. Om besparingen op het terrein van de gezondheidszorg te bereiken voert Defensie een model in dat voldoende operationele capaciteit voor inzet garandeert (.....) Reguliere en aanvullende capaciteiten worden samengebracht in een ondersteunend gezondheidszorgbedrijf onder het CDC. Hiermee blijft een gezondheidszorgorganisatie in stand die passende geneeskundige ondersteuning biedt, die voldoet aan de wettelijke kwaliteitseisen en die doelmatig is ingericht”.*

4.2 Toelichting van het beleid

Met de beoogde beleidsaanpassingen en herstructurering van de MGZ moest voldaan worden aan de bezuinigingsopdracht. De beoogde formatieve reductie was 791 VTE op een basis van 3400 VTE (23%) en de financiële reductie €45 miljoen op een grondslag van €203 miljoen⁶. De concrete uitwerking van de herstructurering werd vastgelegd in de blauwdruk en behelsde in grote lijnen:

- Afstemming van de geneeskundige capaciteiten op de ambitie van de krijgsmacht zoals verwoord in de beleidsbrief ‘Wereldwijd Dienstbaar’⁷;
- centralisatie van de reguliere en aanvullende gezondheidszorgelementen onder één organisatorisch huis: De Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO);
- een reductie van het aantal gezondheidscentra en tandheelkundige praktijken;
- samentrekking van alle Role 2-elementen (veldhospitalen) onder één verantwoordelijk operationeel commando: het Commando Landstrijdkrachten (CLAS);
- behoud van operationele Role 1-capaciteit (eerste hulpposten) en gewondenafvoercapaciteit binnen de operationele commando’s, maar in gereduceerde omvang;
- belegging van de beleids- en uitvoeringsverantwoordelijkheid bij één functionaris: de Commandant DGO (C-DGO), tevens Hoogste Medische Autoriteit (HMA)⁸
- behoud van de rol van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) als onafhankelijk toezichthouder voor de MGZ.

⁶ In de beleidsbrief werd gesproken over 736 VTE en € 42,2 miljoen. Het verschil wordt eveneens toegelicht in de beleidsbrief: 55 VTE vielen formeel onder ‘maatregelen Bestuur’

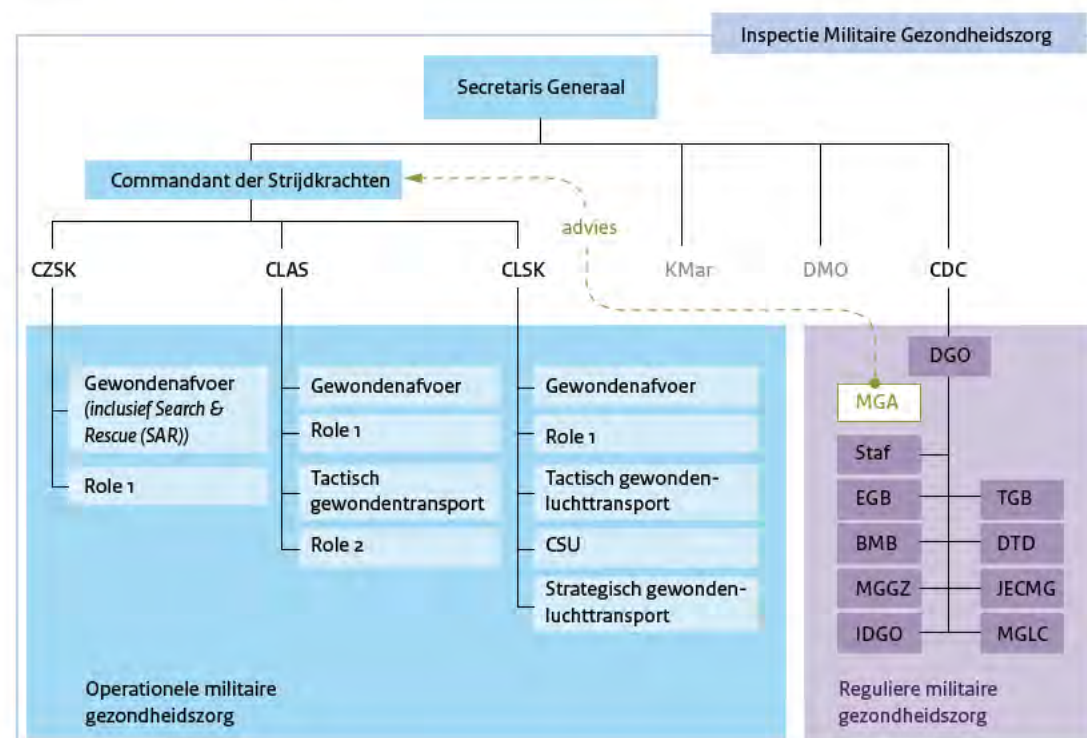
⁷ beleidsbrief ‘Wereldwijd Dienstbaar’. Kamerbrief 31243 nr 1, vergaderjaar 2007-2008

⁸ De MGA heette in het verleden HMA (hoogste medische autoriteit)

Bij de totstandkoming van deze beleidskeuzes zijn een aantal aannames gedaan over het te verwachten effect van het beleid:

- Centralisatie leidt tot kostenreductie en een toename van de doelmatigheid van de MGZ;
- centralisatie van (aansturing van) de reguliere zorg leidt tot meer uniformiteit in werkwijzen en daarmee tot verhoging van de kwaliteit van zorg;
- grootschalige inzet in hoofdtak 1 van de Krijgsmacht (war of necessity) is onwaarschijnlijk, de MGZ kan gedimensioneerd worden met primaire focus op inzet in hoofdtak 2 (war of choice) en hoofdtak 3 (ondersteuning civiele autoriteiten);
- integreren van de functie van HMA en C-DGO in één persoon, alsmede het integreren van de bijbehorende staven, leidt tot een doelmatigere aansturing en geeft geen verstrengeling van belangen.

In onderstaande figuur staat de beoogde organisatiestructuur van de MGZ, zoals beschreven in de blauwdruk van 2011, schematisch weergegeven.



Figuur 2: Inrichting Militaire Gezondheidszorg conform de blauwdruk 2011 (Voor toelichting op de gebruikte afkortingen, zie bijlage 2)

4.3 Beoogd effect van het beleid

Het beoogde effect van het beleid was het realiseren van de opgelegde bezuinigingen en het herstructureren van de MGZ tot een gezondheidszorgorganisatie, die in staat moest zijn om goede zorg te leveren aan militairen in Nederland en tijdens missies, maar binnen de aangepaste budgettaire en formatieve kaders. Kanttekening hierbij is het aangepaste uitgangspunt voor de inrichting van de MGZ. De primaire focus werd met de bezuinigingsoperatie in 2011, met inachtneming van de destijds actuele geopolitieke context, verschoven naar inzet in Hoofdtak 2 en Hoofdtak 3. De beoogde nieuwe gezondheidszorgorganisatie, zoals verwoord in de beleidsbrief, werd in de visie nader uitgewerkt en gedefinieerd.

Op het gebied van de afstemming van de geneeskundige ondersteuning op de operationele taakstelling moest de MGZ een organisatie worden die:

- zorg levert die aansluit bij de behoefte die voortkomt uit de ambitie van de Krijgsmacht;
- zorg levert die primair focust op de inzetbaarheid van de militair, de eenheid en de Krijgsmacht als geheel;
- zelfstandig een gehele militaire gezondheidszorgketen kan uitbrengen;
- maximaal flexibel is om variaties in aard en omvang van zorgbehoefte te kunnen ondervangen.

Op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid moest de MGZ een organisatie worden die:

- zorg levert die een militaire, als ook een maatschappelijke meerwaarde heeft;
- continu verder professionaliseert en waarvan het zorgpersoneel zich kan meten met de beste militaire zorg-professionals ter wereld;
- ketenzorg levert, waarbij er een goede afstemming is tussen alle geneeskundige elementen in de keten en waarbij er duidelijke aansturing en regie is op die keten;
- zorg levert die zoveel als mogelijk aansluit bij civiele normen op het gebied van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid;
- leert van opgedane ervaringen en deze kennis gebruikt om continu te leren en verbeteren;
- doelmatig is ingericht en continu aandacht heeft voor de balans tussen kwaliteit van zorg en doelmatigheid.

Op het gebied van governance moest de MGZ een organisatie worden die:

- taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van beleid, uitvoering en toezicht eenduidig heeft belegd.

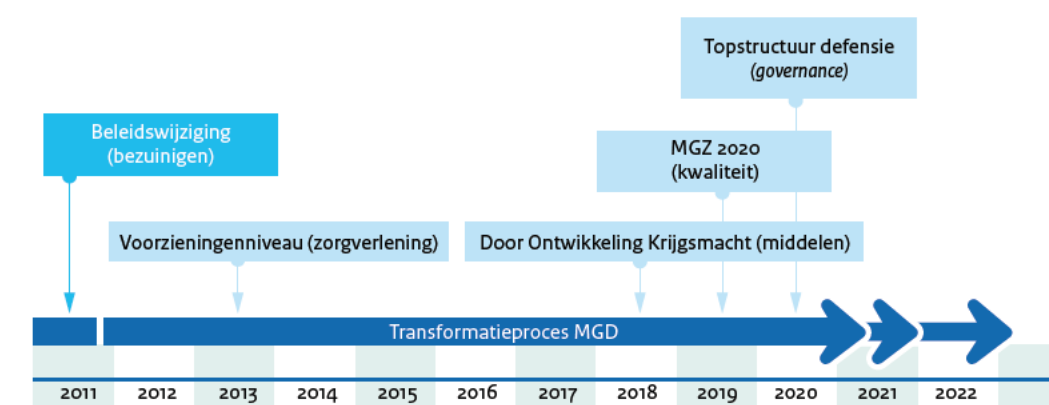


5 Relevante beïnvloedende beleidswijzigingen en ontwikkelingen

Gedurende de onderzoeksperiode hebben zich, naast specifiek beleid gericht op de herstructurering van de MGZ, diverse meer algemene beleidswijzigingen en ontwikkelingen voorgedaan, die direct invloed hebben gehad op de inrichting van de MGZ. Een deel van deze ontwikkelingen zijn Defensiebreed ingezet en hebben in het proces een invloed gehad op de MGZ. Een ander deel van de ontwikkelingen is bewust binnen de MGZ ingezet om bij te sturen op de ontwikkeling van de inrichting en kwaliteit van de MGZ. Daarnaast zijn bepaalde ontwikkelingen het rechtstreekse gevolg van het toekennen van extra financiële middelen aan Defensie vanaf 2013 om de nieuw onderkende ontwikkelingen in de geopolitieke context het hoofd te kunnen bieden.



De relevante beleidswijzigingen en ontwikkelingen zijn schematisch weergegeven in onderstaande tijdslijn. In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de genoemde ontwikkelingen en de invloed van de ontwikkelingen op het transformatieproces van de MGZ.



Figuur 3: tijdslijn relevante beleidswijzigingen en ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

5.1 Voorzieningenniveau MGZ

In het proces van de herstructurering van de MGZ waren de vakcentrales nauw betrokken. Na het bezien van de voorgestelde reorganisatieplannen ontstonden er bij de vakcentrales twijfels over de kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidszorgvoorzieningen in de nieuwe organisatiestructuur. Door aanhoudende discussie tussen Defensie en de vakcentrales hierover liep het herstructureringsplan van de MGZ vertraging op. Uiteindelijk werd besloten een onafhankelijke commissie in te stellen (de 'commissie Leijh'). Deze commissie moest beoordelen of de voorgestelde organisatiewijzigingen in lijn waren met het eerder afgesproken voorzieningenniveau. Dit voorzieningenniveau was gebaseerd op de vastgestelde systeemeisen voor de MGZ. Deze systeemeisen gaven kaders voor de omvang van geneeskundige ondersteuning voor zowel reguliere als operationele omstandigheden en waren vastgelegd in een aanwijzing⁹. De in de systeemeisen opgenomen tijdslimieten voor het leveren van zorg waren leidend voor het bepalen van het voorzieningenniveau. Voor de reguliere zorg in Nederland golden daarbij de civiel gebruikelijke toegangs- en doorlooptijden, met dien verstande dat een militaire patiënt, behoudens spoedgevallen, binnen één dag gezien moest kunnen worden door een militair arts, binnen twee dagen door een tandarts en binnen 14 dagen door een militair specialist. Voor de operationele zorg waren hierin eveneens tijdslimieten opgenomen. Deze waren direct afgeleid van de geldende NAVO-doctrine¹⁰.

In het eindrapport¹¹ werd geconcludeerd dat het voorzieningenniveau in de nieuwe organisatie in principe in lijn was met het afgesproken voorzieningenniveau, maar er werden wel meerdere aanbevelingen gedaan. De belangrijkste wijziging die voortkwam uit dit rapport was de striktere scheiding tussen eerstelijnszorg en bedrijfsgeneeskundige zorg. Een groot deel van de bedrijfsgeneeskundige zorg moest daarom anders dan primair in de blauwdruk beschreven, worden belegd. Dit had de nodige consequenties voor de inrichting van de MGZ. Zo konden functiegeschiktheidskeuringen niet meer op de gezondheidscentra worden uitgevoerd, maar moest deze taak worden belegd bij het Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG) en bij de expertisecentra van de OPCO's. Dit resulteerde in een overheveling van VTE van het EGB naar het CEAG. Ook taken op het gebied van preventief medisch onderzoek en arbeidsomstandighedenadvies werden belegd bij het CEAG.

Een andere belangrijk advies uit het rapport betrof het aanpassen van de voorgestelde governance met een duidelijke scheiding en driedeling in taken, waarin de bestuurlijke HMA-rol moest worden belegd binnen de organisatie van de HDP, de uitvoerende rol binnen de organisatie van DGO en de OPCO's en de toezichthoudende inspectierol bij de IMG.

⁹ de SG V/26 'grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen voor de militaire gezondheidszorg'.

¹⁰ NATO standard AJP-4.10 Allied Joint Doctrine For Medical Support

¹¹ Leijh JGA. Rapport MGZ. Vaststelling geneeskundige voorzieningenniveau en de toetsing van voorgenomen reorganisaties aan dit voorzieningenniveau. Juli 2014

5.2 Doorontwikkeling Krijgsmacht (DOKM)

Vanaf 2013 kwam er een toenemend besef in de politiek dat het noodzakelijk was om de krijgsmacht door te ontwikkelen. Dit besef werd mede gevoed door een veranderende geopolitieke context en de ontwikkeling van het Nederlands geïntegreerd veiligheidsbeleid. De implicaties hiervan voor Defensie werden toegelicht in de beleidsnota 'In het belang van Nederland'¹². Onder andere met de motie van der Staaij c.s.¹³ werd een eerste aanzet gegeven voor budgettaire groei. Hiermee werd beoogd de basisgereedheid van de krijgsmacht te herstellen en versterken.

In de daaropvolgende jaren kwam er gefaseerd groei in het Defensiebudget. In 2017 gaf de minister met de Kamerbrief 'Houvast in een onzekere wereld'¹⁴ een visie op de lijnen van ontwikkeling in een meerjarig perspectief voor een duurzaam gereed en snel inzetbare krijgsmacht. Met het structureel verhogen van het Defensiebudget vanaf 2017 konden delen van deze visie concreet vorm krijgen. Binnen de organisatie kreeg dit vorm onder de projectnaam Doorontwikkeling Krijgsmacht (DOKM). In de periode 2017 tot 2020 is het programma DOKM uitgevoerd. Doelstelling was de krijgsmacht middels investeringen beter geëquipeerd te maken voor de bedreigingen van de toekomst (waaronder artikel 5-operaties, hybride dreiging en cyber). Het herstel van de balans tussen gevechtseenheden, gevechtssteunen en logistieke eenheden was het hoofddoel. Inzet in hoofdtak 1 kwam daarbij ook weer prominent onder de aandacht en daarmee diende deze hoofdtak ook geneeskundig ondersteund te kunnen worden.

DOKM heeft voor de MGZ in de operationele gezondheidszorgketen geleid tot investeringen in materieel en personeel, gericht op het versterken van Role 1- en Role 2-capaciteit en geneeskundige afvoer- en vervoerscapaciteit. In de aansturing van de MGZ in de reguliere zorgketen en de ondersteunende elementen van de MGZ heeft DOKM eveneens geleid tot herstel, uitbreiding en personele versterking. Over een deel van de (voorgenomen) DOKM-maatregelen voor de operationele zorg is pas in 2022 overeenstemming bereikt met de vakcentrales. Deze investeringen worden de komende jaren geïmplementeerd. Hierdoor wordt de operationele zorgketen aanzienlijk versterkt ten opzichte van de laatste beleidswijziging in 2011.

5.3 Programma MGZ2020

Van 2018 tot 2021 liep het programma MGZ2020. De concrete aanleiding voor het programma was het jaarverslag 2017 van de IMG¹⁵. Hierin constateerde de IMG dat de geneeskundige keten duidelijke tekortkomingen bevatte op het gebied van sturing, procedures, bemensing en materieel. Bij de parlementaire behandeling van het jaarverslag 2017 van de IMG¹⁶ zegde de staatssecretaris van Defensie de Tweede Kamer toe een kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) voor de MGZ in te richten. Deze toezegging was de concrete aanleiding en de bestuurlijke opdracht om deze ontwikkeling onder coördinatie van een programma te starten. De belangrijkste doelstellingen van MGZ2020 waren:

- het realiseren van een verbeterde, inzichtelijke en stuurbare inzetbare operationele geneeskundige keten;
- een duidelijke normenset voor de kwaliteit van gezondheidszorg voor militairen, binnen en buiten Nederland, die kon worden uitgevoerd, bewaakt en desgewenst aangepast;
- een gecertificeerd of certificeerbaar kwaliteitsmanagementsysteem voor de gehele MGZ.

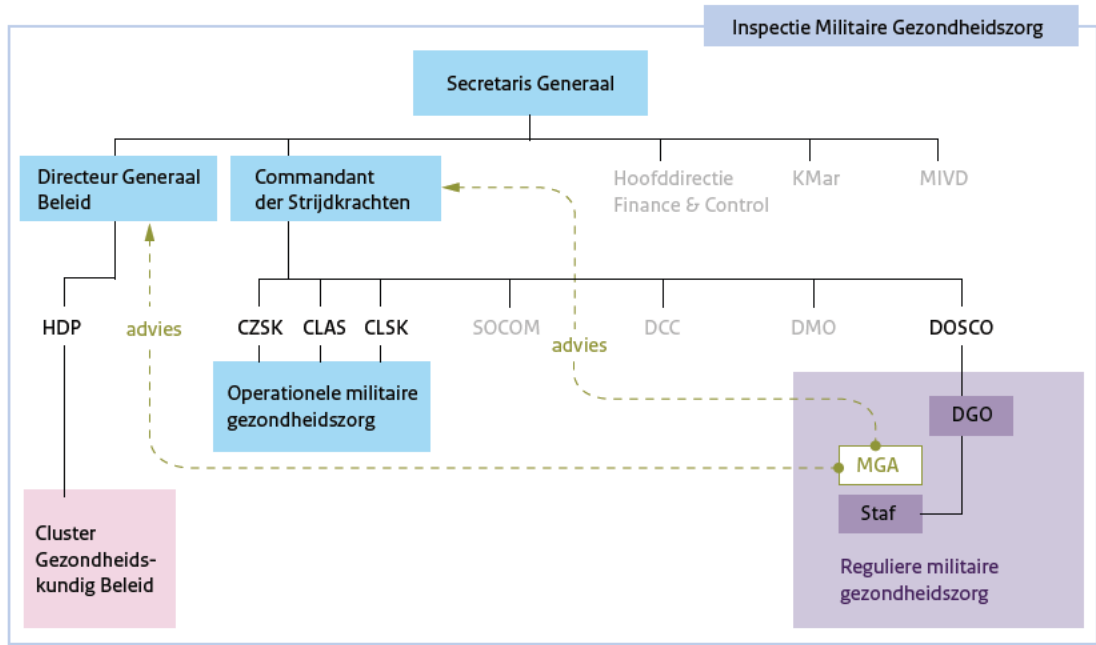
12 Kamerstuk 33 763, nr. 1. Vergaderjaar 2013-2014
13 Kamerstuk 34 300, nr. 27. Vergaderjaar 2015-2016
14 Kamerstuk 33 763, nr. 126. Vergaderjaar 2016-2017
15 Kamerstuk 34 775 X nr. 108. Vergaderjaar 2017-2018
16 Kamerstuk 35 000X, nr. 73. Vergaderjaar 2018-2019

Het programma MGZ2020 was daarmee een concrete uitwerking om de eerder gestelde beleidsdoelen, met name op het gebied van kwaliteit van zorg, te realiseren. Binnen het programma MGZ2020 moesten de randvoorwaarden worden gerealiseerd om de kwaliteit van de militair geneeskundige zorg- en dienstverlening continu te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Dit is onder andere gerealiseerd door het inbedden van extra kwaliteitsmedewerkers in de formatie van de MGZ, het opzetten van KMS voor geneeskundige bedrijven en eenheden en het opstellen van een MGZ-breed kwaliteitsbeleid. Daarnaast zijn ontwikkelingen in gang gezet voor het verhogen van de kwaliteit van onder andere het operationele planningsproces, personeelsbeleid, opleiden en trainen, kennisproductie, processen, procedures en protocollen en het bestendigen van continu leren en verbeteren in de organisatie.

5.4 Invoering Topstructuur Defensie

In 2020 is de topstructuur van Defensie aangepast naar het huidige besturingsmodel. Het doel van het aanpassen van de topstructuur was het realiseren van een duidelijker onderscheid tussen beleid, uitvoering en toezicht en het aanbrengen van meer evenwicht tussen deze niveaus. Deze aanpassing droeg bij aan het vergroten van de slagvaardigheid van de besturing, minder versnippering van taken, meer duidelijkheid in verantwoordelijkheden en bevoegdheden, het beter borgen van 'checks and balances' en de topstructuur op een aantal punten meer herkenbaar maken in vergelijking met andere ministeries. Het doel was tevens een betere samenwerking tussen de betrokken actoren in de topstructuur Defensie en een verhoging van de kwaliteit van besluitvorming, zowel van het proces als van de uiteindelijke besluiten.

De aanpassing van de topstructuur alsmede de belangrijkste aspecten aangaande besturen bij Defensie zijn vastgelegd in een SG-aanwijzing 'Besturen bij Defensie (BBD)'. Na invoering van de Topstructuur Defensie is er voor de diverse functionele ketens binnen de organisatie (waaronder ook de MGZ) een doorlichting uitgevoerd, waarbij de governance van de ketens is beschouwd in relatie tot de nieuwe topstructuur. De resultaten van deze doorlichting hebben geleid tot het inrichten van een thematisch werkverband, dat onderdeel uitmaakt van het programma 'implementatie BBD'. Doel van het thematisch werkverband is de governance van de MGZ zodanig te organiseren dat aan het BBD 2021 kan worden voldaan, terwijl ook een organisatiestructuur ontstaat die voldoet aan de relevante civiele wet- en regelgeving en te allen tijde in staat is goede zorg te leveren. In onderstaande figuur is de topstructuur en de ophanging van de MGZ vanaf 2020 weergegeven.



Figuur 4: Topstructuur en ophanging MGZ

6 Uitkomsten onderzoek

In dit hoofdstuk worden de verkregen data thematisch geanalyseerd. De data-analyse gericht op het beantwoorden van de deelvraag over de doeltreffendheid en doelmatigheid van de opgelegde bezuinigingen is uitgewerkt in §6.1 en is opgesplitst in vier aspecten:

- inrichting van de MGZ (§6.1.1)
- personeel (§6.1.2)
- materieel (§6.1.3)
- financieel (§6.1.4)

De data-analyse gericht op het beantwoorden van de overige deelvragen volgt in §6.2 (afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling), §6.3 (kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid) en §6.4 (governance).

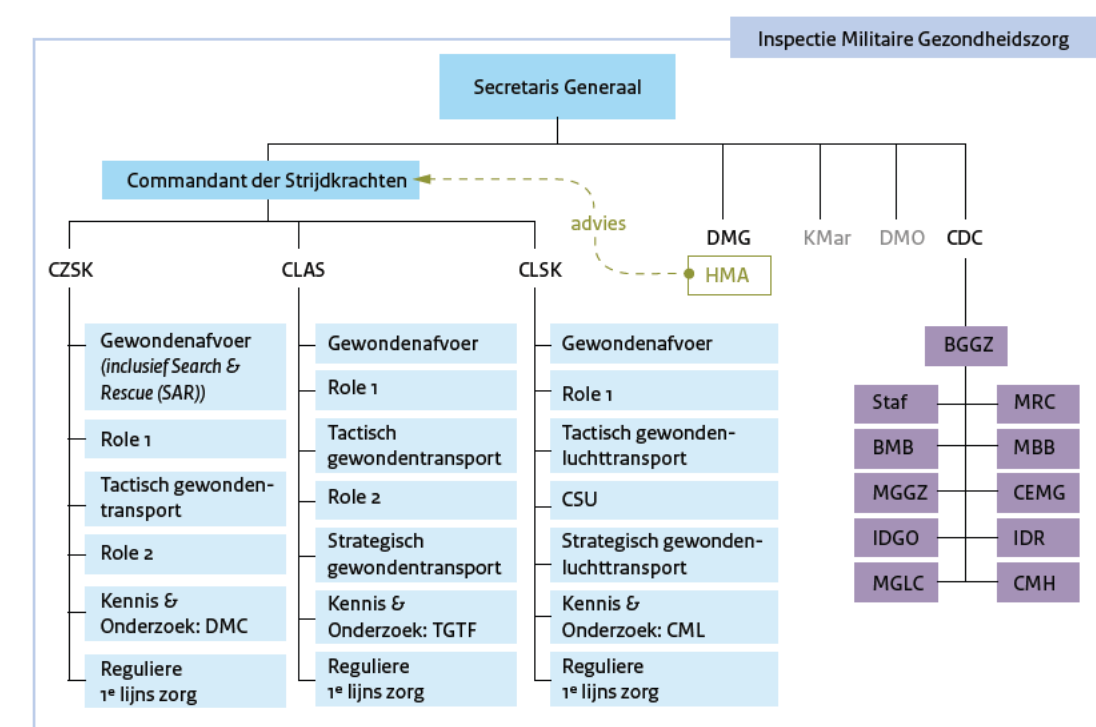


6.1 Doeltreffendheid en doelmatigheid van de opgelegde bezuinigingen

6.1.1 Inrichting MGZ

Situatie tot 2011

Tot 2011 was het beleidsmatige deel van de MGZ belegd bij de Directie Militaire Gezondheidszorg (DMG), ondergebracht bij de HDP binnen de Bestuursstaf. De uitvoering van de operationele en reguliere eerstelijnszorg was per OPCO belegd en werd op verschillende manieren vormgegeven. Er was beperkte harmonisatie tussen de OPCO's. CLAS en CZSK beschikten beiden over Role 2-faciliteiten. CLSK had beschikking over een Casualty Staging Unit (CSU)¹⁷ en was verantwoordelijk voor het strategisch gewondenluchtransport. Het Centraal Militair Hospitaal (CMH) was als Role 4-faciliteit het eindpunt in de geneeskundige behandel- en afvoerketen. Reguliere en operationele eerste- en tweedelijnszorg waren in beperkte mate met elkaar verweven. De tweedelijns zorgbedrijven en aantal bedrijven met ondersteunende taken, waaronder opleiden, trainen en logistiek, waren ondergebracht in de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg (BGGZ). Verspreid in de organisatie waren er diverse expertisecentra op het gebied van de militaire gezondheidszorg. In figuur 5 een overzicht van de organisatie van de MGZ in 2011.

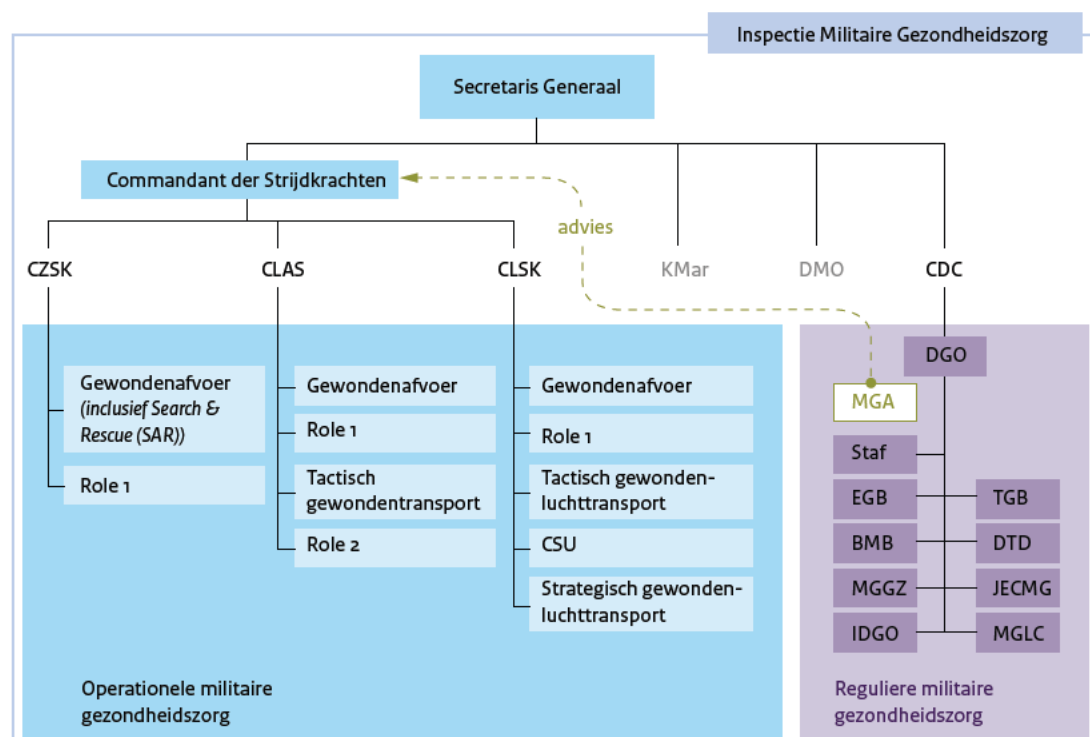


Figuur 5: de MGZ-organisatie in 2011

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

Het initiële herstructureringsplan was om zowel de reguliere als de operationele gezondheidszorg te centraliseren in één organisatie. De OPCO-commandanten beschouwden de operationeel-geneeskundige elementen echter als integraal onderdeel van de operatie en wilden daar ook zeggenschap over houden. Daarom is uiteindelijk een 'hybride' vorm van herstructurering gekozen, als compromis tussen operationele binding en doelmatigheid. In deze vorm bleven de operationele militaire gezondheidszorgelementen bij de OPCO's en werden de reguliere militaire gezondheidszorg en ondersteunende elementen centraal ondergebracht in één organisatie, de DGO. In figuur 6 een overzicht van de gekozen vorm van herstructurering in 2011, zoals beschreven in de blauwdruk.

¹⁷ Een Casualty Staging Unit (CSU) is een medische holdingcapaciteit, waar patiënten voor korte duur kunnen worden opgevangen alvorens zij verder werden getransporteerd in de geneeskundige afvoerketen.



Figuur 6: De gekozen vorm voor de herstructurering in 2011

Naast de centralisatie moest ook een reductie plaatsvinden in de omvang van de MGZ, zowel op stafniveau als bij de operationele eenheden en bedrijven. Het aantal gezondheidscentra en tandheelkundige praktijken moest worden gereduceerd. Alle tweedelijns zorgbedrijven zouden in de plannen gebundeld worden in een Tweedelijns Gezondheidszorgbedrijf (TGB). Op het gebied van operationele militaire gezondheidszorg zouden de OPCO's hun operationele Role 1-capaciteit en gewondenafvoercapaciteit behouden, maar in gereduceerde omvang. Alle Role 2-elementen zouden in Single Service Management (SSM), maar ten behoeve van de ondersteuning van de gehele krijgsmacht, worden samengebracht onder het CLAS. Alle expertisecentra zouden worden gebundeld in één overkoepelende joint expertise-eenheid: het Joint Expertisecentrum Militaire Gezondheidszorg (JECMG). De beleids- en uitvoeringsverantwoordelijkheid zouden worden belegd bij één functionaris, de Hoogste Medische Autoriteit (HMA)¹⁸, die tevens Commandant DGO (C-DGO) werd. De HMA kreeg daarnaast tevens de rol van gemandateerd zorgaanbieder namens de Minister van Defensie. De rol van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG), als onafhankelijk toezichthouder voor de MGZ, bleef ongewijzigd.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

In de visie werd specifiek beschreven dat de kwaliteitsslag van de MGZ het leidmotief was in de herstructurering en niet de reductie: "Belangrijk is te weten dat de substantiële reductie weliswaar opgelegd is en aanleiding vormt voor reorganisatie maar niet het leidmotief vormt bij de inrichting van de nieuwe organisatie. Het leidmotief is de constatering dat vorm gegeven moet worden aan belangrijke verbeteringen binnen de militaire gezondheidszorg. En hoewel de militaire gezondheidszorg in het afgelopen tijdsgewricht van ernstig goed werk heeft verricht, moet geconstateerd worden dat de gehanteerde organisatie en werkwijze potentiële risico's in zich heeft."

In de eerste jaren van de bezuinigingen bleek dit in de praktijk anders te worden ervaren. Daarnaast duurde de reorganisatie veel langer dan voorzien door een verschil van inzicht met de centrales van overheidspersoneel over het voorzieningenniveau en de wijze van uitvoeren van de geïntegreerde zorg. In de periode van 2011 tot 2016 heeft de herstructurering voor het grootste deel vorm gekregen. In het voorjaar van 2016 zijn de gezondheidscentra overgegaan van de OPCO's naar het Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf (EGB) en de Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD) onder DGO.

In de loop van het proces van herstructurering zijn enkele aanpassingen gedaan in de inrichting van de MGZ ten opzichte van de initiële blauwdruk. Redenen hiervoor waren deels gelegen in de uitkomsten van het overleg met de vakcentrales en deels in voortschrijdende inzichten aangaande een effectieve inrichting van de MGZ.

De belangrijkste aanpassingen ten opzichte van de blauwdruk zijn:

- het niet effectueren van de clustering van de diverse expertisecentra;
- het behoud van een groter aantal gezondheidscentra;
- het overhevelen van bedrijfsgeneeskundige taken van het EGB naar het CEAG (zoals beschreven in §5.1)
- het behoud van de tweedelijns zorgbedrijven direct onder C-DGO, in tegenstelling tot de beoogde clustering in een TGB.

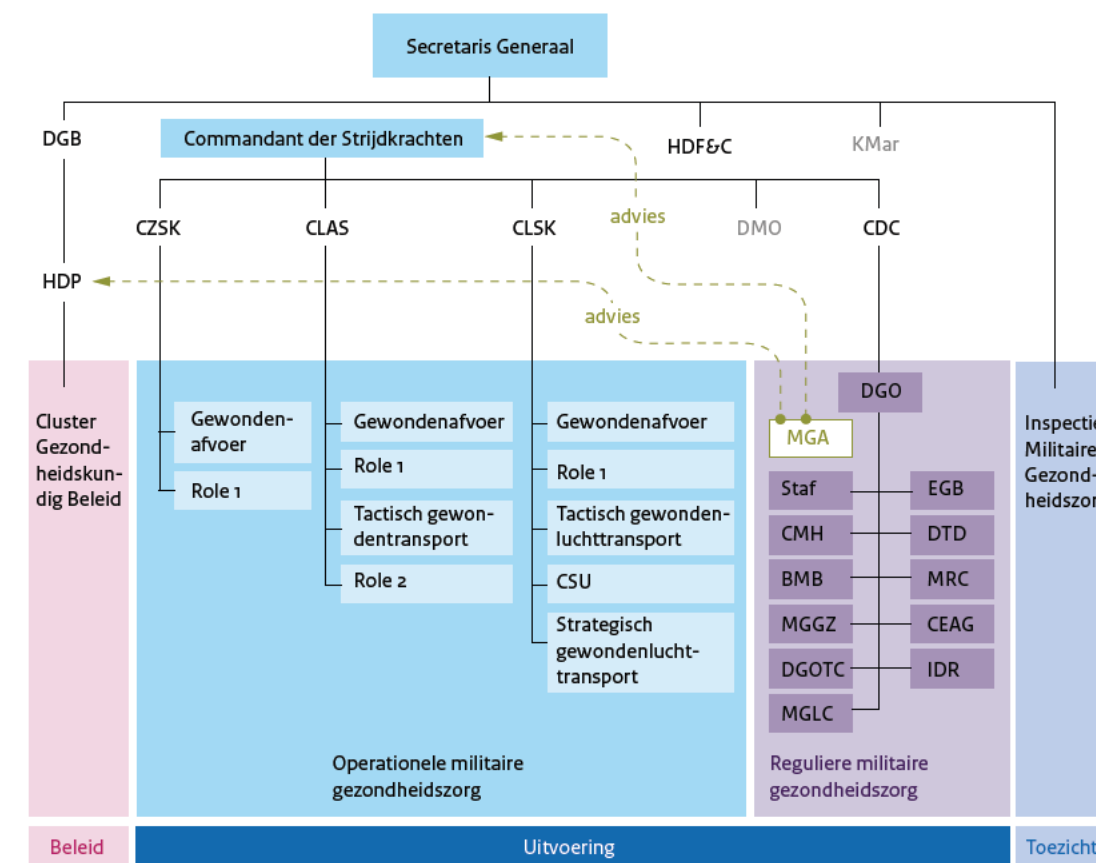
Daarnaast is de organisatie de afgelopen jaren formatief uitgebreid voor het ondersteunen van nieuwe capaciteiten op het gebied van onder andere:

- innovatie in de MGZ;
- duurzaam gezonde inzetbaarheid;
- zorgadministratie en declaratie-expertise;
- internationale samenwerking.

Tevens is er gedurende de herstructurering meer inzicht gekomen in wat noodzakelijk is aan bestuurlijke processen en capaciteit om de MGZ op een goede manier te besturen. De stafcapaciteit is aangepast op al deze nieuwe ontwikkelingen. De stafcapaciteit is hierdoor niet in die mate gereduceerd, zoals in de blauwdruk was voorzien. Meer gedetailleerde informatie over de ontwikkeling van de formatieve stafcapaciteit gedurende de onderzoeksperiode is terug te lezen in het rapport van ADR in bijlage 5.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het einde van de onderzoeksperiode zag de organisatie van de MGZ er uit zoals weergegeven in onderstaand figuur 7¹⁹.



Figuur 7: Organisatie van de MGZ in 2021

¹⁹ Het geneeskundig opleidingscentrum IDGO heeft in 2014 een naamverandering ondergaan en heet sindsdien DGOTC (Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum)

¹⁸ Later gewijzigd in Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA).

6.1.2 Personele formatie en bezetting

Situatie tot 2011

In 2011 was de omvang van de MGZ circa 3400 VTE. Deze VTE waren verdeeld over de OPCO's, de BGGZ en de Bestuursstaf. In de jaren vóór 2011 werd een aanzienlijk beslag gelegd op de MGZ door de inzet in de ISAF-missie in Afghanistan. In deze periode was gemiddeld ca 20% van de functies binnen de MGZ niet gevuld. Desondanks was het mogelijk om deze missie (war of choice / hoofdtak 2) met zowel operationele als reguliere zorg te ondersteunen. De inzet van personeel verschilde in deze tijd per OPCO. Bij CLAS werd personeel veelal geplaatst bij een operationele eenheid en werkte daar vrijwel volledig aan de gereedstelling. Bij CZSK en CLSK werkte geneeskundig personeel zowel in de reguliere als in de operationele zorg.

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

In de herstructurering werd een formatieve reductie voorzien van 23%, wat overeenkwam met 791 VTE. Daarnaast werd Defensiebreed een numerus fixus bepaald, waarmee de hoeveelheid en verhoudingen in rangen en schalen werden vastgesteld voor de gehele organisatie. Door het reduceren en samentrekken van staven en centralisatie van een deel van de MGZ kon een doelmatigheidsslag gemaakt worden. Een ander belangrijk doel in de herstructurering was het bevorderen van uitwisselbaarheid van personeel tussen de verschillende geneeskundige eenheden binnen de MGZ.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

Vanaf 2011 is de formatieve reductie geleidelijk aan bewerkstelligd. Als gevolg van de vertraging in de herstructurering is in 2017 het doel van de formatieve reductie bereikt. De omvang van de MGZ was op dat moment ca 2600 VTE. De verdeling van de personele formatie over de verschillende geneeskundige eenheden is door voortschrijdende inzichten en nieuwe ontwikkelingen gewijzigd ten opzichte van de blauwdruk, waarbij DGO meer VTE heeft gekregen en de OPCO's minder. Een kwalitatief optimale inrichting van de MGZ is bij deze aanpassingen steeds het uitgangspunt gebleven.

Op het gebied van personele bezetting kende de MGZ in de periode van 2013 tot 2019 problemen. Er waren kwantitatieve en kwalitatieve tekorten aan personeel. Oorzaken waren onder andere een hoger dan verwachte personele uitstroom door onvrede over de langsepende reorganisatie en het uitblijven van een arbeidsvoorwaardenakkoord en de daarmee gepaard gaande onzekerheid. Ook het gebrek aan perspectief op loopbaanmogelijkheden heeft hieraan bijgedragen. Daarnaast was er sprake van een aantrekkende en sterk concurrerende civiele arbeidsmarkt. De oorzaak van de personele tekorten is dus deels het gevolg geweest van het gevoerde beleid en deels als gevolg van externe oorzaken. In 2012 was de gemiddelde personele bezettingsgraad 86%, waarbij er wel duidelijke verschillen waren tussen de diverse eenheden. De personele vulling nam in de jaren daarna verder af tot gemiddeld 71% in 2014. Daarna is er weer een geleidelijke toename te zien. Vanaf 2018 schommelt de personele vulling rond de 85%. In tabel 2 is het verloop van de personele formatie en bezetting gedurende de onderzoeksperiode weergegeven. Voor meer gedetailleerde informatie wordt verwezen naar het rapport van ADR in bijlage 5.



Defensie onderdeel		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO	Formatie		750	748	750	837	1312	1361	1348	1378	1407	1407
	Bezetting		750	740	742	824	1245	1275	1281	1310	1332	1342
	%		100	99	99	98	95	93	95	95	95	95
CZSK	Formatie	289	288	356	356	351	168	172	123	125	145	144
	Bezetting	270	250	259	244	251	131	126	114	117	126	134
	%	93	87	73	69	72	78	73	93	94	87	93
CLAS	Formatie	1589	1544	1542	1295	1274	1113	876	866	871	879	899
	Bezetting	1174	1232	1202	982	929	736	648	633	618	625	660
	%	74	78	78	79	74	68	77	75	74	74	74
CLSK	Formatie	235	233	208	283	267	152	98	98	100	100	104
	Bezetting	181.5	180.9	172	163.2	161.1	107.8	78.3	76	83.7	92.5	90
	%	77	78	83	58	60	71	80	78	84	93	87
Totaal	Formatie		2815	2854	2684	2729	2745	2507	2435	2474	2531	2554
	Bezetting		2413	2373	1911	2165	2220	2127	2104	2129	2177	2226
	%		86	83	71	79	81	85	86	86	86	87

Tabel 2: personele formatie en bezetting per defensieonderdeel in de onderzoeksperiode. Cijfers geven de situatie weer aan het eind van het betreffende jaar, m.u.v. 2021 waar het 1-9-2021 betreft. Bron: opgave van de defensieonderdelen (KMAR, CDC en BS zijn hierin niet meegenomen)

Door de sterke uitstroom van met name ervaren personeel uit het middenkader, heeft er gedurende de onderzoeksperiode een 'brain drain' plaatsgevonden, waardoor veel kennis en ervaring de organisatie heeft verlaten. Daarnaast resulteerden de personele tekorten in langere wachttijden bij zorgbedrijven en onvoldoende opleidingscapaciteit voor medisch personeel, waardoor de operationele gereedheid van geneeskundige eenheden onvoldoende was. Door de aanhoudende personele tekorten, dreigde Defensie niet meer te kunnen voldoen aan het voorzieningenniveau dat was afgesproken met de vakcentrales in 2014. Aanvullende personele capaciteit moest daarom extern worden ingehuurd. Hierdoor kon het voorzieningenniveau worden gehandhaafd, maar dit leidde tot aanzienlijk hogere personeelskosten dan vooraf begroot. Tevens ontstond hierdoor een gebrek aan continuïteit van zorg en was er een gebrek aan militaire geneeskundige ervaring in de eerstelijnszorg. Dit had een negatieve invloed op de zorgkwaliteit.

Naast de personele tekorten, was ook de kwaliteit van het personeel een punt van zorg. Dit kwam onder andere doordat het retentieonderwijs voor het behoud van vaardigheden en kwalificaties niet goed was belegd. Daarnaast had een deel van het personeel, door de aanpassingen in de inrichting van de organisatie, minder contactmomenten met patiënten, waardoor bepaalde vaardigheden onvoldoende werden onderhouden. Een andere uitdaging was het feit dat de OPCO's hun schaarse personeel moesten verdelen over de 'eigen' operationele geneeskundige eenheden en de reguliere zorgbedrijven. Dit leidde tot spanningen tussen de OPCO's en DGO.

Vanaf 2018 is de personele vulling verbeterd. Er is sindsdien meer instroom van medisch personeel en de uitstroom is afgenomen. In het project 'Personeel' van het Programma MGZ2020 is focus gelegd op het behoud van BIG-geregistreerde militaire artsen en verpleegkundigen. Er is onderzoek gedaan naar de redenen van dit personeel om de organisatie te verlaten, waarna een aantal maatregelen zijn genomen voor behoud van personeel. Deze maatregelen waren gericht op het creëren van duidelijkheid en transparantie over loopbaanmogelijkheden, boeien en binden van personeel (o.a. door het aanbieden van vervolgoopleidingen) en betere afstemming tussen DGO en OPCO's op het gebied van personeelsbeleid. De samenwerking tussen de OPCO's en DGO op het gebied van personeel is verbeterd. Er wordt intensiever samengewerkt om de strategische personeelsplanning vorm te geven, ondanks dat de 'strijd' om schaars personeel deels is blijven bestaan. De uitwisselbaarheid van personeel is de afgelopen jaren toegenomen, zowel in de reguliere zorg als in de meer specifieke OPCO-gerichte operationele zorg. Tevens wordt meer gekeken naar intensivering van civiel-militaire samenwerking om zo mogelijkheden te creëren om functies te laten vervullen door reservisten of burgerpersoneel en zo meer flexibiliteit te creëren in de beschikbaarheid van personeel.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het einde van de onderzoeksperiode is de formatie van de MGZ vastgesteld op 2.618 VTE met een gemiddelde bezettingsgraad van 88%. De formatie van de MGZ is de afgelopen jaren gegroeid door nieuwe taken en voortschrijdend inzicht in welke capaciteit nodig is voor het adequaat aansturen van de MGZ. Hier wordt later in dit rapport nog nader op ingegaan. De personeelstekorten zijn, mede gezien de nog altijd sterk concurrerende arbeidsmarkt, niet volledig ingelopen.

6.1.3 Materieel

Situatie tot 2011

Tot 2011 beschikten de OPCO's over eigen gezondheidscentra en operationele gezondheidszorgsystemen. Ieder OPCO bepaalde zelf de criteria waaraan infrastructuur en middelen moesten voldoen. Het materiaal dat benodigd was voor de operationele geneeskundige systemen werd door elk OPCO zelf verworven. De middelen hadden OPCO-specifieke eisen en waren vaak niet één op één uitwisselbaar of koppelbaar. Geneeskundige voorraad (medicatie en verbandmiddelen) werd door de operationele geneeskundige eenheden centraal betrokken vanuit het Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC). De gezondheidscentra maakten gebruik van centraal afgesproken raamcontracten met civiele leveranciers, vergelijkbaar met de civiele eerstelijns gezondheidszorgorganisaties. De MGZ beschikte niet over eigen specifieke ICT-systemen, anders dan specifieke software om te kunnen voldoen aan de eisen omtrent het elektronisch patiëntendossier (EPD) om zo de patiëntveiligheid en privacy te borgen.

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

In de blauwdruk werd gesteld dat een doelmatigheidsslag te maken was door het samenvoegen van de gezondheidscentra onder éénhoofdige aansturing. Dit moest leiden tot een hogere doelmatigheid op het gebied van personeel, materieel, ICT en infrastructuur. De bestaande infrastructuur zou door de herstructurering deels worden gesloten en deels worden verbouwd of vernieuwd. Het CMH diende te worden verbouwd om te kunnen blijven voldoen aan de gestelde wettelijke normen. Met het verschuiven van de focus van de krijgsmacht naar hoofdtak 2 en hoofdtak 3 nam het verwachte behandelvolume van slachtoffers af en kon het aantal en de omvang van de operationele gezondheidszorgsystemen worden gereduceerd. Dit leverde een personele en materiele reductie op. Het verwachte gebruik van geneeskundige voorraden zou ook afnemen, omdat er minder slachtoffers zouden worden behandeld. De operationele gezondheidszorgsystemen dienden wel te worden vernieuwd, om zo de kwalitatieve missieondersteuning te kunnen garanderen. Op ICT-gebied diende Defensie over te gaan op een nieuw EPD om aan de geldende civiele kwaliteitseisen te voldoen. Een belangrijk criterium daarbij was de uitwisselbaarheid van EPD-gegevens tussen de diverse militaire zorgbedrijven, alsmede met civiele zorgverleners. De totale materiele besparing kwam met de voorgenomen maatregelen uit op €1,9 miljoen structureel.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

Gedurende de onderzoeksperiode heeft het samenvoegen van gezondheidscentra (inclusief reductie) geleid tot een meer doelmatige inzet van mensen en middelen zonder daarbij aan de wettelijke normen voor zorgverlening te tornen. Diverse centra zijn gemoderniseerd om te kunnen voldoen aan de wettelijke zorgnormen. Dit proces heeft, door langdurig gebrek aan financiële middelen voor modernisering en nieuwbouw van vastgoed, lang geduurd. Hierdoor heeft de MGZ gedurende een periode zorg moet leveren op locaties waar de hygiëne en veiligheid niet optimaal waren. De IMG heeft hiervoor gedurende deze periode steeds oog gehad en heeft hier, waar nodig, ook gehandeld door het (tijdelijk) sluiten van gezondheidscentra. Een aantal gezondheidscentra is gedurende de herstructurering definitief gesloten. Er zijn weliswaar minder centra gesloten dan beoogd, maar het geheel aan gezondheidscentra zorgt voor regionale afdekking, zoals bedoeld was in de blauwdruk. Het CMH is gemoderniseerd. De verwerving en levering van nieuwe materieel voor de operationele geneeskundige eenheden heeft vertraging opgelopen. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat het onderdeel is van grotere verwervingsprogramma's zoals bijvoorbeeld Defensie Vervanging Operationele Wielvoertuigen (DVOW-programma). Het langdurige traject om in overleg met de vakcentrales de operationele geneeskundige eenheden te reorganiseren vanaf 2014, gecombineerd met de voorziene uitbreiding van de eenheden in het programma DOKM, heeft de snelheid van verwerving eveneens negatief beïnvloed. Hierdoor heeft met name de herstructurering van de Rol 2 vertraging opgelopen. Het overtollige materiaal werd wel reeds afgestoten om zo de beoogde reductie in materiele exploitatie te kunnen realiseren.

Gedurende de onderzoeksperiode werden door DGO veel knelpunten ervaren in de IV/ICT-ondersteuning voor de MGZ. Zo was er lange tijd weinig samenhang in de beschikbare ICT-middelen, was er beperkte specifieke deskundigheid beschikbaar op het gebied van gezondheidszorgspecifieke ICT en was het bestaande EPD (GIDS) ontoereikend. De laatste jaren is de koers ten behoeve van IV/ICT-ondersteuning van de MGZ gewijzigd ten opzichte van de plannen uit de blauwdruk. Er zijn nieuwe plannen opgesteld voor de vereiste digitale informatievoorziening voor de MGZ. In oktober 2019 heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd²⁰ dat Defensie in een separaat (langer lopend) programma aan de verbetering van de medische informatievoorziening werkt. Dit programma Smart Band-Aid moet voorzien in moderne en wendbare IV en ICT voor zowel de operationele als de reguliere militaire gezondheidszorg. Onderdeel van het programma is om de zorgbedrijven van Defensie aan te sluiten op de civiele zorgsystemen. In het operationele domein ligt de nadruk op digitalisering van operationele geneeskundige- en medische informatie. Ook zal de interoperabiliteit met de (NAVO-)partners onderdeel van het programma zijn. Om dit alles te realiseren is er dedicated ICT-capaciteit gecreëerd binnen DGO.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het einde van de onderzoeksperiode waren de geneeskundige voorraden grotendeels op orde. De leverbetrouwbaarheid van het MGLC, als hoofdbevoorraden voor de operationele geneeskundige eenheden, was verbeterd ten opzichte van de eerdere jaren. Een deel van het vastgoed werd nog steeds vernieuwd of verbouwd. In 2021 is het nieuwe EPD voor de eerstelijns gezondheidszorg ingevoerd. Het programma Smart Band-Aid loopt nog door de komende jaren. Een deel van de nieuwe te verwerven systemen voor de operationele zorg, waaronder materiaal voor de rol 2 en gewondentransportvoertuigen was in 2021 nog niet geleverd.

6.1.4 Financieel

Situatie tot 2011

In 2011 werd de financiële grondslag van de MGZ vastgesteld op €203 miljoen. Deze grondslag is gebaseerd op de personele exploitatie, materiele exploitatie en investeringen. De MGZ heeft ook ontvangsten uit de reguliere militaire gezondheidszorg. Kosten voor geleverde zorg worden gedeclareerd bij de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK), de ziektekostenverzekeraar voor militairen. Deze ontvangsten zijn in de bepaling van de financiële grondslag meegenomen. Voor een nadere onderbouwing van de financiële grondslag wordt verwezen naar het ADR-rapport in bijlage 5 van dit rapport. De beschikbare budgetten ten behoeve van de MGZ waren tot 2011 verspreid over de OPCO's, het Commando Dienstencentra (CDC, de voorganger van DOSCO) en de Bestuursstaf. Voorafgaand aan de herstructurering waren er, door eerdere bezuinigingen, al budgettaire beperkingen. Dit was onder andere zichtbaar in de ondersteuning van interne medische opleidingen (minder opleidingscapaciteit) en medische logistiek (lagere voorraden).

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

De bezuinigingsoperatie van Defensie in 2011 leidde voor de MGZ tot de opdracht om €45 miljoen te bezuinigen. Het overgrote deel van deze bezuiniging moest voortkomen uit een reductie van de personele exploitatie en voor een klein deel uit de materiele exploitatie (ca. €2 miljoen). De drastische wijziging in de inrichting van de MGZ, waarbij de reguliere zorg en de ondersteunende capaciteiten, volledig zouden overgaan naar DGO, betekende ook dat de bijbehorende budgetten moesten worden overgeheveld van de OPCO's naar de DGO.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

Uit de gehouden interviews blijkt dat veel stakeholders vinden dat in het afgelopen decennium van financiële krapte de MGZ vaak niet de prioriteit heeft gekregen bij toekennen van financiële middelen / investeringsgelden. Mede hierdoor zijn er aanhoudend problemen geweest om de kwaliteit van de MGZ te borgen. Zo is er lange tijd niet geïnvesteerd in onderhoud en nieuwbouw van infrastructuur voor de MGZ. Ook in materieel en opleidingen is zeer beperkt geïnvesteerd.

Het feit dat de geneeskundige eenheden, en de bijbehorende budgetten, verspreid zijn door de gehele Defensieorganisatie, maakt dat het ingewikkeld was en is om een duidelijk overzicht te krijgen in de financiële situatie van de MGZ als geheel. Bovendien is er voor bijvoorbeeld vastgoed ook veel sprake van medegebruik, wat moeilijk financieel te kwantificeren is. Daarnaast heeft DGO maar beperkt eigen investeringsbudgetten, en

is daarom voor de financiering van aanschaf of vervanging van materieel voor een deel afhankelijk van wat de OPCO's afdragen ten behoeve van Defensiebrede projecten en/of verwervingen. Ook vallen bepaalde investeringen ten behoeve van de MGZ niet ten laste van de financiële middelen van de MGZ, maar in een breder project of programma binnen de organisatie. Te denken valt bijvoorbeeld aan aanschaf van ICT-middelen (wat voor een deel valt binnen de Defensiebrede ICT-organisatie JIVC) of gewondentransportvoertuigen (die vallen binnen een project voor vervangen van diverse Defensievoertuigen). Ook de infrastructuur voor de MGZ valt voor het grootste deel buiten het 'MGZ-eigen' financiële kader.

Sinds 2013 is er onder andere door de motie v.d. Staaij en DOKM (zie §5.2) geleidelijk aan meer budget voor Defensie beschikbaar gekomen. Dit heeft ook gezorgd voor meer financiële ruimte voor reguliere en operationele zorg. Hiermee zijn deels herstelmaatregelen genomen en deels zijn de gelden gebruikt voor een eerste aanzet naar het doorontwikkelen en innoveren van de MGZ. Concrete voorbeelden hiervan zijn in de diverse thematische paragrafen in dit hoofdstuk terug te vinden.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het eind van de onderzoeksperiode in 2021 bedroeg de personele exploitatie €189,8 miljoen (bij 88% bezettingsgraad), wat omgerekend naar een volledig bezetting neerkomt op €215,7 miljoen. De inhuur in 2021 á €4,8 miljoen is daarbij buiten beschouwing gelaten. Op het gebied van materiele exploitatie is in 2021 €46 miljoen gerealiseerd, grotendeels ondergebracht bij de DGO. Hierin zijn onder andere uitgaven opgenomen voor dienstverlening, onderhoud, opleidingen en materieel. De MGZ beschikt over diverse zelfstandige locaties, zoals het CMH en het MRC en is deelgebruiker van grotere militaire complexen. In de onderzoeksperiode is een aantal gezondheidscentra in Nederland en het buitenland gesloten. In 2021 bedroegen de ontvangsten uit declaraties voor geleverde zorg €63,2 miljoen. Vanwege het causaal verband tussen ontvangsten en personele inspanningen en materiele uitgaven in de gezondheidszorg, kunnen deze ontvangsten – in lijn met de vastgestelde financiële grondslag over 2011 – in mindering worden gebracht op de grondslag. Na uitvoering van correcties en verwerking van dubbeltellingen bedroeg de financiële grondslag in 2021 €198,5 miljoen.

6.2 Afstemming geneeskundige capaciteit op operationele taakstelling

Situatie tot 2011

Uit de interviews en managementrapportages komt een beeld naar voren waaruit blijkt dat voor 2011, ondanks reeds bestaande budgettaire beperkingen (en daarmee lagere voorraden en opleidingscapaciteit) en personele onderbezetting, over het algemeen een stabiele situatie was wat betreft personele en materiele gereedheid van de MGZ ten behoeve van inzet. Ook de ondersteuning vanuit de reguliere zorg ten behoeve van het gereedstellingsproces was over het algemeen op orde. De omvang en kwaliteit van de geneeskundige capaciteit was afgeleid van de vastgestelde systeemeisen voor de MGZ. Deze systeemeisen gaven kaders voor de omvang van geneeskundige ondersteuning voor zowel reguliere als operationele omstandigheden en waren vastgelegd in de aanwijzing SG V/26. (zie ook §5.1 'voorzieningenniveau MGZ')

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

Met de Defensiebezuinigingen van 2011 werd de focus van de krijgsmacht primair gericht op inzet in de hoofdtaken 2 en 3. Daar was de blauwdruk voor de MGZ ook op gebaseerd. Met de beoogde herstructurering bleven de operationele commandanten verantwoordelijk voor de volledige operationele gereedstelling en stemden af met de HMA over de kwantiteit en kwaliteit van de geneeskundige ondersteuning. De krijgsmacht moest in staat blijven zelfstandig een geneeskundige behandel- en afvoerketen uit te brengen.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

Reeds ten tijde van het proces van herstructurering werden problemen ervaren met de operationele gereedstelling van geneeskundige eenheden en de synchronisatie daarvan met de operationele eenheden. De operationele geneeskundige capaciteit was na de herstructurering sterk gereduceerd, zowel op stafniveau als bij de operationele eenheden. Uit de interviews, managementrapportages en inspectierapporten komt het beeld naar voren dat de reductie van de MGZ te groot bleek te zijn. De omvang van de nieuwe organisatie was ontoereikend om aan de taakstelling te voldoen. Bepaalde taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden waren daarnaast niet of onduidelijk belegd (o.a. kwaliteitsmanagement, retentieonderwijs en strategische gewondenafvoer over land). Door de toenemende tekorten aan personeel, opleidings- en trainingscapaciteit, materieel (o.a. tenten,

voertuigen, gewondentransportmiddelen en geneeskundige ge- en verbruiksartikelen) en een grote vraag aan ondersteuning, werd de operationele gereedheid niet gehaald.

Vanaf 2013 kwam er zowel in de politiek als in de organisatie geleidelijk aan weer meer focus op inzet in hoofdtak 1 (o.a. door een veranderende geopolitieke context). De MGZ was daar niet voor geëquipeerd. Door de personele en materiele tekorten was het ondersteunen van hoofdtak 2 ook een uitdaging, maar nog te realiseren met voldoende waarschuwingstijd. In 2016 uitte de IMG zorgen over de kwaliteit van geneeskundige behandel- en afvoerketen. In de gereedstelling bleek een tekortschietend functioneren van deze keten. Tevens was de ontwikkeling en vastlegging van eenduidige normen voor de zorg tijdens operationele inzet onvoldoende en ontbrak een kwaliteitsmanagementsysteem voor de operationele zorg. Deze bevindingen zijn deels ook verwoord in het OVV-rapport over het mortierongeval in Mali²¹. Eind 2017 is daarom besloten de geconstateerde knel- en aandachtspunten op te pakken in een meerjarig programma: MGZ 2020 (zie ook §5.3 en §6.3). Ook met de maatregelen van DOKM kon vanaf 2017 voor een deel herstel van operationeel-geneeskundige capaciteit worden ingezet. Tevens is in deze periode, na toezegging van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer²², een start gemaakt met het ontwikkelen van een normenkader voor geneeskundige inzet met als doel een concreter handvat te realiseren om de juiste geneeskundige capaciteit te bepalen ter ondersteuning van gereedstelling en operationele inzet.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het einde van de onderzoeksperiode kon de MGZ, ondanks de genomen herstel- en uitbreidingsmaatregelen, nog niet de volledige geneeskundige capaciteit leveren die nodig is om de ambitie en taakstelling van de krijgsmacht te ondersteunen. Het normenkader voor geneeskundige inzet was nog in ontwikkeling, in nauwe samenspraak met de OPCO's en de vakcentrales (red: bij het uitkomen van dit rapport in 2023 is het normenkader inmiddels vastgesteld en vastgelegd in een HDP-aanwijzing²³).

6.3 Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

Situatie tot 2011

Tot 2011 bestond de MGZ uit diverse eenheden die verspreid door de gehele Defensieorganisatie ingebed waren. Er was een beperkte samenhang tussen de diverse eenheden. De reguliere eerstelijnszorg was per OPCO georganiseerd. De OPCO's hadden ieder hun eigen werkwijzen en protocollen. CLSK had als enige OPCO een extern gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem. De eerstelijnszorg, inclusief tandheelkundige zorg, was laagdrempelig toegankelijk en er werd specifieke zorg aangeboden voor bepaalde beroepsgroepen met specifieke functie-eisen, zoals vliegers, duikers en special forces.

De gezondheidscentra leverden multidisciplinaire zorg met o.a. militair artsen, huisartsen, bedrijfsartsen, verpleegkundigen, verzorgenden, fysiotherapeuten, bedrijfsmaatschappelijk werk, psychologen, tandartsen, arbo-specialisten en divers ondersteunend personeel. ICT-ondersteuning voor goede dossiervorming en medicatiebewaking, maar ook voor het verkrijgen van inzicht in relevante management- en declaratie-informatie en financiën, was aanwezig, maar functioneerde niet optimaal. Op beperkte schaal, en vaak op lokaal niveau, waren procedures ingeregeld voor o.a. het melden van klachten, incidenten en voorvallen en het meten van patiënt- en medewerkerstevredenheid. De tweedelijns reguliere zorg in het CMH en MRC was ingericht conform civiele standaarden en voldeed aan de voor Nederland geldende wettelijke eisen. De IMG hield toezicht op de kwaliteit van de reguliere en operationele zorg.

Voor de operationele zorg bestonden bij de diverse geneeskundige eenheden vastgestelde werkwijzen, standard operating procedures (SOPs) en protocollen, maar ook hierin was er beperkte samenhang tussen de diverse eenheden. Er bestonden geen kwaliteitsmanagementsystemen en vastgestelde kwaliteitsnormen voor de operationele zorg. Normering op hoofdlijnen werd betrokken uit NAVO-doctrine. Uitgangspunt voor de kwaliteit van de operationele zorg was de Nederlandse standaard zo veel als mogelijk te benaderen, met inachtneming van de operationele omstandigheden. Waar conform de Nederlandse standaard wordt uitgegaan van maximale zorg voor de individuele patiënt, wordt bij de operationele geneeskundige zorg de optimale kwaliteit van zorg

²¹ bijlage bij Kamerstuk 34 775 X, nr. 10. Vergaderjaar 2017-2018

²² beleidsreactie op het OVV-rapport mortierongeval Mali. Kamerstuk 34775-X nr. 94. Vergaderjaar 2017-2018

²³ HDP-aanwijzing G/03 'Normenkader planning operationele gezondheidszorg'. 2023

beoogd voor de specifieke situatie. Bij het bepalen van die optimale kwaliteit van zorg spelen ook specifieke militair-operationele aspecten mee, zoals het behoud van gevechtskracht en het inzetbaar houden / krijgen van de militair en de eenheid.

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

In de visie en de blauwdruk werden de aspecten kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid als belangrijke pijler opgenomen: *“De kwaliteit van de militaire gezondheidszorg wordt bij uitstek bepaald door de kwaliteit van en samenhang tussen de elementen. Zicht op de gezondheidszorgketen en beschouwing van de processen binnen en tussen de verschillende elementen, resulteert in zicht op de risico’s en hoe deze ingeperkt kunnen worden. Ongeacht de aansturing van de gezondheidszorgketen als geheel en/of van losse elementen door operationele commandanten, internationale partners of civiele instanties, dient de patiëntveiligheid binnen de militaire gezondheidszorg te worden geborgd. Kernbegrippen voor patiëntveiligheid binnen de militaire gezondheidszorg zijn o.a. snelle toegankelijkheid, kwaliteit van het medisch handelen, samenhang en coördinatie in de multidisciplinaire behandeling, continuïteit van zorg en responsiviteit..... dient Nederland zelfstandig een militaire gezondheidszorgketen te kunnen uitbrengen..... teneinde de patiëntveiligheid te kunnen borgen”.*

Om de beschreven aspecten te borgen in de organisatie was het noodzakelijk om werkwijzen te uniformiseren en te harmoniseren. Voor de reguliere eerstelijnszorg was het samentrekken van alle gezondheidscentra in één organisatie één van de manieren om dit te realiseren. Daarnaast werd beoogd om kwaliteitsmanagementsystemen te ontwikkelen voor de gehele MGZ. Tevens werd een Centrale Klachtencommissie Militaire Gezondheidszorg ingericht als belangrijk instrument om de kwaliteit van de MGZ te waarborgen.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

De eerder in dit rapport beschreven reductie in personele formatie en middelen en het ontbreken van een aantal kritische randvoorwaarden, zoals een goed ondersteunend ICT-systeem en adequate en veilige infrastructuur, resulteerde in de eerste jaren van de herstructurering in uitdagingen om de kwaliteit van de geleverde zorg te borgen. Zo ontstonden er bij diverse bedrijven wachtlijsten en was er onvoldoende opleidingscapaciteit om medisch personeel op te leiden. Dit alles had effect op de kwaliteit van zorg, patiënt- en dataveiligheid en de mogelijkheden om tijdig correcte management-, financiële stuur- en declaratie-informatie op te leveren.

Met diverse herstelmaatregelen en investeringen zijn in de daaropvolgende jaren aanpassingen gedaan, waardoor een deel van deze knelpunten is opgelost. Uit onder andere de Defensiebrede managementrapportages, de bevindingen van de IMG, de evaluatierapporten van de reorganisatie van de reguliere zorgbedrijven en de gehouden interviews blijkt dat de MGZ de afgelopen jaren met name voor de reguliere zorg een relevante kwaliteitsslag heeft gemaakt. Met het centraliseren van de reguliere zorg, het beschrijven en harmoniseren van zorgprocessen, het vaststellen van richtlijnen en protocollen, het houden van audits en visitaties en het inrichten van een kwaliteitsorganisatie voor de MGZ zijn stappen gemaakt.

Voorts zijn er over het algemeen korte wachttijden en de continuïteit van de zorg is geborgd. Doordat artsen ook worden ingezet voor operationele missies, kan het zijn dat een patiënt niet altijd door dezelfde arts behandeld wordt. Er wordt echter gewerkt in militaire zorgteams, waardoor er altijd een arts en tandarts aanwezig is. Door het inrichten van de MGZ als civiel herkenbare zorg, maar ook door de noodzakelijke inhuur van extern personeel, is wel ingeleverd op de specifieke militaire meerwaarde van de MGZ. Deze extra kwaliteit die de MGZ wil bieden, is daardoor in het gedrang gekomen. Extern personeel heeft over het algemeen geen of beperkte kennis van de militaire organisatie en de omgeving waarin de militair zijn taken uitvoert. Voor effectieve advisering over de inzetbaarheid en specifieke behandelingsopties voor de bijzonder militaire patiënt is deze kennis essentieel. Of dit potentieel heeft geleid tot bijvoorbeeld een hogere drempel om een militair arts te consulteren of een grotere civiele zorgconsumptie is niet volledig inzichtelijk. De beschikbare cijfers over ‘weglek’ naar civiele zorg lijken er op te duiden dat die in ieder geval niet opvallend is toegenomen sinds de herstructurering.

De toegankelijkheid van zorg, concreet het aantal en de spreiding van gezondheidscentra, was voor de vakcentrales een belangrijk thema in het proces van de herstructurering. Hierdoor is de initiële reductie naar 20 gezondheidscentra uiteindelijk aangepast en zijn 30 gezondheidscentra open gebleven. Bij sommige OPCO’s was er zorg over het behoud en toegankelijkheid van, en kennis en expertise over, zorg aan specifieke doelgroepen (o.a. vliegend personeel en duikers). Dit lijkt echter met behoud van de expertisecentra bij de OPCO’s groten-deels te zijn ondervangen.

De reguliere militaire tweedelijnszorg, die deels ook zorg levert aan civiele patiënten, leverde over het algemeen goede kwaliteit van zorg, conform de wettelijke vereisten. De MGZ scoort over het algemeen hoog in patiënttevredenheidsonderzoeken. In 2017 werd, na het invoeren van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

(Wkkgz), een uitgebreidere klachtensystematiek ingericht met klachtenfunctionarissen bij de eenheden en bedrijven, waarbinnen de klachten laagdrempelig konden worden afgehandeld.

Personele en materiele gereedheid zijn de laatste jaren verbeterd. Het vastgoed is deels verbouwd en vernieuwd. Het nieuwe EPD voor de eerstelijnszorg is in 2021 geïmplementeerd en daarmee is nu ook aansluiting op het Landelijk Schakelpunt en is communicatie met de civiele zorg geborgd. Een elektronische gewondenkaart, alsmede andere IV/ICT-tools ten behoeve van de reguliere en operationele zorg zijn nog in ontwikkeling. Met het inrichten van structurele ‘dedicated’ IV-capaciteit bij DGO is beschikbare capaciteit hiertoe geborgd.

Ook op het gebied van personele kwaliteit zijn de laatste jaren vorderingen gemaakt door het invoeren van de praktische tewerkstelling (PTW), waarbij medisch personeel structureel de mogelijkheid kreeg om in civiele ziekenhuizen hun vaardigheden te onderhouden. Op het gebied van het opleiden van personeel ten behoeve van de MGZ zijn eveneens goede vorderingen gemaakt, er is over het algemeen voldoende opleidingscapaciteit en er is focus op onderwijsvernieuwing.

De kwaliteit van de operationele gezondheidszorg is gedurende de onderzoeksperiode een punt van zorg gebleven. Hierover werd in dit rapport reeds eerder geschreven (§6.2) Het programma MGZ 2020, dat in 2018 werd gestart, was een belangrijke tool voor de MGZ om de operationele geneeskundige keten op orde te brengen en de kwaliteit van zorg, zowel regulier als operationeel, te borgen middels het inrichten van kwaliteitsmanagementsystemen en het invoeren van een normenset voor de kwaliteit van de MGZ. Met de invoering van de Wkkgz in 2017 werd de MGZ ook wettelijk verplicht te komen tot een systeem dat doelmatige zorg biedt van goede kwaliteit, veilig en meetbaar.

Bij aanvang van het programma MGZ2020 waren een aantal zorgbedrijven reeds gecertificeerd. De overige bedrijven en de operationele geneeskundige eenheden werkten binnen het project toe naar certificering. Er werden tevens extra kwaliteitsmedewerkers aangenomen, zodat alle geneeskundige eenheden en bedrijven zouden beschikken over één of meerdere kwaliteitsmedewerkers. Deze kwaliteitsmedewerkers werden samengebracht in een kwaliteitsnetwerk, teneinde uniformiteit en harmonisatie te realiseren tussen de diverse geneeskundige eenheden. Tevens werd een MGZ-overkoepelend kwaliteitsbeleid opgesteld. Met het project werd ook de eerste stap gezet in een cultuurverandering ten aanzien van de visie op kwaliteit binnen de organisatie.

In het project MGZ2020 is daarnaast een dashboard ontwikkeld voor de MGA. Hierin wordt met verschillende kwaliteitsindicatoren inzichtelijk gemaakt hoe de MGZ er voor staat. Momenteel zijn deze indicatoren nog vooral gericht op personele en materiele gereedheid, maar in de nabije toekomst kan het dashboard uitgebreid worden met een breed scala aan kwaliteitsindicatoren. Daarbij wordt gedacht aan indicatoren op het gebied van patiënttevredenheid, medewerkerstevredenheid, klachten, incidenten, voorvallen, specifieke parameters die gaan over ervaren gezondheid en ervaringen met de ontvangen zorg (PROMS en PREMS)²⁴ en compliance. Het bepalen van de juiste indicatoren voor het meten van de kwaliteit van de beleidsvorming, de aansturing, de bedrijfsvoering en de uitvoering van de zorg, om op basis daarvan te bepalen of de MGZ ook echt ‘beter wordt’, is nog uiterst complex. Met de ontwikkelingen van de afgelopen jaren, waarbij met name vanaf 2018 een trendbreuk te zien op diverse vlakken, lijkt de ontwikkeling van de kwaliteit van de MGZ meer en meer ten positieve te keren. Er is, kwantitatief en kwalitatief, meer personeel en materieel beschikbaar om de taken uit te voeren.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

Aan het einde van de onderzoeksperiode waren vrijwel alle zorgbedrijven en ondersteunende bedrijven civiel gecertificeerd en beschikken ze over een KMS. Een deel van de operationele eenheden is inmiddels ook gecertificeerd. Door de KMS is er meer uniformiteit van processen, meer processen zijn vastgelegd, waardoor er meer bewustzijn is van risico’s en fouten. Er zijn ook uniforme systemen ontwikkeld voor het registreren en afhandelen van klachten, incidenten, voorvallen en verbetervoorstellen. Het bewustzijn dat kwaliteit een integraal deel is van de alledaagse bedrijfsvoering moet nog verder groeien. Het structureel leren en verbeteren van het eigen handelen, het delen van ervaringen en best practices en het versterken van de onderlinge samenwerking tussen de diverse eenheden en bedrijven zal maken dat in de toekomst het verbeterpotentieel kan blijven groeien.

²⁴ PROMS – Patient Reported Outcome Measures, geen inzicht in hoe een patiënt zich voelt en hoe het met de patiënt gaat. PREMS – Patient Reported Experience Measures - geven inzicht in de ervaring en tevredenheid van de patiënt met de geleverde zorg

6.4 Governance

Situatie tot 2011

Tot 2011 was de DMG binnen de Bestuursstaf beleidsverantwoordelijke voor het geneeskundige functiegebied. Er was geen directe sturingsrelatie tussen de DMG en de geneeskundige elementen van de Defensieonderdelen. Bij de OPCO's was een verantwoordelijk stafarts aangesteld. Afhankelijk van het OPCO was er sprake van meer of minder zeggenschap van de stafarts over de geneeskundige middelen binnen het betreffende krijgsmacht-deel. Binnen het CDC was sprake van een clustering van geneeskundige bedrijven onder de commandant BGGZ. Gedurende operationele inzet trad de Commandant der Strijdkrachten (CDS) op als corporate operator en was de logistieke instandhouding als verantwoordelijkheid belegd bij het coördinerend krijgsmachtdeel. Voor de geneeskundige behandel- en afvoerketen was de verantwoordelijkheid belegd bij de operationele commandant, onder verantwoordelijkheid van de CDS (ondersteund door het geneeskundig element bij de Directie Operaties (DOPS), de J4Med). De IMG had de rol van onafhankelijk toezichthouder voor de militaire gezondheidszorg.

Beoogde aanpassingen conform blauwdruk MGZ

Bij de herstructurering van de MGZ werd, mede als gevolg van de invoering van een nieuwe besturingsmodel, gekozen voor een inrichting waarbij de beleids- en uitvoeringsverantwoordelijkheid bij één functionaris werd belegd, de Commandant DGO, die daarmee tevens de Hoogste Medische Autoriteit (HMA) werd. De staven werden eveneens samengetrokken en de DMG en de staf van de BGGZ werden daarmee volledig geïntegreerd in de nieuwe staf DGO. De C-DGO werd verantwoordelijk voor de structurele beheersing, verbetering en waarborging van de (kwaliteit van de) zorg conform de wettelijke eisen. Dit werd onder andere gerealiseerd door het uitgeven van instructies en protocollen voor de zorgverlening in de gehele geneeskundige behandel- en afvoerketen, zowel operationeel als onder reguliere omstandigheden. Voor operationele eenheden deed de C-DGO dit in afstemming met de CDS. De HMA/C-DGO werd namens de minister gemandateerd als de zorgaanbieder²⁵.

Ontwikkelingen gedurende de onderzoeksperiode

Door het overgaan van de eerstelijnszorg van de OPCO's naar DGO werd de rol van de stafartsen en de geneeskundige staven van de OPCO's meer gericht op het operationeel-geneeskundige domein. De uitvoering van de militaire gezondheidszorg door de geneeskundige elementen bij de OPCO's en DGO verliep onder de verantwoordelijkheid en aansturing van de hiërarchieke lijn (commandanten). De Defensiebrede inrichting van organisatie, processen en informatievoorziening van de MGZ, als ook de inhoudelijke sturing op de kwaliteit van de zorg (wettelijke taak), vond plaats via functionele lijnen die alle geneeskundige elementen van de MGZ met elkaar verbinden. De CDS bleef verantwoordelijk voor de inrichting van de medische voorzieningen en uitvoering van de gezondheidszorg in het inzetgebied, binnen de gegeven kaders. De HMA/C-DGO adviseerde de CDS inzake de medische voorzieningen in het inzetgebied en de daarmee verbonden risico's vanuit medisch oogpunt. De rol van de IMG als onafhankelijk toezichthouder bleef ongewijzigd.

In het rapport van de onderzoekscommissie over het voorzieningenniveau (zie §5.1) in relatie tot de voorgestelde reorganisaties binnen het gezondheidszorgdomein ging één van de aanbevelingen over de governance. Geadviseerd werd de beleidsmatige / bestuurlijke rol alsnog te scheiden van de uitvoerende rol en deze te brengen onder de verantwoordelijkheid van de HDP. De verwachte introductie van de Wkkgz was hierbij een belangrijke drijfveer, als mede de wens van de bonden om met de HDP te kunnen spreken over alle personeelsaspecten, inclusief de gezondheidszorg. Als gevolg van dit advies werd in 2016 binnen de HDP een cluster 'Gezondheidskundig Beleid' ingericht. Dit cluster kreeg de beleidsmatige rol en werd verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleidsmatige kaders en aanwijzingen op het gebied van de MGZ ten behoeve van de uitvoering door DGO en operationele commando's en voor de ambtelijke en bestuurlijke ondersteuning bij dossiers aangaande gezondheidskundig beleid. De rol van de HMA (later: MGA) en C-DGO bleef evenwel belegd bij één functionaris.

In de daaropvolgende jaren bleef het goed organiseren van de governance en het adequaat en eenduidig beleggen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden een uitdaging. Meermaals werd door de IMG geconstateerd dat de taak- en verantwoordelijkheidstoedeling nog onvoldoende vastgelegd was, zowel tussen de betrokken toezichts-, beleids- en uitvoeringsinstanties als binnen het uitvoeringsressort. Dit werd gezien als een barrière voor een goed functionerende kwaliteitscyclus. Het eerder beschreven punt (zie §6.1.4) dat DGO beperkt eigen investeringsbudgetten heeft, en daarin grotendeels afhankelijk is van de OPCO's, was eveneens een governanceprobleem. Rond 2018 ontstond er meer duidelijkheid en zijn verschillende taken en verantwoordelijkheden eenduidig belegd. Dit werd ook vastgelegd in een beleidsaanwijzing²⁶.

De governance van de militaire gezondheidszorg stond in deze periode ook nadrukkelijk op de agenda van de ambtelijke leiding en had daarnaast bijzondere aandacht van het ministerie van VWS en de IGJ, waar het de reguliere zorg in Nederland betrof. Vanuit VWS werd nadruk gelegd op de juiste belegging van het zorgaanbiederschap binnen Defensie. Tot dan toe werd de minister van Defensie beschouwd als de zorgaanbieder (met mandatering van verantwoordelijkheden aan de MGA). Dat was volgens VWS niet conform de criteria van de Wkkgz. Defensie heeft naar aanleiding hiervan een extern onderzoek²⁷ laten verrichten om te bepalen hoe het zorgaanbiederschap belegd zou moeten worden. De conclusie van dit onderzoek was dat het zorgaanbiederschap, zoals dat is beschreven in de Wkkgz, niet duidelijk gedefinieerd kan worden binnen Defensie. De minister van Defensie kan in ieder geval geen zorgaanbieder zijn. Een nadere juridische analyse, met mogelijk een aanpassing van de Wkkgz, zou in de nabije toekomst hiervoor een oplossing moeten bieden.

Na de invoering van de nieuwe topstructuur binnen Defensie (zie §5.4) is voor de MGZ in de periode 2020/2021 een ketendoorlichting uitgevoerd, waarin is onderzocht hoe de governance was ingeregeld en in hoeverre deze aansloot bij de nieuwe topstructuur. De belangrijkste conclusies van de ketendoorlichting waren dat de governance van de MGZ niet conform het model 'Besturen bij Defensie' en de daarbij aansluitende topstructuur was ingericht. Der scheiding van beleid, aansturing van de uitvoering, uitvoering en toezicht was in de MGZ onvoldoende duidelijk belegd. Met name het gebrek aan expertise in de aansturing van de uitvoering van de MGZ bij de CDS maakt dat deze taak onvoldoende uitvoerbaar was. Daarnaast werd vastgesteld dat de dubbelrol van C-DGO en de MGA in één functionaris tot onduidelijk leidde en deze functionaris een te grote 'span of control' gaf. Het advies dat voortkwam uit deze ketendoorlichting behelsde dan ook een scheiding van de rollen van C-DGO en de MGA en het inrichten van MGZ-expertise bij de CDS. Daarnaast is wederom vastgesteld dat het zorgaanbiederschap, zoals dat is beschreven in de Wkkgz, niet duidelijk gedefinieerd kan worden binnen Defensie. Een nadere juridische analyse, met mogelijk een aanpassing van de Wkkgz, zou in de nabije toekomst een oplossing moeten bieden. Tot dan zou de MGD de zorgaanbieder moeten worden en de MGA de inrichtingsverantwoordelijke voor de MGZ. Om een en ander te realiseren is het advies gegeven om een thematisch werkverband (TWV) in te richten bij de CDS, om te bezien of de voorgestelde aanpassingen daadwerkelijk leiden tot het beoogde effect.

Stand van zaken aan het einde van de onderzoeksperiode

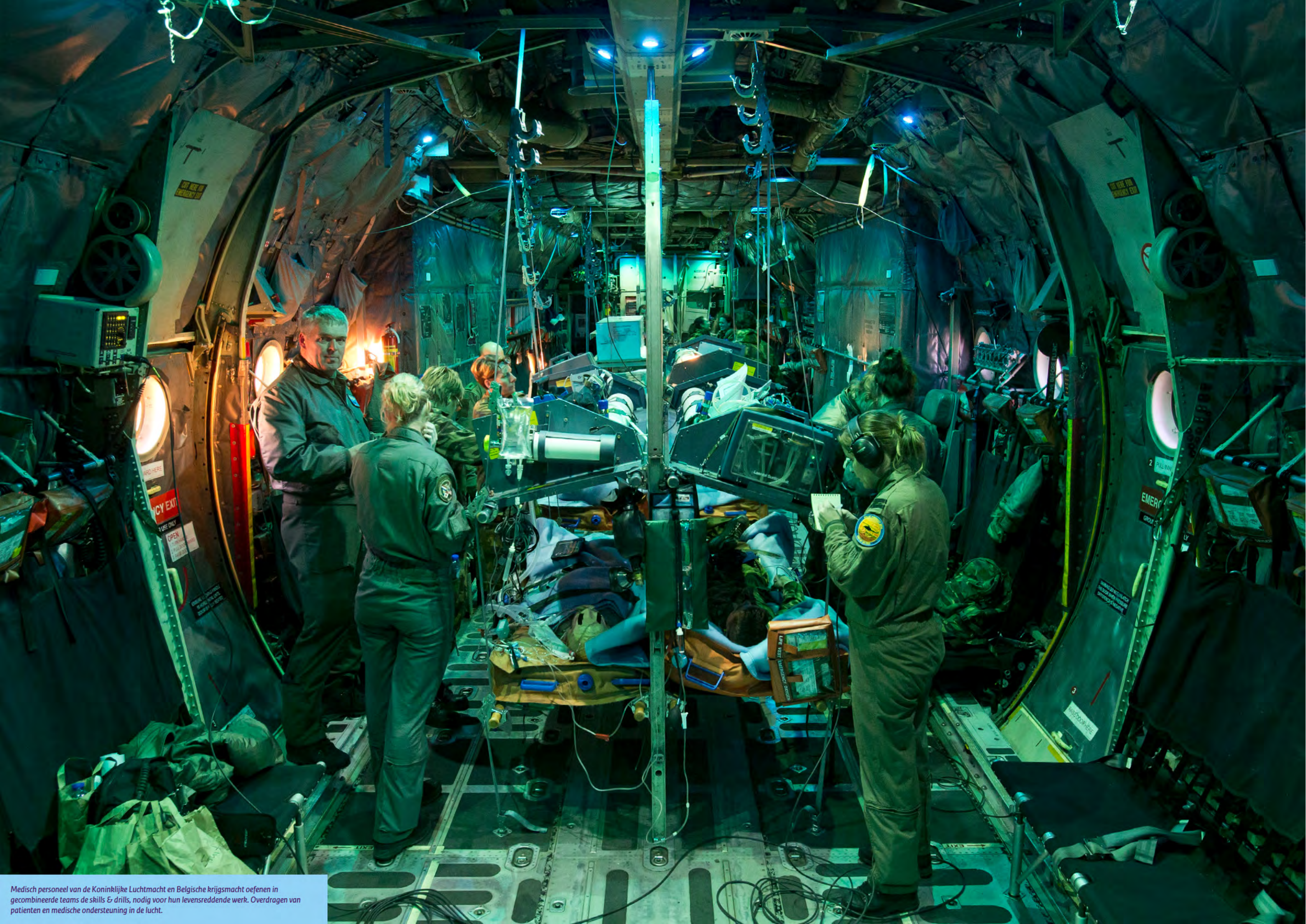
Aan het einde van de onderzoeksperiode was de governance van de MGZ, inclusief de belegging van het zorgaanbiederschap, nog steeds onderwerp van discussie. De beschreven belegging van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn nog niet altijd eenduidig en in lijn met de realiteit. Het TWV is in oprichting en moet meer helderheid gaan geven over de scheiding van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van beleid, aansturing van de uitvoering, uitvoering en toezicht binnen de MGZ. Bij het uitkomen van dit rapport in 2023 is er inmiddels een nieuw extern onderzoek uitgekomen aangaande de governance van de MGZ en de belegging van het zorgaanbiederschap²⁸. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in de verdere doorontwikkeling naar een effectieve governance van de MGZ.

25 Blauwdruk Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg'. Aug 2011. Hoofdstuk 2, pag 13-14

26 De HDP-aanwijzing G/02 Governance Militaire Gezondheidszorg (concept)

27 Prof Mr Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Leiden, 'advies zorgaanbiederschap in de Wkkgz', april 2021

28 C3 adviseurs en managers. Advies Governance Militaire Gezondheidszorg. Juni 2022



Medisch personeel van de Koninklijke Luchtmacht en Belgische krijgsmacht oefenen in gecombineerde teams de skills & drills, nodig voor hun levensreddende werk. Overdragen van patiënten en medische ondersteuning in de lucht.

7 Conclusies en blik op de toekomst



7.1 Conclusies

De uitvoering van deze beleidsdoorlichting was complex. Met name het verzamelen van de relevante financiële en formatieve data was niet eenvoudig. De belangrijkste oorzaak hiervan was gelegen in het feit dat de geneeskundige eenheden, en de daarbij behorende exploitatiebudgetten en investeringsgelden, verspreid zijn over de diverse Defensieonderdelen. Deze beleidsdoorlichting beperkte zich daarom dus ook niet tot één beleidsartikel uit de Defensiebegroting. Daarbij zijn budgetten ten behoeve van de MGZ deel van grotere budgetten, die niet logischerwijs de functionele organisatielijnen volgen. Daardoor was niet altijd te achterhalen welk deel van deze budgetten ten gunste van de MGZ zijn besteed. Daarnaast waren er, reeds voordat de herstructurering van de MGZ was afgerond, diverse beleidsbijstellingen en nieuwe ontwikkelingen gericht op groei en doorontwikkeling. Hierdoor was het moeilijk een hard eindpunt te definiëren. Met de verkregen data is in deze beleidsdoorlichting desalniettemin een goed inzicht verkregen in het verloop van de herstructurering en de budgettaire, formatieve en organisatorische aanpassingen die daarbij hebben plaatsgevonden. Op basis daarvan zijn, zo goed als mogelijk gebleken, kwantitatief en kwalitatief uitspraken gedaan over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid.

Doeltreffendheid en doelmatigheid van de herstructurering van de MGZ

De MGZ heeft sinds 2011 een ingrijpende herstructurering ondergaan. Deze herstructurering heeft een decennium in beslag genomen. De doelstelling was om na de herstructurering, die tevens een aanzienlijke reductie in de omvang van de MGZ behelsde, een organisatie te behouden die in staat was alle ambities van de krijgsmacht kwantitatief en kwalitatief te ondersteunen. Retrospectief kan de vraag gesteld worden of deze beleidsdoelstelling realistisch was. De veronderstelling was destijds dat met het verleggen van de focus naar hoofdtak 2 en 3, de MGZ in de nieuwe opzet in staat moest zijn om deze doelstelling waar te maken. Het werd echter vrij snel duidelijk dat de beleidsdoelstellingen, zoals gedefinieerd in de visie en de blauwdruk, met de primaire herstructureringsplannen niet te realiseren waren.

In deze beleidsdoorlichting is gebleken dat de in 2011 beoogde gewijzigde hoofdstructuur van de nieuwe MGZ-organisatie, zoals voorzien in de visie en blauwdruk, met enkele aanpassingen, is gerealiseerd. Of de daarbij opgelegde financiële en formatieve bezuigingen zijn behaald is in deze beleidsdoorlichting niet geheel inzichtelijk geworden. Uit de ADR-rapportage blijkt dat de formatieve reductie in aantallen is gerealiseerd. De bijbehorende financiële reductie is uit de beschikbare data niet compleet op te maken. De herstructurering is zeker niet op alle aspecten primair doeltreffend geweest. Met name in de operationele gezondheidszorg heeft dat tot de nodige zorgen geleid. Met herstelmaatregelen en nieuwe ontwikkelingen zijn de laatste jaren echter stappen gezet om de gestelde doelen alsnog te realiseren.

Afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling

Na de initiële herstructurering bleek de geneeskundige capaciteit niet goed afgestemd op de operationele taakstelling. Door de sterke reductie in aantal en omvang van de operationele geneeskundige eenheden waren operationele taken onvoldoende te ondersteunen. Dit gold met name voor het inrichten van een effectieve en kwalitatief goede geneeskundige behandel- en afvoerketen onder operationele omstandigheden. De herstructurering van de operationele gezondheidszorg was daarmee primair niet doeltreffend. Met herstelmaatregelen, die voort zijn gekomen uit o.a. de motie v.d. Staaij, DOKM en het programma MGZ2020 is de afgelopen jaren een eerste aanzet gemaakt naar herstel van deze capaciteiten. Tevens is gestart met het opstellen van een normenkader voor het bepalen van de passende geneeskundige capaciteit ter ondersteuning van gereedstelling en operationele inzet. Dit normenkader is in januari 2023 definitief vastgesteld. Na de afronding van de herstelmaatregelen zal de MGZ naar verwachting de operationele eerstelijnszorg doeltreffend kunnen uitvoeren. Volledige inzetbaarheid van de overige operationele geneeskundige entiteiten (waaronder de Role 2 en gewondentransport) en inzet in de eerste hoofdtak van alle geneeskundige elementen zijn belangrijke vervolgoelstellingen in de doorontwikkeling van de MGZ.

Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid

De kwaliteit van de reguliere MGZ is de laatste jaren sterk verbeterd. Door de centralisatie van de reguliere zorg is meer uniformiteit ontstaan in processen. Daarnaast zijn er kwaliteitsmanagementsystemen ontwikkeld en is er meer aandacht voor belangrijke randvoorwaarden voor goede kwaliteit van zorg, zoals adequate ICT-ondersteuning, meldingssystematieken voor incidenten en verbetervoorstellen en het structureel onderhouden van kennis en vaardigheden van geneeskundig personeel. Door de verschuiving van de reguliere zorg naar civiel herkenbare zorg is wel een deel van de militaire meerwaarde van de MGZ verdwenen. De extra kwaliteit die de MGZ daarbij wil bieden, onder andere door laagdrempelige toegang tot zorg en medisch personeel dat inzicht heeft

in de specifieke omstandigheden waarin militairen optreden, is daardoor op sommige punten in het gedrang gekomen. Geconcludeerd kan worden dat de het beleid voor het verbeteren van de kwaliteit en patientveiligheid over het algemeen doeltreffend is geweest.

De kwaliteit van de operationele zorg is daarentegen in de onderzoeksperiode een punt van zorg geweest. Gedurende meerdere jaren zijn, onder andere door de IMG, zorgen geuit over de kwaliteit van geneeskundige behandel- en afvoerketen. In de gereedstelling bleek een tekortschietend functioneren van deze keten. Tevens ontbraken eenduidige normen en een kwaliteitsmanagementsysteem voor de zorg tijdens operationele inzet. Het ingezette beleid was hier niet doeltreffend. Met diverse herstelmaatregelen en de ontwikkeling van een normenkader voor geneeskundige ondersteuning van operationele inzet zijn eerste stappen gezet naar optimalisatie van de operationele behandel- en afvoerketen.

Met de herstructurering is een striktere scheiding ontstaan tussen reguliere zorg en operationele zorg. Ondanks deze ontwikkeling is de MGZ na de herstructurering meer één gezamenlijke MGZ geworden. Er is meer binding tussen de OPCO's onderling en tussen de OPCO's en de DGO ontstaan. Doordat het afzonderlijke organisatie-delen zijn, blijft het uitwisselen en inzetten van personeel een uitdaging. Gedurende de onderzoeksperiode vergde de afstemming over personele inzet veel tijd en effort. Dit heeft invloed gehad op de doeltreffendheid en doelmatigheid van de MGZ. Het evenwichtig vullen van alle geneeskundige eenheden was een continu punt van aandacht. Naast de algemeen bestaande personeelstekorten in de zorg, was er bij Defensie een extra uitdaging op dit gebied, doordat veel zorgpersoneel tijdens de langdurige reorganisatie de organisatie had verlaten. Door de aanhoudende personeelstekorten werd personeel extern ingehuurd tegen hoge kosten. Dit heeft een negatieve invloed gehad op de doelmatigheid van de MGZ. De vraag is of dit personeelstekort een gevolg is van het gevoerde beleid en of dit anders geweest zou zijn als de herstructurering niet had plaatsgevonden. De personeelstekorten bestonden immers ook reeds in de periode voor 2011 en de krapte op de arbeidsmarkt is een niet te beïnvloeden externe factor. Uit de interviews met de stakeholders komt wel een beeld naar voren waaruit blijkt dat de lange periode van vertraging in de herstructurering, en de bijkomende onzekerheid voor het personeel, er toe heeft bijgedragen dat mogelijk meer geneeskundig personeel dan voorzien de organisatie heeft verlaten.

Governance

De governance van de MGZ is gedurende de onderzoeksperiode continu een punt van aandacht geweest. Met de input van de vakcentrales werd het primair plan uit de blauwdruk om de beleids- en uitvoeringsverantwoordelijk bij één functionaris te beleggen, direct ter discussie gesteld. Mede hierdoor is de governance opnieuw beschouwd en is besloten de beleidsverantwoordelijkheid te beleggen bij de HDP. De juiste en eenduidige belegging van taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden bleef en blijft echter een punt van aandacht. Met de doorlichting van de functionele keten MGZ is inzichtelijk gemaakt welke uitdagingen er momenteel nog liggen op het gebied van de governance van de MGZ. De belangrijkste punten zijn daarbij:

- het scheiden van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de MGA en C-DGO;
- het inrichten van geneeskundige expertise in de aansturing van de uitvoering bij de CDS;
- de juiste belegging van het zorgaanbiederschap.

Eindconclusie

- De beoogde aangepaste organisatiestructuur, en de daarmee gepaard gaande personele formatiereductie, zoals beschreven in de blauwdruk, zijn gerealiseerd;

- Uit de beschikbare financiële data kan niet hard worden geconcludeerd dat de voorgenomen bezuinigingen over de gehele onderzoeksperiode volledig zijn gerealiseerd. Dit kan mede zijn veroorzaakt door de vertraging in de reorganisatie, tussentijdse reorganisaties en daarmee diversiteit in categorisering van financiële data, waardoor voor de MGZ gealloceerde budgetten niet overal inzichtelijk te krijgen waren. Echter, gezien het overgrote deel van de bezuinigingen moest voortkomen uit formatieve reductie, en die conform blauwdruk is gerealiseerd zijn de jaarlijkse bezuinigingen op de personeelsformatie uiteindelijk gerealiseerd;

- Sinds 2011 heeft de MGZ door de ingestelde bezuinigingen moeilijke tijden gekend als gevolg van daarmee gepaard gaande reducties op alle fronten. Hierdoor is het MGZ-beleid, zeker in de periode tot 2018, op een aantal vlakken niet doeltreffend en doelmatig geweest en heeft de MGZ niet structureel goede kwaliteit van zorg kunnen leveren. Dit is deels het gevolg geweest van het gevoerde beleid en deels door externe, beperkt beïnvloedbare, factoren. In deze beleidsdoorlichting is dat per thema verder toegelicht.

- Met de herstructurering is zichtbaar geworden waar winst te behalen is op het gebied van doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit. Met de nodige herstelmaatregelen en nieuwe ontwikkelingen lijkt de weg naar een organisatie die goede kwaliteit van zorg levert, op een goede manier bestuurd wordt en doeltreffend en doelmatig is ingericht, te zijn ingezet.

- De MGZ staat er in veel opzichten beter voor dan in 2011. Het zal echter nog een tijd duren voordat de MGZ in staat is de hoofdtaken van de Krijgsmacht in volle omvang te ondersteunen. Tot die tijd moet worden geborgd dat de gezondheidszorg ten behoeve van gereedstelling en inzet is afgestemd op de noodzakelijke behoefte, zodat steeds voldaan wordt aan de gestelde normen in het voorzieningenniveau.

7.2 Blik op de toekomst

7.2.1 Actuele en toekomstige ontwikkelingen voor Defensie en de MGZ

De afgelopen jaren is de geopolitieke context aanzienlijk veranderd. De toegenomen dreiging aan de oostflank van de NAVO en Europa heeft het besef gebracht dat de Krijgsmacht meer dan ooit relevant is. In de Defensievisie 2035 is de ontwikkelrichting van Defensie geschetst met oog op deze ontwikkelingen: “De snelheid van veranderingen in de omgeving van Defensie vraagt om een hoge mate van aanpassings- en innovatievermogen van Defensie. Dit vereist wendbaarheid (flexibiliteit; agility, het vermogen proactief te veranderen en te innoveren).....Vertaald naar besturen gaat het om een goede balans tussen het sturen op robuustheid en op wendbaarheid, want beide zijn belangrijk voor het heden en de toekomst van Defensie.” De dreigingsanalyse, de probleemanalyse en de consequenties zoals beschreven in de Defensievisie 2035 zijn onverkort van toepassing op de MGZ. De eigenschappen en de daaronder liggende inrichtingsprincipes zijn daarmee ook voor de MGZ leidend.

In het najaar van 2021 is in het Coalitieakkoord ‘Omzien naar elkaar, vooruitzien naar de toekomst’, door de coalitie besloten de investeringen in Defensie op te voeren. De investeringen lopen op tot €3 miljard extra per jaar. Met de voorjaarsnota 2022 is daar in een oplopend groeipad nog €2 miljard structureel bijgekomen. Nederland groeit daarmee de komende jaren toe naar Defensie-uitgaven conform de NAVO-norm van 2% BBP in 2024 en 2025. In de Defensienota 2022 is de ontwikkelrichting van Defensie voor de komende jaren uiteengezet. De ontwikkeling is gericht op hogere gereedheid en inzetbaarheid, gerichte verbetering van de gevechtskracht en meer wendbaarheid, zoals beschreven in de Defensievisie 2035. In de maatregelennota 2022 zijn de maatregelen die nodig zijn om de gestelde doelen uit de Defensienota te realiseren verder uitgewerkt.

Voor de MGZ wordt hierin vooral focus gelegd op het herstellen en versterken van de operationele geneeskundige behandel- en afvoerketen. Dit gebeurt onder andere door te investeren in capaciteit voor operationele eerstelijns zorg (uitbreiding van Role 1 hulpposten), hoogwaardige mobiele hospitaalcapaciteit voor inzet op zowel land als zee en gewondentransport, zowel over land als door de lucht. Verder worden de voorraden van geneeskundige goederen verhoogd en wordt geïnvesteerd in versterken van de medische ondersteuning voor Special Forces-operaties.

Met deze investeringen wordt een belangrijke stap gezet om de MGZ door te ontwikkelen tot een organisatie die in staat is de krijgsmacht in al haar taken optimaal geneeskundig te ondersteunen. Het beoogde effect is kort en bondig beschreven in de maatregelennota: De krijgsmacht beschikt vanaf 2027 over een geneeskundige keten die in staat is het maritieme en grondgebonden optreden effectief te ondersteunen. De geneeskundige keten wordt hersteld voor inzet in het gehele geweldsspectrum.

De uitdagingen voor de komende jaren bevinden zich zowel op het personele vlak, waar het afgelopen decennium veel kennis en ervaring verloren is gegaan, als op het materiele vlak, waar lange tijd beperkt is geïnvesteerd in onderhoud en vernieuwing en waar de voorraden fors zijn gereduceerd. Nieuwe taken, waaronder ondersteuning van special forces en operaties van de KMAR, waarvoor nog geen goed geneeskundig ondersteuningsplan bestaat, leveren daarnaast eveneens nieuwe uitdagingen op. Ongeplande ad-hoc taken (vaak onder politieke druk), zoals civiele ondersteuning bij COVID (inzet in Hoofdtak 3), antipiraterij en ondersteuning van de EU bij migratieproblematiek rondom de Middellandse Zee, hebben eveneens voortdurend een invloed op de capaciteit van de MGZ.

7.2.2 Beleidsopties bij significant meer of minder financiële middelen (+/-20%)

De RPE schrijft voor dat in een beleidsdoorlichting wordt beschreven welke beleidsopties er zijn, indien significant minder (-20%) of meer (+20%) financiële middelen beschikbaar zijn. In deze paragraaf worden twee beleidsopties bij budgettaire groei en twee beleidsopties bij budgettaire krimp verder uitgewerkt.

Beleidsopties bij budgettaire groei (+20%)

De financiële grondslag voor de MGZ van €198,5 miljoen (zie §6.1.4) is gebaseerd op 2021 (i.c. de Ontwerpbe-
groting 2022), als laatste jaar van de onderzoeksperiode. Daarmee komt +/- 20% neer op circa +/- €40 miljoen.
In het coalitieakkoord en bij de Voorjaarsnota heeft het kabinet besloten om € 5 miljard structureel toe te voe-
gen aan de Defensiebegroting, waarvan een deel ten goede komt van de MGZ. Hierdoor ontstaat er de komende
jaren niet alleen ruimte voor de MGZ om te herstellen, maar ook om te groeien en een nieuwe relevante kwali-
teitsslag te maken, met name gefocust op de operationele gezondheidszorg. Dit is beschreven in de Maatreg-
lennota 2022. De voorziene budgettaire groei zal daarbij zelfs meer zijn dan 20% / €40 miljoen.

Optie 1: Herstellen en versterken van de geneeskundige behandel- en afvoerketen

De primaire beleids optie bij budgettaire groei legt de focus op het versterken van de geneeskundige behandel-
en afvoerketen. Alle elementen in deze keten, van point of injury tot aan definitieve behandeling in Nederland
(zie bijlage 1), moeten samenkomen tot een sluitende, effectieve en kwalitatief goede zorgketen. Hierdoor kan
de militaire patiënt de beste zorg krijgen op elk punt in de keten. Om dat te realiseren zijn intensiveringen nodig
die in de ‘blik op de toekomst’ reeds zijn beschreven. In grote lijnen gaat het om het versterken van alle schakels
in de keten; van behandeling ver in het voorterrein, tot aan hulpposten, mobiele hospitaalcapaciteit en gewon-
dentransport. Dit wordt onder andere gerealiseerd door:

- aanschaf van de benodigde veldhospitalen, ziekenauto’s, bussen voor vervoer van gewonden, middelen
voor het transport van patiënten met vliegtuigen;
- personele uitbreiding van in totaal ca 1000 VTE (tot aan 2027);
- effectueren van hogere voorraden van geneeskundige goederen (o.a. verbruiksartikelen, medicatie en
bloedproducten).
- Ten behoeve van deze ontwikkelingen wordt in de periode tot 2027 in een oplopend groeipad budget vrijge-
maakt.

Optie 2: intensiveren van civiel-militaire samenwerking voor alle hoofdtaken

Een tweede relevante beleids optie bij budgettaire groei is het intensiveren van de samenwerking met de civiele
zorg. Door hierin te investeren kan wederzijds winst behaald worden. Te denken valt aan:

- het verder bestendigen van de uitwisselbaarheid van geneeskundig personeel in een aanhoudend krappe
arbeidsmarkt;
- samenwerking op het gebied van wetenschappelijk onderzoek;
- onderzoeken en uitwerken van plannen voor de rol van de civiele zorg in geval van een conflict hoog in het ge-
weldsspectrum, waarbij grote aantallen gewonden zijn te verwachten. De Nederlandse civiele zorg zal dan een
belangrijke rol hebben in het opvangen en spreiden van deze patiënten door Nederland. Momenteel worden
hierover wel al de eerste contacten gelegd, maar is er nog geen vastgesteld plan voor een dergelijk scenario.

De budgettaire groei zal benodigd zijn voor onder andere het contractueel binden van medisch specialisten
ter ondersteuning van gereedstelling en operationele inzet. Een dergelijke constructie is reeds jaren aanwezig
middels de binding die Defensie heeft met haar relatieziekenhuizen, maar dient uitgebreid te worden bij een
bredere taakstelling van de MGZ (o.a. inzet in hoofdtak 1). Ook zal meer personeel met een grotere verschei-
denheid aan specialismen benodigd zijn om plannen en scenario’s te ontwikkelen voor het geval grote aantallen
(militaire) patiënten in het Nederlandse zorgsysteem moeten worden gespreid. Samenwerking op het gebied
van kennisuitwisseling en wetenschappelijk onderzoek kan vorm krijgen door het stimuleren en financieren van
MGZ-specifiek wetenschappelijk onderzoek en promotieonderzoek. Beleids optie 2 is op het moment van deze
beleids doorlichting nog niet concreet uitgewerkt en er is daarom ook nog geen goede inschatting te maken van
de benodigde financiële middelen voor deze beleids optie.

Beleidsopties bij budgettaire krimp (-20%)

Indien sprake zou zijn van een vermindering van toegekende middelen (-20%, ca €40 miljoen) dan zullen voor
de MGZ opnieuw kritische keuzes moeten worden gemaakt. Het historisch perspectief dat in deze beleids door-
lichting is geschetst, geeft een voorzet op de mogelijke consequenties van een dergelijke keuze.

Optie 1: groeimaatregelen uit de Maatregelennota beperken

Indien 20% minder financiële middelen beschikbaar zijn, zal dat resulteren in het slechts gedeeltelijk uitvoeren
van de maatregelen uit de maatregelennota. Aangezien deze maatregelen vooral geënt zijn op het herstellen en
versterken van de operationele behandel- en afvoerketen, zal dit betekenen dat de flexibiliteit en de robuust-
heid van de operationele MGZ sterk wordt gereduceerd. De inmiddels historische herstructurering heeft laten
zien welke gevolgen dit heeft voor de effectiviteit en de kwaliteit van de operationele zorg.

Een hernieuwde krimp van de operationele gezondheidszorg zal resulteren in het niet kunnen ondersteunen van
missies en inzetten van grotere eenheden of task forces. Dit hindert de politieke keuze om aanbiedingen te doen
aan de NAVO, EU, OVSE of VN en maakt mogelijk dat Nederland voor geneeskundige ondersteuning afhanke-
lijk wordt van partnerlanden. Binnen de NAVO zijn onderlinge afspraken gemaakt over taken en rollen van alle
NAVO-partners. Het zelfstandig kunnen uitbrengen van medische ondersteuning voor de eigen troepen is een
van die afspraken. Deze optie zal dus betekenen dat we niet kunnen voldoen aan de afspraken die binnen de
NAVO zijn gemaakt over geneeskundige ondersteuning. Met de actuele geopolitieke ontwikkelingen en de daar-
uit voortkomende dreigingen is het daarnaast een onwenselijke ontwikkeling om op het gebied van militaire
gezondheidszorg afhankelijk te zijn van derden.

Optie 2: (delen van) de reguliere militairen gezondheidszorg door de civiele
gezondheidszorg laten uitvoeren.

Het kan een beleids optie zijn om bepaalde vormen van reguliere eerste- en tweedelijns militaire gezondheids-
zorg niet meer door de MGZ te laten leveren, maar door de civiele gezondheidszorg (zoals dat nu bijvoorbeeld
voor verloskunde het geval is). Dit kan potentieel een aantal positieve gevolgen hebben:

- Deze optie zal leiden tot een besparing op het Defensiebudget. De omvang van de zorgverlenende bedrij-
ven van de MGZ (eerste- en tweedelijns zorg, inclusief, tandheelkunde, MGGZ en revalidatiezorg) behelzen
ca 1000 VTE. Afhankelijk van de keuze welke zorg extern belegd wordt, zal deze beleids optie leiden tot een
reductie van enkele honderden VTE.
- Militairen zijn niet meer verplicht gebruik te maken van de MGZ en kunnen mogelijk op meer plaatsen en
sneller zorg ontvangen;
- Voor militairen in Nederland is de zorg identiek aan de zorg die wordt geleverd aan alle andere Nederlandse
staatsburgers;
- Er kan potentieel makkelijker gebruik worden gemaakt van de aanwezig kennis en kunde in de civiele zorg.
- Het externe beleggen van reguliere zorg heeft echter ook evidente negatieve gevolgen:
- De reguliere MGZ is verweven met de operationele MGZ: delen van de reguliere MGZ zijn noodzakelijk
om de operationele MGZ mogelijk te kunnen maken. Te denken valt hierbij aan personeel uit de regulie-
re zorg dat ook wordt ingezet voor operationele taken. Maar ook de ondersteuning van de reguliere zorg
in het gereedstellingsproces, bijvoorbeeld ten behoeve van vaccineren en beoordelen van de medische
uitzendgeschiktheid, valt daarmee weg. Bij het extern beleggen van reguliere zorg, zal de operationele
zorg grotendeels niet meer mogelijk zijn, tenzij civiel geneeskundig personeel hiervoor tijdelijk beschikbaar
wordt gesteld. De inzetbaarheid hangt dan af van het vermogen van de organisatie om het in te huren civiel
personeel om te vormen naar militair personeel met de juiste training. Deze beleids optie zal daarom evident
afbreuk doen aan de kwaliteit van de operationele gezondheidszorg, die sinds enkele jaren juist geleidelijk
aan weer is opgebouwd;
- door het gebrek aan inzicht in de individuele inzetbaarheid, zullen potentieel militairen worden ingezet die
beperkt inzetbaar zijn en daarmee een bedreiging kunnen zijn voor de militaire effectiviteit en de veiligheid
van de individuele militair en de eenheid;
- Defensie heeft geen regie meer heeft op de kwaliteit van de geleverde zorg;



- >> • De geïntegreerde zorg zal (deels) wegvallen, waardoor er geen integraal beeld meer is van de inzetbaarheid van individuele militairen, eenheden en de krijgsmacht als geheel;
- De zorg voor militairen zal betaald moeten worden uit andere budgetten. Er is dus feitelijk geen sprake van een besparing. De kosten van deze zorg verschuiven van de begroting van Defensie naar die van VWS (deels) en militairen zullen middels een zorgverzekeringspremie zelf meer moeten bijdragen aan de kosten van de zorg, dan dat ze dat nu doen via de zorgpremie voor militairen;
- de militaire meerwaarde van de MGZ zal (deels) verdwijnen. Dit kan ook betekenen dat veel minder dan nu het geval is behandelingen vergoed zullen worden. Vanwege de focus op optimale inzetbaarheid voor de militaire taak worden veel behandelingen die in de civiele zorg niet vergoed worden, voor de militair wel vergoed;
- Er zullen wijzigingen nodig zijn in wet- en regelgeving. Nu is in de wet vastgelegd dat de minister van Defensie een zorgplicht heeft en dat militair verplicht gebruik dienen te maken van de MGZ. Daarnaast is vastgelegd dat militairen zijn uitgezonderd van de zorgverzekeringswet. Mocht de reguliere zorg (of delen daarvan) buiten Defensie worden belegd, dan heeft dat dus potentieel gevolgen voor wet- en regelgeving.

Ter afsluiting: Het is een feit dat het verlenen van geneeskundige zorg steeds duurder wordt in Nederland en daarmee ook in de MGZ. Automatisering, procesinnovatie en mens-machinetesting zijn ontwikkelingen in de civiele zorg die allemaal kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering en verhoging van de doelmatigheid van de gezondheidszorg. Door dergelijke maatregelen zijn er wellicht ook mogelijkheden om structureel te bezuinigen op de kosten voor de MGZ. Evengoed vragen dergelijke maatregelen ook investeringen om deze ontwikkelingen mogelijk te maken. Defensie zal, los van budgettaire groei of krimp, in de aankomende decennia mee moeten liften met de ontwikkelingen in de civiele zorg om haar eigen zorgsysteem betaalbaar en beheersbaar te houden in de toekomst.

7.2.3 Leerpunten voor de toekomst van de MGZ

Met de inzichten die zijn verkregen met deze beleidsdoorlichting zijn een aantal leerpunten gedefinieerd, die belangrijk zijn voor de kwalitatieve doorontwikkeling van de MGZ in de toekomst.

Inrichting en governance van de MGZ

- De MGA is functioneel verantwoordelijk voor de beheersing van de kwaliteit van de MGZ. De MGA heeft echter geen hiërarchische, maar uitsluitend een functionele lijn met de geneeskundige eenheden. Samenwerken, dialoog en het dragen van gezamenlijke verantwoordelijkheid met de stafartsen en de commandanten van de geneeskundige eenheden is daarom essentieel voor het adequaat functioneren van de MGZ en het leveren van inzicht aan de MGA over het functioneren en de kwaliteit van de MGZ.
- In de kwaliteitsslag die de reguliere MGZ heeft gemaakt is een deel van de militaire meerwaarde van de MGZ verloren gegaan. Mogelijk heeft dit geleid tot een hogere drempel om van de MGZ gebruik te maken en weglek naar de civiele zorg. Om de kwaliteit van de MGZ voor de toekomst te borgen en potentiële weglek naar civiele zorg te beperken, zullen deze aspecten moeten worden beschouwd en verbeterd. Inzicht krijgen in de omvang van het ‘probleem’ in bijvoorbeeld patiënttevredenheidsonderzoeken, kan een goede basis zijn om e.a.a. verder te exploreren.
- De governance van de MGZ heeft de afgelopen jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Toch zijn nog niet alle taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk belegd. Met het thematisch werkverband (TWV) wordt nu gewerkt aan het nader specificeren van de taakscheiding tussen MGA en C-DGO en de noodzakelijke ondersteuning van de CDS in de aansturing van de uitvoering van de MGZ. Dit zal de komende jaren een punt van aandacht blijven teneinde de governance van de MGZ doeltreffend en doelmatig in te richten.
- ‘De krijgsmacht gaat door, waar anderen stoppen’, dat geldt onverkort voor de MGZ. Dit betekent dat de MGZ, naast dat die altijd gereed moet zijn om de primaire hoofdtaken te ondersteunen, ook altijd voorbereid moet zijn op het onverwachte en op nieuwe taken. De MGZ moet daarvoor in de nabije toekomst robuuster en flexibeler dan nu worden ingericht.
- De afgelopen decennia hebben zich gekenmerkt door bezuinigingen op de krijgsmacht en daarmee op de MGZ. De ervaring laat zien dat dat wat aan capaciteit wordt ingeleverd, lang duurt om opnieuw op te bouwen. Het behouden van flexibiliteit en robuustheid in de MGZ, ook in tijden van financiële krapte, is noodzakelijk om de krijgsmacht te allen tijde en onder alle omstandigheden te kunnen ondersteunen met geneeskundige zorg.

Personeel

- Tijdens en na de herstructurering van de MGZ heeft veel geneeskundig personeel de organisatie verlaten. Dit had verschillende oorzaken. Om in de toekomst over voldoende gekwalificeerd personeel te kunnen beschikken moet de organisatie inzetten op adequate instroom, maar vooral ook behoud van personeel. Het werken bij Defensie moet opnieuw aantrekkelijk worden gemaakt door goede arbeidsvoorwaarden, uitdagend en afwisselend werk met focus op het specifieke karakter van het werken bij Defensie, loopbaanmogelijkheden, levensfasebewust personeelsbeleid en een goed afgestemd en integraal personeelsbeleid voor de gehele MGZ.
- Naast de inspanning voor behoud van eigen personeel dient er ook geïnvesteerd te worden in een krachtige samenwerking met civiele partners om flexibel over voldoende personeel te kunnen beschikken bij een aanhoudende krappe arbeidsmarkt.

Materieel

- Geneeskundige logistiek is een bijzondere vorm van logistiek, die specifieke expertise vergt, onder andere vanwege specifieke wet- en regelgeving, vervoers- en opslagcondities en onderhoudsaspecten voor geneeskundige apparatuur, ge- en verbruiksartikelen en medicatie.

Financieel

- Voor investeringen is de MGZ voor een deel afhankelijk van budgetten vanuit de OPCO's en van Defensiebrede programma's en projecten (o.a. voor ICT, vastgoed en transportmiddelen). Om te garanderen dat er in de toekomst voldoende financiële ruimte is voor noodzakelijke investeringen in de MGZ is het van belang dat vertegenwoordigers vanuit de MGZ nauw betrokken zijn bij de planvorming, geïnformeerd worden en in een vroeg stadium aan tafel zitten en zichtbaar zijn als relevante partner. De MGZ zal daarin ook zelf een proactieve rol moeten pakken. Investeren in een goede samenwerking en afstemming met de OPCO's en andere relevante partijen binnen de organisatie is daarin opportuun.

Afstemming van de geneeskundige zorg op de operationele taakstelling

- Voor het bepalen van de (kwalitatief) juiste geneeskundige ondersteuning voor een operationele inzet is de afgelopen jaren een normenkader ontwikkeld. Om ook in de toekomst de kwaliteit van de operationele zorg te kunnen garanderen, dient dit normenkader nog doorontwikkeld te worden.
- Bestaande en toekomstige dreigingen zijn complex en komen in veel verschillende vormen. Om deze dreigingen het hoofd te kunnen bieden is internationale samenwerking noodzakelijk. Dit geldt ook voor de MGZ. Bestaande samenwerkingsverbanden binnen NAVO, EU en met andere partners dienen bestendigd te worden. Ook op nationaal niveau is intensieve samenwerking met civiele partners noodzakelijk. De toemende dreiging van een grootschalig conflict, maakt dat Nederland voorbereid moeten zijn op grote patiëntenstromen, waarbij Defensie en de civiele zorg intensief zullen moeten samenwerken om deze patiënten adequaat te spreiden over Nederlandse zorgfaciliteiten. Stappen om dit concreet verder uit te werken, zullen de komende jaren gezet moeten worden.

Kwaliteit van zorg en patientveiligheid

- De afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om de MGZ te professionaliseren en de kwaliteit te verbeteren, maar er moeten ook nog belangrijke stappen gezet worden. De MGZ moet een organisatie worden waarin continu leren en verbeteren prominent aandacht heeft. De processen die daar voor nodig zijn zullen nog geoptimaliseerd en breed geïmplementeerd moeten worden.
- Om de kwaliteit van de MGZ te behouden en verbeteren is het belangrijk om relevante civiele en internationale ontwikkelingen (bv binnen NAVO en de EU) te volgen en op basis van nieuwe ontwikkelingen te blijven innoveren.
- De kwaliteit van de zorg onder operationele omstandigheden is afhankelijk van de kwaliteit van de diverse elementen in de geneeskundige behandel- en afvoerketen, maar is bovenal afhankelijk van de samenhang van deze elementen en de coördinatie en regie op de keten. Er is voor de komende jaren nog een grote kwaliteitsslag te maken in de operationele zorg door op deze aspecten de primaire focus te leggen.
- Met het programma MGZ 2020 en het implementeren van kwaliteitsmanagementsystemen zijn goede stappen gemaakt om het kwaliteitsdenken in de organisatie te borgen. Toch wordt kwaliteit soms nog gezien als iets dat ingewikkeld is en tijd kost. Kwaliteit moet echter gezien worden als een integraal, onlosmakelijk deel van dagelijkse bedrijfsvoering. Het integreren van dit gedachtegoed vergt de komende jaren nog aandacht.

8 Beschouwing

De MGZ is een onmisbare schakel in de ondersteuning van het militair optreden. De MGZ draagt bij aan het onderhouden en optimaliseren van de inzetbaarheid. Daarnaast draagt het bij aan het moraal, als militairen weten dat ze kunnen rekenen op goede zorg als hen tijdens het uitvoeren van hun bijzondere taak iets zou overkomen. De afgelopen decennia hebben zich gekenmerkt door bezuinigingen op de krijgsmacht en daarmee op de militaire gezondheidszorg. De ervaring laat zien dat dat wat aan capaciteit wordt ingeleverd, lang duurt om opnieuw op te bouwen. Het behouden van flexibiliteit en robuustheid in de MGZ, ook in tijden van financiële krapte, is noodzakelijk om de krijgsmacht te allen tijde en onder alle omstandigheden te kunnen ondersteunen met goede geneeskundige zorg.



Om te kunnen bepalen wat de kwalitatief juiste geneeskundige ondersteuning voor operationele inzet is een normenkader ontwikkeld. Dit normenkader geeft handvatten aan commandanten om de geneeskundige ondersteuning voor het door hen bepaalde operationele plan specifiek vast te stellen. Aangezien het type missies en de manieren en middelen voor inzet continu aan verandering onderhevig zijn, zal dit normenkader dynamisch en continu in ontwikkeling blijven. Ook zal Defensie daarbij steeds moeten afstemmen op nieuwe internationale ontwikkelingen. Bestaande en toekomstige dreigingen zijn complex en komen in veel verschillende vormen. Om deze dreigingen het hoofd te kunnen bieden is en blijft internationale samenwerking noodzakelijk. Bestaande samenwerkingsverbanden binnen NAVO, EU en met andere partners dienen bestendig te worden.

Ook op nationaal niveau is samenwerking met civiele zorgpartners noodzakelijk om toekomstige bedreigingen en de potentiële gevolgen daarvan voor de militaire en civiele gezondheidszorg te kunnen beheersen. Voor de reguliere militaire gezondheidszorg is het afgelopen decennium een relevante kwaliteitsslag gemaakt, waardoor deze zich kan meten met de civiele zorg in Nederland. De MGZ heeft haar voorzieningenniveau in sommige gevallen aangevuld om extra kwaliteit te bieden aan haar bijzondere militaire populatie. Met de ontwikkeling van de reguliere MGZ naar de civiele standaard is deze militaire meerwaarde naar de achtergrond verdwenen. Om de kwaliteit van de MGZ te borgen, verdient het in de doorontwikkeling van de MGZ naar de toekomst de aandacht om deze militaire meerwaarde te behouden en te bestendigen.

Gereed zijn voor de toekomst betekent ook dat de MGZ niet kan stoppen met doorontwikkelen. De zorg moet voor de toekomst betaalbaar, beheersbaar en van goede kwaliteit blijven. Oplossingen worden onder andere gezocht in innovatie en automatisering. Defensie volgt deze ontwikkelingen om de MGZ doeltreffend en doelmatig te houden, voor nu en in de toekomst. Een helder governance draagt eveneens bij aan een doeltreffende en doelmatige organisatie en goede kwaliteit van zorg. De governance van de MGZ, inclusief de juiste belegging van het zorgaanbiederschap binnen Defensie, is complex en wijkt af van civiel gebruikelijke inrichting van governance van zorgorganisaties. Defensie zal de governance dusdanig inrichten dat deze in lijn is met zowel externe als interne wet- en regelgeving.

De resultaten van deze beleidsdoorlichting hebben inzichten gegeven in de ontwikkelingen die de MGZ de afgelopen jaren heeft doorgemaakt op diverse gebieden. Daarbij zijn 'good practises' geïdentificeerd, als ook verbeterpunten voor de toekomst. Al deze inzichten zullen gebruikt worden om de kwaliteit, doeltreffendheid en doelmatigheid van de MGZ in de toekomst te verbeteren.



Bijlage 1

Overzicht van geneeskundige elementen van de Militair Geneeskundige Dienst

In dit overzicht is de opbouw van de MGZ beschreven anno 2022. In het rapport is terug te lezen welke aanpassingen er hebben plaatsgevonden in de inrichting van de MGZ sinds 2011. De MGZ behelst reguliere zorgelementen, die zorg verlenen onder reguliere, conform in Nederland gebruikelijke, omstandigheden. Operationele zorg is de zorg die wordt geleverd tijdens inzet. Tijdens inzet is vaak sprake van anders dan in Nederland gebruikelijke omstandigheden voor het leveren van zorg en bij het inrichten van de zorgketen dient met deze omstandigheden rekening te worden gehouden. Naast de uitvoerende zorgelementen kent de MGZ ook een aantal elementen die een taak hebben in opleiden, trainen, kennisproductie, geneeskundige logistiek en medische advisering.



Reguliere zorg

De reguliere zorg omvat 1e lijns-, 2e lijns- en 3e lijnszorg. Alle bedrijven en eenheden die reguliere zorg verlenen binnen de MGZ vallen onder de Defensie Gezondheidszorg Organisatie (DGO). Onder DGO vallen 10 zorgbedrijven en de staf van DGO.

- **Bedrijf voor Bijzondere Medische Beoordelingen (BMB)**
Het BMB is binnen Defensie het expertisecentrum voor verzekeringsgeneeskundig, psychiatrisch, psychologisch en arbeidsdeskundig onderzoek en advisering.
- **Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG)**
Het CEAG draagt bij aan het (preventief) bevorderen en beschermen van de operationele gezondheid en veiligheid van Defensiemedewerkers door het leveren van 2e-lijns expertise en advies aan C-DGO/MGA, CDS, beleidsmakers en Defensiewerkgevers op het gebied van arbeidsomstandigheden en gezondheid.
- **Centraal Militair Hospitaal (CMH)**
Het CMH behandelt actief dienende militairen en richt zich op het weer inzetbaar maken van de militair. Het doel is niet alleen het behandelen van een aandoening; de militaire patiënt is na de behandeling weer in staat het fysiek zware beroep van militair uit te voeren. De Militaire Bloedbank (MBB) is onderdeel van het CMH. De MBB heeft als voornaamste taak de strategische en operationele bloedvoorziening van de krijgsmacht. Daarnaast verricht de Militaire Bloedbank - in samenwerking met (inter)nationale partners – toegepast wetenschappelijk onderzoek en leidt ze militair medisch personeel op voor uitzending.
- **Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (DGOTC)**
Het DGOTC verzorgt opleidingen, trainingen en kennisproducten op het gebied van de operationele militaire gezondheidszorg. De focus van de opleidingen die het DGOTC zelf verzorgt, ligt op het prehospitale domein en de focus van de trainingen en kennisproducten beslaat zowel het prehospitale als het hospitale domein van de operationele militaire gezondheidszorg. Daarnaast heeft het DGOTC de makelaarsrol voor overige opleidingen binnen de militaire gezondheidszorg.
- **Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD)**
De DTD ondersteunt de operationele inzet van de krijgsmacht waar ook ter wereld en draagt bij aan de operationele gereedheid. De focus is gericht op professionele militair tandheelkundige zorg en een optimale mondzorg voor de individuele militair.
- **Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB)**
Het EGB is verantwoordelijk voor het verlenen van geïntegreerde zorg aan militairen onder niet-operationele omstandigheden. Het EGB biedt preventieve en curatieve zorg en delen van de bedrijfsgezondheidszorg. Voor burgermedewerkers verzorgt het EGB de verzuimbegeleiding.
- **Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen (IDR)**
Het IDR draagt zorg voor medisch-specialistisch personeel voor militaire inzet. Via het IDR worden militair medisch specialisten geplaatst bij civiele ziekenhuizen door heel Nederland. De militairen werken bovenop de normale formatie van de ziekenhuizen. Een aantal maanden per jaar zijn deze militairen beschikbaar voor inzet zoals een uitzending.
- **Militair Geneeskundig Logistiek Centrum (MGLC)**
Het MGLC is het logistieke centrum voor het geneeskundig assortiment binnen Defensie. Het MGLC verzorgt voor de MGZ de verwerving en levering van het hele geneeskundige goederenpakket benodigd voor medische, farmaceutische, fysiotherapeutische en tandheelkundige verzorging. Ook verzorgt het MGLC het onderhoud van de in de keten aanwezige apparatuur.
- **Militair Revalidatie Centrum (MRC)**
Het MRC Aardenburg is het behandel- en expertisecentrum van Defensie op het gebied van revalidatiezorg, arbeidsrevalidatie en orthopedische hulpmiddelen.

- **Militaire Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ)**

De MGGZ zet zich in voor een optimale geestelijke gezondheid van actief dienende militairen en veteranen. De MGGZ doet dit door psychische problemen te voorkomen en op tijd te signaleren en door het behandelen en/of draaglijk maken van de gevolgen van psychosociale problematiek en psychische stoornissen. Doel is dat militairen optimaal kunnen functioneren (zowel in de privé- als de werksituatie) en na de dienstbetrekking hun weg vinden in de maatschappij.

Operationele zorg

Tijdens operationele inzet van de krijgsmacht wordt een geneeskundige keten ingericht voor behandeling en afvoer van gewonde en zieke militairen (zie afbeelding). Deze keten begint op het punt waar een militair gewond raakt (point of injury) of ziek wordt en eindigt normaliter in een ziekenhuisfaciliteit met (nagenoeg) alle voorzieningen voor definitieve behandeling (een Role 4). Binnen NATO wordt de keten ingericht met behandel-faciliteiten (Medical Treatment Facilities (MTF)) met verschillende niveaus van zorg (de zogenaamde Roles).

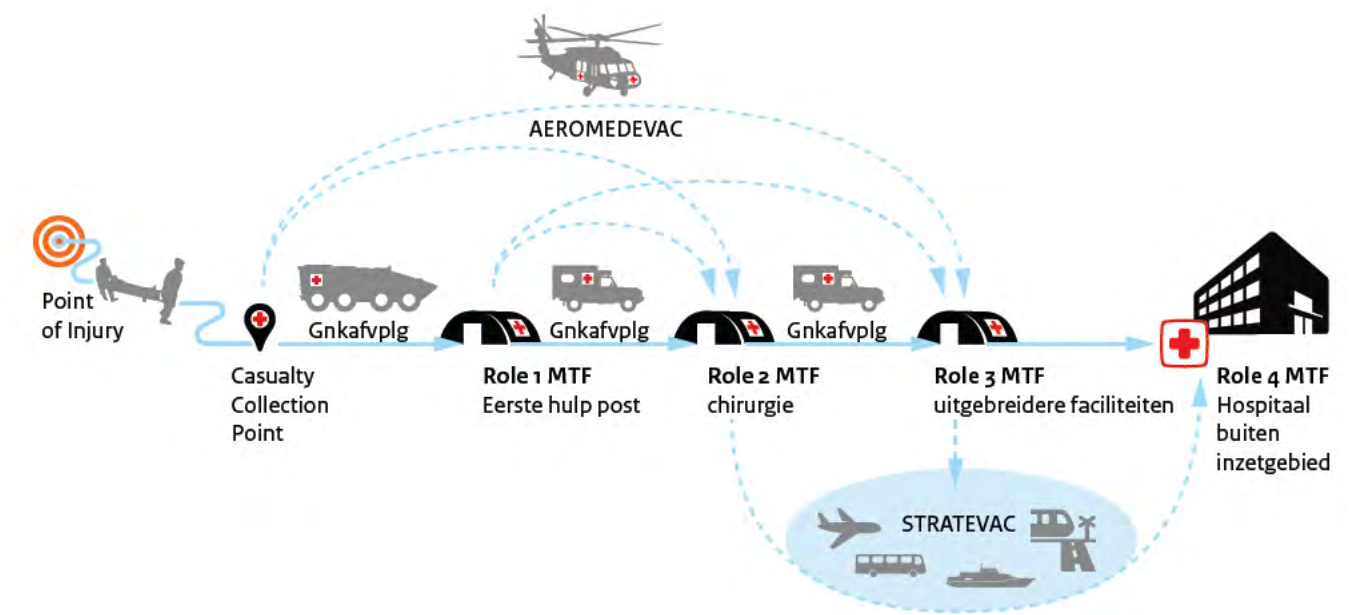
Role 1: een eerste hulp post

Role 2: een veldhospitaal (forward, basic, enhanced of afloat (aan boord van een schip)), waar levensreddende chirurgie kan worden uitgevoerd

Role 3: een veldhospitaal met meer uitgebreide faciliteiten dan een Role 2, meer mogelijkheden voor diagnos-tiek en behandeling

Role 4: een hospitaal dat buiten het inzetgebied gelegen is en waar (nagenoeg) alle faciliteiten aanwezig zijn voor definitieve behandeling van gewonde en zieke militairen

Transport naar en tussen geneeskundige faciliteiten wordt medevac genoemd. Medevac kan zowel over land, over water als door de lucht plaatsvinden.



Bijlage 2
Verklarende woordenlijst



ADR	Auditdienst Rijk
BBD	Besturen bij Defensie
BGGZ	Bedrijfsgroep Gezondheidszorg
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CDC	Commando Dienstencentra (tegenwoordig DOSCO)
CDS	Commandant der Strijdkrachten
CEAG	Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid
CLAS	Commando Landstrijdkrachten
CLSK	Commando Luchtsrijdkrachten
CMH	Centraal Militair Hospitaal
CML	Centrum voor Mens en Luchtvaart
CSU	Casualty Staging Unit
CZSK	Commando Zeestrijdkrachten
DGO	Defensie Gezondheidszorg Organisatie
DGOTC	Defensie Gezondheidszorg Opleidings- en Trainingscentrum (voorheen IDGO)
DMC	Duikmedisch Centrum
DMG	Directie Militaire Gezondheidszorg
DOKM	Doorontwikkeling Krijgsmacht
DOPS	Directie Operaties
DOSCO	Defensie Ondersteuningscommando (voorheen CDC)
DTD	Defensie Tandheelkundige Dienst
EGB	Eerstelijns Gezondheidszorg Bedrijf
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GZHC	Gezondheidscentrum
HMA	Hoogste Medische Autoriteit (tegenwoordig MGA)
IDGO	Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (sinds 2014 DGOTC)
IDR	Instituut Defensie Relatieziekenhuizen
IMG	Inspectie Militaire Gezondheidszorg
ISAF	International Security Assistance Force
JECMG	Joint Expertise Centrum Militaire Gezondheidszorg
KMAR	Koninklijke Marechaussee
KMS	Kwaliteitsmanagementsysteem
MBB	Militaire Bloedbank
Medevac	Medische evacuatie
MGA	Militair Geneeskundige Autoriteit (voorheen HMA)
MGD	Militair Geneeskundige Dienst
MGGZ	Militaire Geestelijke Gezondheidszorg
MGLC	Militair Geneeskundig Logistiek Centrum
MGZ	Militaire Gezondheidszorg
MRC	Militair Revalidatie Centrum
OPCO	Operationeel Commando
OVV	Onderzoeksraad voor de Veiligheid
PREMS	Patiënt Reported Experience Measures
PROMS	Patient Reported Outcome Measures
PTW	Praktische Tewerkstelling
Role 1	Medische hulppost
Role 2	Veldhospitaal / militair operationeel hospitaal
RPE	Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek
SMO	Senior Medical Officer
SSM	Single Service Management
SZVK	Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht
TGB	Tweedelijns Gezondheidszorg Bedrijf
TGTF	Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie
WKKGZ	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Bijlage 3

Brondocumenten



Kamerbrieven en beleidsbrieven / beleidsnota's

- Ministerie van Defensie. Defensienota 2022 'Sterker Nederland, veiliger Europa; investeren in een krachtige NAVO en EU'.
- Ministerie van Defensie. Kamerbrief 'Toelichting op de Beleidsdoorlichting beleidsartikel 8: Beleidswijzigingen Militaire Gezondheidszorg'. Kamerstuk 31516, nr. 33, vergaderjaar 2020-2021
- Ministerie van Defensie. Kamerbrief 'Houvast in een onzekere wereld'. Kamerstuk 33 763, nr. 126. Vergaderjaar 2016-2017
- Ministerie van Defensie. Beleidsnota 'In het belang van Nederland'. Kamerbrief 33 763, nr. 1. Vergaderjaar 2013-2014
- Ministerie van Defensie. Beleidsbrief 'Defensie na de kredietcrisis'. Kamerstuk 32 733, nr. 1, vergaderjaar 2010-2011
- Ministerie van Defensie. Beleidsbrief 'Wereldwijd Dienstbaar'. Kamerstuk 31 243, nr. 1, vergaderjaar 2007-2008
- Ministerie van Defensie. Brief aan de kamer van de staatssecretaris van Defensie over het programma MGZ2020. Kamerstuk 35 000X, nr. 73. Vergaderjaar 2018-2019
- Motie v.d. Staaij c.s. Kamerstuk 34 300, nr. 27. Vergaderjaar 2015-2016

Interne beleidsdocument herstructurering MGZ

- Directie Militaire Gezondheidszorg. Rapportage contouren Militaire Gezondheidszorg. Nov 2010
- Onderzoeksrapport 4.1 'Geneeskundige Organisatie'. Feb 2011
- Optie 5: 'Decentraal verankerd en centraal versterkt'. Maart 2011
- Defensiestaf, afdeling Operationeel Beleid. Nota 'Maatregelen Beleidsbrief'. Mei 2011
- Visie Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg'. Aug 2011
- Blauwdruk Militaire Gezondheidszorg 2015 'Zorg voor inzetbaarheid, inzet voor zorg'. Aug 2011
- Leijh JGA. Rapport MGZ. Vaststelling geneeskundige voorzieningenniveau en de toetsing van voorgenomen reorganisaties aan dit voorzieningenniveau. Juli 2014

Interne aanwijzingen en nota's

- Aanwijzing SG-002 Besturen bij Defensie. 2021
- Aanwijzing SG V/26 Grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen militaire gezondheidszorg. 2007
- HDP-aanwijzing G/02 'Governance Militaire Gezondheidszorg' (concept). 2018
- HDP-aanwijzing G/03 'Normenkader planning operationele gezondheidszorg'. 2023
- Hoofddirectie Personeel. Brief aan de leden van de werkgroep AP 'Governance Militaire Gezondheidszorg'. 2015
- Hoofddirectie Bedrijfsvoering. Nota 'inrichting militaire gezondheidszorg'. 2017
- Hoofddirectie Bedrijfsvoering. Nota 'governance militaire gezondheidszorg'. 2018

Interne Beleidsevaluatiedocumenten

- Evaluatierapport LRP 1609 "Herinrichting Role 2 capaciteit SSM". Okt 2018
- Evaluatierapport Role 1 eenheden CLAS LRP 1591. Jan 2017
- Evaluatie DRP Reorganisatie Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML). Maart 2015
- Evaluatie reorganisaties CEAG. Reorganisatie CEAG 2013 en oprichting BGZ 2015. Maart 2017
- Evaluatie reorganisatie staf DGO. Maart 2018
- Evaluatie DRP Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf (EGB). December 2017
- Evaluatie DRP Defensie Tandheelkundige Dienst (DTD). Nov 2017
- Evaluatie DRP Defensie Geneeskundig Opleiding- en Trainingscentrum (DGOTC). Juli 2017
- Eindrapport programma MGZ 2020. Juni 2021
- Rapport platform kwaliteit DGO 'Kwaliteit en patiëntveiligheid DGO'. Juni 2012
- Kwartaalrapportages DGO vanaf 2014
- Defensiebrede managementrapportages periode 2010-2021
- Jaarverslagen Inspectie Militaire Gezondheidszorg 2010-2021
- Eindrapportage Ketendoorlichting governance MGZ. Aug 2021

Overig

- Prof Mr Hendriks, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Leiden. Advies zorgaanbiederschap in de Wkkgz. April 2021
- C3 adviseurs en managers. Advies Governance Militaire Gezondheidszorg. Juni 2022

Bijlage 4

Overzicht geïnterviewden

- Commandant DGO / MGA
- Voormalig commandant DGO / MGA
- Stafarts Commando Zeestrijdkrachten (CZSK)
- Stafarts Commando Landstrijdkrachten (CLAS)
- Stafarts Commando Luchstrijdkrachten (CLSK)
- Subject Matter Expert (SME) kwaliteit van zorg MGZ
- Projectleider project 'Personeel', programma MGZ2020
- Kernfunctionaris herstructurering MGZ





Bijlage 5 Rapportage van ADR



Onderzoeksrapport
ADR-deelonderzoek beleidsdoorlichting militaire
gezondheidszorg: doelmatigheid van beleid

Colofon

Titel:	ADR-deelonderzoek beleidsdoorlichting militaire gezondheidszorg
Uitgebracht aan:	Hoofddirecteur Personeel
Datum:	6 maart 2023
Kenmerk:	2023-0000045182

Inhoud

Aanleiding opdracht	66	2.2 Structuurwijziging MGZ	91
Samenvatting	68	2.2.1 Organisatiestructuur	91
		2.2.2 Verdeling centrale vs. decentrale structuur	93
1 Kosteneffectiviteit: effecten vs. doelen	72	2.3 Reorganisaties	95
1.1 Personeel	72	2.3.1 Planning van de reorganisaties	95
1.1.1 Personele reductie	72	2.3.2 Evaluaties van de reorganisaties	96
1.1.2 Personele herverdeling	75	2.4 Samenvattende bevindingen	99
1.1.3 Kleiner aantal soorten functies	76		
1.1.4 Reductie overhead (staf)	76	3 Financiën	100
		3.1 Financiële cijfers	100
1.2 Infrastructuur	78	3.1.1 Exploitatiekosten	100
1.2.1 Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf EGB: infrastructuurle aanpassingen ten behoeve van de opschaling van gezondheidscentra naar de regiofunctie;	78	3.1.2 Investerings	102
1.2.2 Defensie Tandheelkundige Dienst;	80	3.1.3 Ontvangsten	102
1.2.3 Infrastructuurle aanpassingen (verplaatsen ca. 30 tandartsstoelen);	81	3.2 Samenvattende bevindingen	102
1.2.4 Nieuwbouw Tweedelijns gezondheidszorgbedrijf (TGB);	81	4 Inrichting MGZ	104
1.2.5 Colocatie van tandheelkundig centrum op locatie van poli kaakchirurgie;	81	4.1 Inrichting MGZ	104
1.2.6 Colocatie Staf EGB en DTD;	81	4.1.1 Decentrale verankering Role-1 en Role-2	104
1.2.7 Militair geneeskundig logistiek centrum MGLC: verhuiskosten.	81	4.1.2 Centrale versterking	105
1.2.8 Effecten herstructurering infrastructuur	82	4.1.3 Geen onnodige duplicering van activiteiten en capaciteiten;	106
		4.1.4 Defensiebrede harmonisatie in de werkwijze en organisatie tussen de Opco's onderling en met DGO.	106
1.3 IV/ICT	83	4.2 Cultuur en kwaliteit	107
1.4 Materieel	84	4.2.1 Het versterken van het innovatievermogen en het zijn van een lerende organisatie.	108
1.4.1 Aanschaf mobiele tandheelkundige-bussen: 0,75 M€;	84	4.2.2 Kwaliteitsborging.	108
1.4.2 Versterking Role-2:	85	4.2.3 Uitwisselbaarheid personeel.	109
1.4.3 In het Defensie Investeringsplan zal de additionele meerbehoefte voor de Role 2/3 aan boord van de JSS moeten worden: ca. 1,5 M€;	85	4.2.4 Capaciteit voor operationele inzet.	110
1.4.4 Effecten herstructurering materieel	85	4.3 Samenvattende bevindingen	111
1.5 Afstotingen	86	5 Verantwoording onderzoek	112
		5.1 Werkzaamheden en afbakening	112
1.6 Samenvattende bevindingen	87	5.2 Gehanteerde Standaard	112
2 Herstructurering MGZ	87	5.3 Verspreiding rapport	112
2.1 Organisatie herstructureringsprogramma	88	6 Ondertekening	113
2.1.1 Inrichting programmaorganisatie, governance	88		
2.1.2 Programmamanagementmethodiek	89		

Aanleiding opdracht

In het kader van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek¹ (RPE), een uitwerking van de Compatibiliteitswet (CW), van het Ministerie van Financiën wordt het beleid dat onder de beleidsartikelen van de begroting valt periodiek geëvalueerd door middel van een beleidsdoorlichting. Met een beleidsdoorlichting wordt geborgd dat beleidsdepartementen hun beleid tijdig evalueren en daarmee inzicht geven in de relevantie, doeltreffendheid en doelmatigheid van dit beleid.

In de memorie van toelichting bij de Defensiebegroting 2020 onder artikel 7.5 is toegezegd dat in 2022 een beleidsdoorlichting van beleidsartikel 8 Ondersteuning Krijgsmacht door Defensie Ondersteuningscommando (DOSCO) wordt uitgevoerd. Als onderwerp is Beleidswijzigingen Militaire Gezondheidszorg (MGZ) gekozen.

Op 8 april 2011 is het parlement door de Minister van Defensie met de Beleidsbrief Defensie na de kredietcrisis: “een kleinere krijgsmacht in een onrustige wereld” geïnformeerd over de bezuinigingsmaatregelen (Kamerstuk 32 733 nr. 1) van het kabinet Rutte 1. Eén van de kostenbesparende maatregelen betrof een reductie van de omvang van de Militaire Gezondheidszorg (MGZ). Bij de uitvoering van deze reductie is gekozen voor een herstructurering van de MGZ, waarbij de nadruk is gelegd op de afstemming van de geneeskundige capaciteit op de operationele taakstelling, op het verbeteren van de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid en op een doelmatige inrichting van het geneeskundig systeem.

De herstructurering is uitgevoerd conform de Blauwdruk/Visie MGZ 2015 van 1 augustus 2011 en moest leiden tot één geïntegreerd, samenhangend en geharmoniseerd zorgsysteem met eenduidige aansturing. Hierbij moest men de operationele en reguliere geneeskundige capaciteit defensiebreed afgestemmen op de ambitie van de Krijgsmacht, zoals beschreven in ‘Wereldwijd Dienstbaar’, teneinde de operationele invulling van de drie hoofdtaken van de krijgsmacht op passende wijze geneeskundig te kunnen ondersteunen volgens wettelijke kwaliteitseisen.

De HDP heeft de ADR gevraagd een deel van de beleidsdoorlichting uit te voeren. Doel van het ADR-deelonderzoek is inzicht te geven in de doelmatigheid van het MGZ-beleid, teneinde het projectteam in staat te stellen een conclusie of oordeel te vormen hoe doelmatig het beleid is geweest. De ADR geeft met dit deelonderzoek bevindingen, maar geen samenvattende conclusie of eindoordeel. Ook geeft de ADR geen lessen of vervolgstappen aan. Het is aan het projectteam om conclusies, lessen of vervolgstappen aan het deelonderzoek te verbinden op basis van het geboden inzicht.

Uitgangspunt voor het rapport is de blauwdruk en visie MGZ 2015, zoals opgesteld in augustus 2011. De onderzoeksvraag komt overeen met onderzoeksvraag 13 uit de RPE en luidt als volgt:

Hoe doelmatig is het MGZ-beleid geweest?

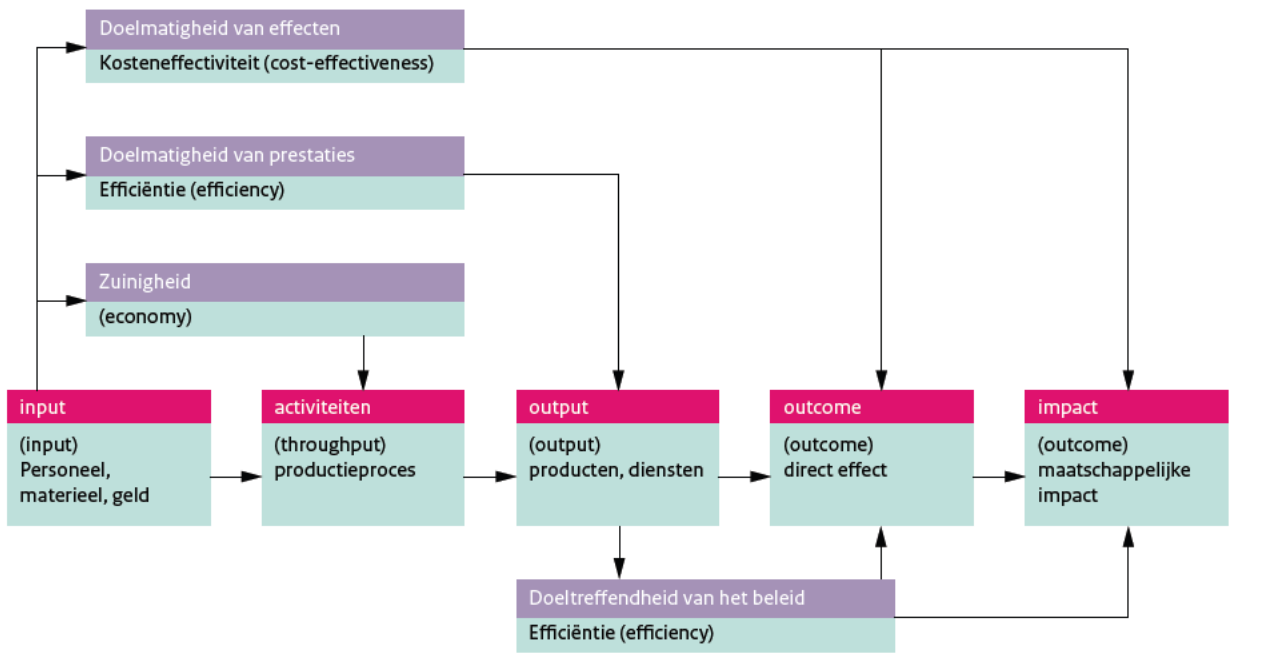
Deze onderzoeksvraag is verdeeld in de volgende sub-vragen:

- 1. Was de inzet van de gekozen instrumenten kosteneffectief? (Kostenbatenanalyse)
- 2. Is het proces tot herstructurering MGZ doelmatig uitgevoerd?
- 3. Zijn de geraamde opbrengsten en uitgaven gerealiseerd?
- 4. Heeft de herstructurering geleid tot een doelmatige inrichting van het geneeskundig systeem?

De ADR heeft daarvoor de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- 1) het inventariseren van de beoogde en de bereikte resultaten van de herstructurering MGZ bij het begin en eind van de onderzoeksperiode (welke beleidsmiddelen zijn ingezet, welke activiteiten zijn uitgevoerd, welke prestaties en effecten zijn beoogd en welke prestaties en effecten volgens rapportages en evaluaties uit de onderzoeksperiode zijn bereikt, zie onderstaande figuur);
- 2) onderzoeken op welke wijze het herstructureringsproces is opgezet en uitgevoerd;
- 3) inventariseren wat de beoogde besparingen en uitgaven waren voor de herstructurering MGZ en onderzoeken welke informatie beschikbaar is over de mate waarin deze besparingen en uitgaven zijn gerealiseerd;
- 4) onderzoeken hoe de MGZ was ingericht aan het eind van de onderzoeksperiode;

Dit rapport geeft per hoofdstuk bevindingen over elke onderzoeksdeelvraag. De onderzoeksperiode beslaat 2011 -2021. In de hoofdstukken 1 t/m 4 van dit rapport staan de doelstellingen uit de blauwdruk uitgewerkt en staat op hoofdlijnen beschreven welke activiteiten volgens open bronnen (evaluaties, rapportages, kamerbrieven etc.) tijdens de onderzoeksperiode zijn uitgevoerd en tot welke resultaten en effecten dat heeft geleid.



Figuur 1: relatie tussen input, activiteiten, output en outcome van het beleid

1 Staatscourant, nr. 16632, 26 maart 2018, Regeling van de Minister van Financiën van 15 maart 2018, houdende regels voor periodiek evaluatieonderzoek (Regeling periodiek evaluatieonderzoek)

Samenvatting

Voor elke onderzoeksvraag staan hieronder de bevindingen samengevat.

Was de inzet van de gekozen instrumenten kosteneffectief?

- Uit de opgegeven cijfers blijkt dat de beoogde personele reductie van 23% is bereikt, weliswaar een jaar later dan bedoeld. Het beoogde effect was om voldoende capaciteit te hebben voor de behoefte van de krijgsmacht. Gedurende de gehele periode 2011 - 2021 was echter steeds sprake van personele tekorten in de gezondheidszorg, met name in de sleutelfuncties (militair arts en verpleegkundige). De tekorten verschilden per defensieonderdeel en waren in de orde van 10-20% van de formatie. Vanwege de tekorten was met name bij genoemde sleutelfuncties steeds inhuur noodzakelijk, hetgeen alleen al bij DGO een fors beslag legde op financiële middelen;
- De herstructurering heeft niet aantoonbaar geleid tot een reductie in stafcapaciteit bij de militaire gezondheidszorg. Uit opgegeven cijfers blijkt een grotere stafcapaciteit dan was beoogd;
- In de infrastructuur zijn investeringen gedaan van tot op heden ca. €45 miljoen. Een deel van het programma loopt nog, een ander deel is in de afgelopen drie jaar gereedgekomen (o.a. nieuwbouw Stroe, Ermelo, Den Helder, Schiphol, CMH). In de gehele onderzoeksperiode rapporteerden DGO en IMG de infra als een zorgpunt en een risico voor de gezondheidszorg;
- Voor IV/ICT zijn concrete resultaten pas na 2020 gerealiseerd. Doelstellingen uit de blauwdruk zijn in 2018 gewijzigd. Totale investeringen bedroegen ca. € 24,5 miljoen. Het nieuwe elektronisch patiëntendossier is vanaf 2021 in werking. Gedurende de gehele onderzoeksperiode is IV/ICT door DGO gemeld als een knelpunt in de gezondheidszorg;
- Op het gebied van investeringen in materieel zijn, behalve drie mobiele tandartsbussen, geen concrete resultaten gerapporteerd. Investeringen voor versterking van de Role-2 zijn in 2021 aangekondigd en moeten nog worden opgeleverd;
- Het is onduidelijk of het effect van een reductie in de matex van 1,9 M€ is bereikt. Er is geen informatie dat beoogde afstotingen opbrengsten hebben gegenereerd.

Is het proces tot herstructurering MGZ doelmatig uitgevoerd?

- Uit reorganisatieplannen blijkt dat het herstructureringsprogramma voor de defensiebrede gezondheidszorgs niet gezamenlijk, maar per defensieonderdeel is uitgevoerd;
- Uit evaluaties van de reorganisaties blijkt dat de in 2011 geplande reorganisaties veelal moeizaam verliepen en voor de meeste onderdelen jaren langer hebben geduurd dan voorzien. Tijdens de onderzoeksperiode speelden een aantal nieuwe ontwikkelingen (o.a. doorontwikkeling krijgsmacht), die hebben gezorgd voor aanpassingen, o.a. in de personeelssterkte;
- Uit het huidige organogram blijkt dat de hoofdstructuur van de militaire gezondheidszorg is zoals beoogd in de blauwdruk. De DGO is opgericht met alle gezondheidszorgbedrijven eronder ressorterend, maar een aantal kenniscentra bleven bij de Opco's, o.a. vanwege de operationele binding.
- Opco's beschikken over eigen Role-1 elementen. Role-2 is grotendeels ondergebracht onder single servicemanagement (SSM) bij CLAS. Uit rapportages blijkt dat deze SSM-eenheid nog niet volledig in de behoefte kan voorzien om alle defensieonderdelen te ondersteunen;
- Uit evaluaties blijkt dat bij een aantal reorganisaties niet alle doelen zijn bereikt. Bij een aantal organisatiedelen (o.a. staf DGO, CEAG, DG OTC) bleek de capaciteit ontoereikend voor de taakstelling.

Zijn de geraamde opbrengsten en uitgaven gerealiseerd?

- Financieel was de doelstelling om op de in 2011 bestaande omvang van € 203 miljoen voor de gezondheidszorg ca. € 42 miljoen per jaar te besparen (ca. 20%). Over de onderzoeksperiode (2011-2021) is dit een totale bezuinigingstaakstelling van €365,7 miljoen, waarvan €338,6 miljoen (ca. 93%) bij de drie Opco's vandaan zou moeten komen. Uit de beschikbare cijfers is af te leiden dat deze opgelegde bezuiniging van €338.6 miljoen bij de Opco's in de onderzoeksperiode voor ongeveer de helft (met €171,3 miljoen) is afgedekt met daling in de exploitatieuitgaven. Bij DGO zijn de exploitatieuitgaven in de onderzoeksperiode jaarlijks gestegen. Het is niet bekend of en op welke wijze de resterende bezuinigingstaakstelling (ca. €194 miljoen) is afgedekt. Volgens de beschikbare cijfers bedroegen de investeringsuitgaven in de onderzoeksperiode voor vastgoed, infra, ICT en materieel totaal ca. €100 miljoen. Over de opbrengsten van afstotingen is geen informatie bekend.

Heeft de herstructurering geleid tot een doelmatige inrichting van het geneeskundig systeem?

- Over de doelmatige inrichting van de MGZ zijn in diverse rapportages en evaluaties beperkingen gemeld, met name over de beoogde effecten van decentrale verankering, centrale versterking en defensiebrede harmonisatie. Beperkingen zitten onder meer in de afstemming van Role-1 en Role-2 op de operationele behoefte, onder meer met het oog op de eerste hoofdtaak van de krijgsmacht. Verder blijkt uit de ketendoorlichting MGZ uit 2020 dat de governance van de gezondheidszorg nog niet optimaal is en deze zal moeten worden aangepast. Ook is de personeelstoewijzing niet centraal georganiseerd en blijkt uit rapportages dat de materieellogistiek nog steeds een zorgpunt is en het gezamenlijke opleidingscentrum nog niet aan de behoefte voldoet;
- Uit rapportages van DGO blijkt dat op het gebied van cultuur en kwaliteit gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen zijn opgezet voor vrijwel alle gezondheidszorg-elementen. Dit draagt volgens DGO bij aan een betere kwaliteitsborging. Om dit te bereiken bleek het in 2018 noodzakelijk het nieuwe programma MGZ 2020 op te zetten voor een extra kwaliteitsimpuls. Aan het verbeteren van het innovatievermogen en het zijn van lerende organisatie wordt nog gewerkt. Over de uitwisselbaarheid van het gezondheidszorgpersoneel tussen de verschillende Opco's zijn goede voorbeelden te noemen, hoewel nog beperkt in aantal.
- Uit rapportages blijkt dat door capaciteitstekort, zowel personeel als materieel, de MGZ niet in staat is alle operationele inzet te ondersteunen. Met name voor de eerste hoofdtaak van Defensie is dit nog onvoldoende, maar ook het ondersteunen van (vredes)missies kent beperkingen, aldus rapportages.

Onderstaande tabel 1 toont in een overzicht de in te zetten beleidsinstrumenten, de activiteiten, de beoogde resultaten en effecten volgens de blauwdruk en visie MGZ 2015 van augustus 2011. In de rechterkolom is samengevat wat volgens rapportages en evaluaties in de onderzoeksperiode is bereikt.

Input Instrument	Activiteiten	Beoogde resultaten	Beoogde effecten volgens blauwdruk en visie MGZ 2015 uit 2011	Output/outcome: Bereikte resultaten en effecten volgens rapportages en evaluaties in de onderzoeksperiode
Onderzoeksvraag 1: Was de inzet van de gekozen instrumenten kosteneffectief?				
Personeel	Reduceren Herverdelen	23% minder personeel (791 vte) Minder soorten functies Kleinere overhead (staf)	Lagere exploitatiekosten Geneeskundige capaciteiten afgestemd op ambitie krijgsmacht.	Personele reductie bereikt, maar tekorten in sleutelfuncties blijven. Inhuur blijft noodzakelijk. Stafcapaciteit is groter dan beoogd. Vermindering van aantal functies onbekend. Door capaciteitstekort is de MGZ niet in staat alle operationele inzet te ondersteunen.
Materieel	Investeren	Moderne infra Moderne, geïntegreerde IV Modern materieel	Geneeskundige capaciteiten afgestemd op ambitie krijgsmacht. Besparing matex 1,9 M€	Totale gedane investeringen vastgoed en IV ca. €70 miljoen. Besparing matex door afstoten materieel niet navolgbaar. IV en vastgoed doelen deels gehaald. Nieuw elektronisch patientendossier is in werking. Deel van nieuwbouw gereed. Andere vernieuwingen voor infra en IV lopen nog. Mobiele tandartsbussen zijn in gebruik. Materieel voor versterking Role-2 wordt nog verworven. Aantal gezondheidscentra verlaagd naar 30. Infra, IV en materieel was steeds zorgpunt en risico voor de MGZ. Door capaciteitstekort is de MGZ niet in staat alle operationele inzet te ondersteunen.
	Afstoten	Minder gezondheidscentra (van 38 naar 20) Minder voertuigen		
Onderzoeksvraag 2: Is het proces tot herstructurering MGZ doelmatig uitgevoerd?				
Structuurwijziging	Reorganiseren	Role 1 bij Opco's Role 2 in SSM op 1 locatie Centrale groepering overige MGZ in DGO	Nieuwe structuur in 2016	Beoogde structuur is bereikt, maar kenniscentra blijven deels bij Opco's. Reorganisaties verliepen veelal moeizaam en hebben jaren langer geduurd dan voorzien. Niet alle doelen bereikt, m.n. door capaciteitstekorten. Er zijn beperkingen in de afstemming van Role-1 en Role-2 op de operationele behoefte.
Onderzoeksvraag 3: Zijn de geraamde opbrengsten en uitgaven gerealiseerd?				
Financieel	Bezuinigen	€ 42 miljoen per jaar (ca. 20%)		Vermindering exploitatieuitgaven Opco's dekt over de periode 2011-2021 ca. de helft van de opgelegde bezuinigings-taakstelling af. Overige dekking onbekend

Input Instrument	Activiteiten	Beoogde resultaten	Beoogde effecten volgens blauwdruk en visie MGZ 2015 uit 2011	Output/outcome: Bereikte resultaten en effecten volgens rapportages en evaluaties in de onderzoeksperiode
Onderzoeksvraag 4: Heeft de herstructurering geleid tot een doelmatige inrichting van het geneeskundig systeem?				
Inrichting MGZ	Herinrichten	Doelmatige inrichting	Optimale afstemming met operationeel optreden	Role-1 eenheden niet volledig berekend op taak. Inzetbaarheid Role-2 niet voldoende gegarandeerd.
		Decentrale verankering	Minder interne kwetsbaarheid door minder besturende en uitvoerende elementen	MGZ nog organisatorisch versnipperd. Governance ontoreikend en moet worden aangepast
		Centrale versterking	Geen onnodige duplicering van activiteiten en capaciteiten, bundeling van gelijksoortige activiteiten.	Opco's houden kenniscentra, maar deze zijn specialistisch van aard
		Werkwijze en organisatie tussen Opco's en met DGO harmoniseren	Harmonisatie	Harmonisatie voorschriften opgesteld. M.n. materieellogistieke processen verlopen nog niet uniform
Cultuur en kwaliteitswijziging	Veranderen	Lerende organisatie	Innovaties ondersteunen en verbeteringen implementeren	Aan innovatievermogen en lerende organisatie wordt nog gewerkt.
		Kwaliteitsborging	Gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem voor alle MGZ eenheden	Sinds 2021 bestaan gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen voor vrijwel alle onderdelen, wat kan leiden tot betere kwaliteitsborging.
		Uitwisselbaarheid personeel	Maximale uitwisselbaarheid personeel tussen Opco's, en tussen DGO en Opco's	De mogelijkheden voor uitwisseling bestaan, maar worden beperkt in praktijk gebracht
		Capaciteit voor operationele inzet	Ondersteunen en uitvoeren van operationele inzet	Voor de eerste hoofdtaak van Defensie is de capaciteit voor operationele inzet nog onvoldoende. Ondersteunen van (vredes)missies kent beperkingen.

Tabel 1: overzicht input (beleidsinstrumenten), activiteiten, output/outcome (resultaten en effecten) voor de herstructurering MGZ cf. blauwdruk en visie MGZ 2015 van augustus 2011

1 Kosteneffectiviteit: effecten vs. doelen

In dit hoofdstuk staan bevindingen bij onderzoeksvraag 1:

Was de inzet van de gekozen instrumenten kosteneffectief? (Kostenbatenanalyse)

Het hoofdstuk beschrijft welke doelen werden beoogd in 2011 op het gebied van personeel en materieel (reductie en investeringen), welke activiteiten daarvoor zijn gedaan en tot welke resultaten en effecten dat al of niet heeft geleid. Onder kosteneffectiviteit wordt in dit verband verstaan de relatie tussen de gemaakte inspanning (input: geld, activiteiten) en de behaalde effecten (outcome).

1.1 Personeel

1.1.1 Personele reductie

Een van de doelen uit de blauwdruk/visie MGZ 2015 van 2011 was om een reductie te bereiken op het aantal VTE in de gezondheidszorg van 23%. Als grondslag voor deze reductie werd uitgegaan van een personele sterkte van 3400 VTE. Dit komt neer op een reductie van 791 VTE. De beoogde grootte van de formatie kwam daarmee op 2609 VTE. Deze reductie zou in 2016 moeten zijn bereikt. Het beoogd effect was, behalve lagere exploitatiekosten, dat de geneeskundige capaciteit zou zijn afgestemd op de behoefte van de krijgsmacht.

Onderstaande tabel laat zien welke reductie in de formatie van het geneeskundig veld bij Defensie is bereikt. Uit deze tabel blijkt dat de beoogde reductie in 2016 nog niet was bereikt, maar pas later. In totaliteit was de formatie per 1-9-2021 op het peil van de in de blauwdruk beoogde formatie.

Defensie onderdeel	Uitgangspositie 2011	Doel blauwdruk/visie (p.20)	Situatie 01-09-2016	Situatie 01-09-2021
DGO	0	1269/1284*	1320	1407
CZSK	315	118	172	149
CLAS	1900	1063	1113	899
CLSK	265	140	152	104
KMAR	5	4	5	5
CDC/DOSCO	882	0	41**	41**
BS	33	0	9	9
Totaal	3400	2609	2812	2609
Reductie%		23	17	23

Tabel 2: Formatie geneeskundig veld per defensieonderdeel. Bron: opgave defensieonderdelen.

* Op grond van de doelstellingen genoemd in de Blauwdruk/Visie zou de nieuwe formatie van het DGO moeten bestaan uit 1269 VTE. Hierbij is het aantal opgehoogd werd met 15 VTE GIT tbv IMG, IMS en JMED. Dat maakt het totaal van de DGO 1284 VTE.

** Incl. 17 VTE Bronbeek

Uit tabel 2 blijkt tevens dat met name de formatie van CLAS onder de doelstelling van de blauwdruk van 1063 VTE ligt, terwijl de formatie bij DGO hoger ligt dan de in de blauwdruk beoogde 1284 VTE. De verhoging van de formatie van DGO ten opzichte van het doel van de blauwdruk is te verklaren uit de doorontwikkeling van de krijgsmacht (DOKM) waarbij DGO 94 VTE extra kreeg toegewezen (zie tabel 3). Uiteindelijk is de formatie verder verhoogd als gevolg van het doorvoeren van verschillende andere personeelsmaatregelen zoals Vd Staaïj, Taurus en Pre Transitie.

	2018	2019	2020	2021	2022	Totaal
Totale aanvullende behoefte / jaar	68	13	10	3	0	94
Totale aanvullende behoefte cumulatief	68	81	91	94	94	

Tabel 3: Toewijzing DOKM functies aan DGO door de jaren heen.

Defensie onderdeel		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO	Formatie		750	748	750	837	1312	1361	1348	1378	1407	1407
	Bezetting		750	740	742	824	1245	1275	1281	1310	1332	1342
	%		100	99	99	98	95	93	95	95	95	95
CZSK	Formatie	289	288	356	356	351	168	172	123	125	145	144
	Bezetting	270	250	259	244	251	131	126	114	117	126	134
	%	93	87	73	69	72	78	73	93	94	87	93
CLAS	Formatie	1589	1544	1542	1295	1274	1113	876	866	871	879	899
	Bezetting	1174	1232	1202	982	929	736	648	633	618	625	660
	%	74	78	78	79	74	68	77	75	74	74	74
CLSK	Formatie	235	233	208	283	267	152	98	98	100	100	104
	Bezetting	181.5	180.9	172	163.2	161.1	107.8	78.3	76	83.7	92.5	90
	%	77	78	83	58	60	71	80	78	84	93	87
Totaal	Formatie		2815	2854	2684	2729	2745	2507	2435	2474	2531	2554
	Bezetting		2413	2373	1911	2165	2220	2127	2104	2129	2177	2226
	%		86	83	71	79	81	85	86	86	86	87

Tabel 4: personele formatie en bezetting per defensieonderdeel in de onderzoeksperiode. Cijfers geven de situatie weer aan het eind van het betreffende jaar, m.u.v. 2021 waar het 1-9-2021 betreft. Bron: opgave van de defensieonderdelen (KMA, CDC en BS zijn hierin niet meegenomen)

Tabel 4 geeft meer in detail de ontwikkeling van de formatie. Uit deze tabel blijkt dat de beoogde personele reductie van 23% in de militaire gezondheidszorg in 2017 is bereikt. Dit is enigszins later dan beoogd in de blauwdruk. Tabel 4 laat ook zien dat de reductie in personeel niet heeft geleid tot een volledige bezetting van de formatie. Tekorten zijn blijven bestaan, waardoor de beoogde effecten van voldoende capaciteit niet volledig zijn bereikt. In hoofdstuk 4 wordt hier nog verder op ingegaan. Ook figuur 2 op de volgende bladzijde laat zien dat gedurende de gehele onderzoeksperiode de Opco's een onderbezetting hadden in het geneeskundig personeel. De bezetting lag gemiddeld tussen de 60 en 80%. In de laatste jaren is daar verbetering in gekomen, met uitzondering van CLAS, waar de bezetting rond de 75% bleef steken.

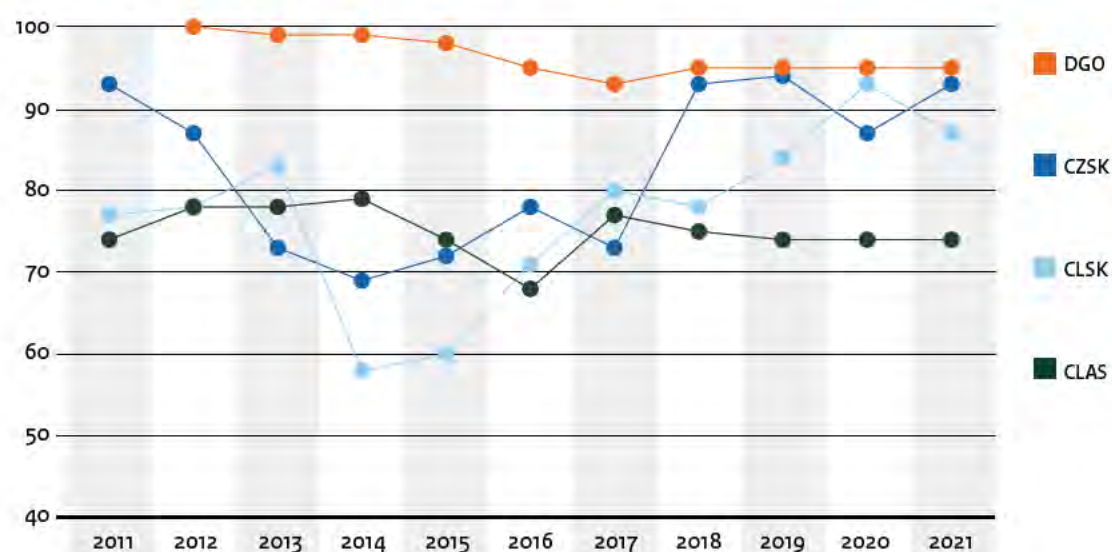
De personele bezetting bij DGO was gedurende de onderzoeksperiode steeds hoog, tussen 90 en 100%. Ondanks deze hoge vullingsgraad bestond wel steeds een probleem bij DGO met vacatures. Zo meldt DGO in een managementrapportage in 2016: "De DGO heeft veel vacatures en op specifieke onderdelen een mismatch in kwaliteit en kwantiteit. Met name de huisartsen en algemeen militair arts-functies zijn onvoldoende gevuld". Deze problematiek loopt nog jaren door en geldt ook voor specialistisch personeel zoals arbeidshygiënist en bedrijfsartsen, zo blijkt uit de DGO-rapportages. Ook meldt de DGO hierover in 2019: "Al jaren heeft defensie een tekort aan militaire huis- en bedrijfsartsen en medisch specialisten" en in 2021 dat "Het tekort aan een aantal specifieke medische functionarissen zoals bijvoorbeeld bedrijfsartsen is de afgelopen periode niet gewijzigd en blijft derhalve een punt van zorg".

Tabel 5 geeft in meer detail de formatie van DGO per gezondheidszorgbedrijf.

Gezondheidszorg onderdeel ²	2011	Doel blauwdruk / visie aantal VTE	Doel DRP	Daadwerkelijk aantal VTE per 01-09-2016	Daadwerkelijk aantal VTE per 01-09-2021
Staf DGO		40	31	34	45
MGLC		57*	57	60	81
CEAG	110.5	70	66	84	96
IDGO (DG OTC)	172	167	132	136	160
MGGZ		94	?	84	88
TGB ³	465	378	477	452	476
DTD	140	110	109	123	119
EGB	546	370	313	327	328
anders		-		20	14
Totaal DGO		1269	?	1320	1407
IMG		6			
IMS		5			
JMed		4			
Totaal		1284			

Tabel 5: verdeling personeel over de DGO-bedrijven in aantal VTE Bron: opgave staf DGO en reorganisatieplannen. *inclusief 15 VTE GIT.

Personele bezetting MGZ in %



Figuur 2: bezetting van gezondheidszorgpersoneel bij defensieonderdelen in % van de formatie

- ² MGLC=Militair Geneeskundig Logistiek Centrum, CEAG=Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid, IDGO = Instituut Defensie Geneeskundige opleidingen, DGOTC= Defensie Geneeskundig opleidings- en trainingscentrum, MGGZ=Militaire Geestelijke Gezondheidszorg, TGB= Tweedelijns gezondheidszorgbedrijf, DTD= Defensie Tandheelkundige dienst, EGB= Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf, IMG= Inspecteur Militaire gezondheidszorg, IMS=Internationaal militaire staf, JMed= Joint medical cell
- ³ Overigens bestaat het TGB (dat nooit als zodanig is opgericht) uit de bedrijven IDR (Instituut samenwerking Defensie en Relatieziekenhuizen, CMH (Centraal Militair Hospitaal) en MRC (Militair Revalidatie Centrum).

Om de tekorten enigszins op te vangen werd overgegaan tot inhuur. Zo had bijvoorbeeld op 1 augustus 2017 het EGB 22 inhuurwerknemers⁴. Hiervan waren 7 geplaatst op de functie van bedrijfsarts, 11 op de functie van huisarts en 1 op de functies lokale IVManager, arts, apotheker en vliegerarts. Op 1 augustus 2017 had de DTD twee inhuurwerknemers die op de functie van tandarts waren geplaatst. Inhuur van personeel is noodzakelijk geweest in verband met onderbezetting en het niet kunnen opvangen van werk door het aanwezige personeel. Inhuur vindt nog steeds plaats voor huisartsen, bedrijfsartsen en tandartsen. Het tekort van deze groep maakt ongeveer 10% deel uit van het DGO-bestand aan artsen en tandartsen. Een huisarts inhuren kost in het algemeen meer dan een algemeen militair arts in vaste dienst.

De inhuur bij DGO over de jaren was als volgt:

Inhuur bij DGO	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
VTE		72	84	73	100	118	71	28
M€	€ 3,6	€ 3,4	€ 5,7	€ 4,3	€ 5,4	€ 5,6	€ 5,7	€ 4,8

Tabel 6: inhuur bij DGO in VTE en miljoen euro. Bron: opgave P&O DGO

Ook de IMG meldt in 2017 zowel een kwantitatief als kwalitatief tekort aan personeel om alle activiteiten goed uit te voeren. Met name het EGB heeft structureel moeite om functies te vullen, zoals algemeen militair artsen, aldus de IMG.

Dat beoogde effecten niet zijn bereikt blijkt ook uit rapportages vanuit de DGO. In 2018 meldt de commandant van DGO⁵: “De bezuiniging van 2011 heeft de militaire gezondheidszorg hard geraakt. Oudere maar nog niet geïmplementeerde bezuinigingen telden op bij de beleidsbrief bezuinigingen zodat vanaf 2012 34% van de MGZ is wegbezuinigd. Daarbij zijn vooral de operationeel geneeskundige eenheden van de Opco's en het geneeskundige opleidingscentrum (DGOTC) en het geneeskundig logistiek bedrijf (MGLC) van DOSCO getroffen door reducties van soms meer dan 50%. Daarnaast is jarenlang zo hard gesneden in geneeskundige stafcapaciteit dat de keten niet meer effectief bestuurd kan worden. Het tekort aan personeel over de linie had logischerwijs een beperkte inzetbaarheid van de operationele eenheden tot gevolg. Dat, in combinatie met een tekort binnen de operationele gezondheidszorg aan systemen om de compliance te waarborgen, bracht de operationele militaire gezondheidszorg in de top 5 risico's van Defensie”.

Uit de evaluaties van de oprichting van de zorgbedrijven blijkt dat het EGB, DTD, CEAG en DGOTC zorgbedrijven zijn die veel te kampen hebben gehad met tekortkomingen in de capaciteit, waardoor niet alle taken konden worden uitgevoerd. Ook werd in 2018 vastgesteld dat ook de Role-2 taken niet konden worden uitgevoerd door onderbezetting⁶.

1.1.2 Personele herverdeling

Naast de formatieve reductie van 791 VTE moesten Opco's personeel overdragen met een gezamenlijke omvang van 457 VTE. Het betrof hier overheveling van taken en formatie van het CLAS, CZSK en CLSK. Met name ging het daarbij om verschuiving van de diverse gezondheidscentra naar het EGB. Naast de verschuiving naar het EGB werden taken en formatie van kenniscentra en geneeskundige herstellende (GIT) gebundeld bij het DGO. Uit tabel 7 blijkt dat deze herverdeling is gerealiseerd. De verschuiving van het personeel naar het DGO was als volgt:

⁴ Evaluatie reorganisatie EGB, 12 december 2017

⁵ Nota analyse en herstel traject MGZ 2020, p.2 (14-11-2018).

⁶ Evaluatie LRP 1609 Herinrichting Role 2 capaciteit SSM, Conclusies en aanbevelingen werklust meting Role 2, p. 3,23,24 (09-10-2018).

Defensie onderdeel	Overdracht beoogd in blauwdruk	Gerealiseerd	Afkomstig van
CLAS	272 +14 GIT	311*	Gezondheidscentra (272) Kennis en trainingscentrum (25) GIT (14)
CZSK	83	98	Ziekenboeg Rotterdam (17) Gezondheidscentrum Den Haag (16) Ziekenboeg Doorn (21) Centrale Ziekenboeg Den Helder (44)
CLSK	56	56	Centrum Mens en Luchtvaart CML
KMar	-		
DMO	3	3	
Anders**	29		
Totaal	457	468	

Tabel 7: Verschuivingen personeel naar DGO

*Bron: opgave opco's, PID project 2.10 GZHZ CLAS, 07-02-2012

**uit de blauwdruk blijkt niet waar deze VTE vandaan moeten komen, maar het totaal wordt hiermee op de beoogde 457 VTE gebracht

1.1.3 Kleiner aantal soorten functies

De doelstelling uit de visie MGZ was om het zeer hoge aantal soorten functies (boven de 1000) drastisch terug te brengen naar generieke clusters (minder dan 100) met een bescheiden onderverdeling.

DGO geeft aan dat het startpunt van deze inspanning alle functiebeschrijvingen waren binnen het (toenmalige) CDC en de Opco's. Met het oprichten van de DGO is een nieuwe set aan functiebeschrijvingen ontstaan. Dit heeft geleid tot een sanering in aantallen. Defensiebreed heeft daarnaast een initiatief gespeeld om te komen tot generieke functiebeschrijvingen, conform het model Functiehuis Rijk. Dit initiatief heeft echter volgens DGO niet tot een duidelijk en gewenst eindproduct geleid. Over de aantallen soorten functies heeft Defensie geen exacte informatie kunnen leveren. Op dit punt kan daarom geen inzicht worden gegeven in de bereikte effecten.

1.1.4 Reductie overhead (staf)

De doelstelling uit de blauwdruk MGZ (p. 18) was een centrale doelmatige groepering van alle overige gezondheidszorg elementen in de DGO, de samenvoeging van het gezondheidszorgdeel van de staf Divisie P&G en HDP/DMG⁷ en de verkleining van de afdelingen gezondheidszorg van de defensieonderdelen. Dat moest een evenredige bijdrage leveren aan de opgelegde taakstelling van 30% reductie op staven⁸.

In tabel 8 op de volgende bladzijde staat een overzicht van de stafcapaciteit in de militaire gezondheidszorgorganisatie. Niet alle cijfers konden worden aangeleverd, waardoor inzicht in de realisatie van de reductie van de overhead beperkt is. Beschikbare cijfers in tabel 8 laten wel zien dat de stafcapaciteit voor gezondheidszorg binnen Defensie boven het bij de herstructurering beoogde cijfer ligt.

Bij de uitbreiding van de staf DGO hoort de volgende toelichting. In 2018 constateerde men bij de evaluatie van de reorganisatie dat de in het DRP toegedeelde capaciteit niet afdoende was voor de in het DRP benoemde taken. Na 2018 is de stafcapaciteit verder toegenomen. De bezetting van staf DGO is volgens DGO op bepaalde momenten in de afgelopen jaren groter geweest dan de toegewezen (en vastgestelde) formatie. Hierbij wordt echter de kanttekening gemaakt dat deze verschillen ook zijn ontstaan vanwege o.a. tijdelijke en parttime medewerkers. Tijdelijke uitbreiding van de staf betrof o.a. de bemensing van het project MGZ2020. Daarnaast gaf de staf invulling aan het project Duurzaam Gezond Inzetbaar. Op IV/ICT gebied is een nieuwe afdeling (MIM) opgericht en inmiddels ook uitgebreid. Tenslotte is een aantal functionaliteiten in de staf opgenomen om invulling te kunnen geven aan het wettelijk kader waarbinnen de MGZ haar werkzaamheden uitvoert. Hierbij valt te denken aan de oprichting van

het WKKGZ team, de sectie kwaliteitszorg en enkele overige essentiële functionaliteiten in de staf op het gebied van innovatie, bedrijfsvoering, compliance, etc.

Gezondheidszorg onderdeel	Uitgangspositie 2011	Doel Visie MGZ cq. DRP	Formatie 1-9-2021
STAF DGO	33*	40	45
BMB			8,74
CEAG	12	13	13
CMH	45	39	37,2
DG OTC	15	24	16
DTD	4	5	12,6
EGB	?	14	14
IDR**	7	35	38
MGLC	4	3	26
MRC	6	15	17
MBB			0
MGGZ			17,6
CZSK staf		6	7
Medcel		5	2
Cogp Role 1		5	5
DMC		-	4
SMD		-	3
CLAS staf		9	11
400 GNK BAT	28	20	27
Medcel			
Stafostcie			
Cogp Role 1		20	
CLSK staf	15	6	5
Aeromedevac		5	7**
Cogp Role 1		5	
KMAR staf		4	4
DMO		0	0
BS	33	0	4
Totaal		273	325

Tabel 8: stafcapaciteit bij de diverse gezondheidszorgonderdelen. Ontbrekende cijfers waren niet beschikbaar. Bron: opgave defensieonderdelen en reorganisatieplannen.
*Destijds bij DMG en BGGZ **inclusief ZDE *** Staf van de gezondheidszorg CLSK is niet op deze wijze in formatie opgenomen/ terug te vinden. Omvang wordt geschat op totaal 7 VTE

7 Divisie Personeel en Gezondheid van het Defensie Ondersteuningscommando respectievelijk Directie Militaire Gezondheidszorg van de Hoofddirectie Personeel

8 Bron: DRP STDGO, p.7 (2012)

1.2 Infrastructuur

De doelstelling voor infrastructuur bestond uit meerdere onderdelen, die hieronder worden beschreven. Aansluitend worden de bereikte resultaten en effecten van de herstructurering van de infrastructuur beschreven.

1.2.1 Eerstelijns Gezondheidszorgbedrijf EGB: infrastructurele aanpassingen ten behoeve van de opschaling van gezondheidscentra naar de regiofunctie;

Aantal gezondheidscentra

De doelstelling uit de Blauwdruk/Visie MGZ 2015 was een organisatie met ca. 20 gezondheidscentra, die zorgdragen voor een landelijke spreiding van de dienstverlening. In de oude situatie voor 2011 waren 38 gezondheidscentra ondergebracht bij de Opco's, twee in het Caribisch gebied, één in Duitsland (Münster) en één in België (Mons). De structuur van Opco-eigen gezondheidscentra zou worden losgelaten. De bedoeling was dat op 21 locaties medische voorzieningen kwamen te vervallen voor herbestemming, afstoting of sloop. De ca. overgebleven 20 gezondheidscentra zouden zoveel mogelijk worden ondergebracht in infrastructuur, die al in gebruik was voor gezondheidszorg. Het doel was de centra in België, Aruba en Curaçao op te heffen.

Uiteindelijk is het oorspronkelijke doel van 20 gezondheidscentra in 2016 losgelaten en aangepast naar 30 locaties⁹. Dit heeft te maken met de invloed van de vakcentrales en de medezeggenschap op de besluitvorming waarbij consensus nodig was over het aantal gezondheidscentra. Defensie kent op dit moment 26 gezondheidscentra in Nederland en 4 in het buitenland (Aruba, Curaçao, België en Duitsland)¹⁰. Zie tabel 9 voor de stand van zaken van de gezondheidscentra in 2012, 2016 en 2021.

	Gezondheids Centrum	Bestemmings-wijziging 2012	Bestemming/ situatie 2016	Situatie 2021 Nieuwbouw/ aanpassing			
				gzhc	thkc	gesloten	gereed
1	Leeuwarden		Gzhc en thkc	X	X		
2	Havelte		Gzhc en thkc aanpassingen	X	X		
4	Wezep	Sloop/herbestemmen	Gzhc	X			
5	Utrecht		Gzhc en thkc aanpassing	X	X		X
6	Doorn		Gzhc	X	X		
7	Den Helder Haven		Gzhc en thkc nieuwbouw	X	X		X
8	Den Helder de Kooy	herbestemmen	Gesloten			X	
9	Den Helder Erfprins	Herbestemmen	Gesloten			X	
10	Rotterdam		Gzhc aanpassingen	X			
12	Volkel		Gzhc en thkc aanpassingen	X	X		
13	Roosendaal		Gzhc aanpassingen	X			
14	Woensdrecht		Gzhc en thkc aanpassingen	X	X		
15	Gilze Rijen		Gzhc en thkc uitbreiding	X	X		
16	Oirschot		Gzhc en thkc uitbreiding	X	X		
17	Assen	Sloop ivm nieuwbouw	Gzhc en thkc nieuwbouw	X	X		
18	't Harde	Sloop/herbestemmen	Gzhc en thkc nieuwbouw	X	X		
19	Ermelo	Sloop ivm nieuwbouw	Gzhc nieuwbouw	X			X
20	Schaarsbergen	Sloop ivm nieuwbouw	Sloop ivm nieuwbouw	X	X		
21	Garderen / Stroe	Sloop ivm nieuwbouw	Gzhc en thkc nieuwbouw	X	X		X
22	Nieuw Milligen	Sloop	Sloop			X	
23	Amsterdam	Afstoting	Afstoting			X	
24	Schiphol	Opzeggen	Gzhc en thkc verbouwing	X	X		X
25	Hilversum	Sloop	Sloop			X	

9 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2016-2017, 33 763, nr. 116, (p.1) dd. 26 oktober 2016

10 Contact gezondheidscentra in Nederland | Gezondheidszorg | Defensie.nl

	Gezondheids Centrum	Bestemmings-wijziging 2012	Bestemming/ situatie 2016	Situatie 2021 Nieuwbouw/ aanpassing			
				gzhc	thkc	gesloten	gereed
26	Soesterberg	Herbestemmen	Gesloten			X	
27	Den Haag	Herbestemmen	Gzhc aanpassingen	X	X		
28	Den Haag Binckhorst	Afstoting	Gesloten			X	
29	Breda	Herbestemmen	Gzhc	X	X		
30	Breda CLSK	Herbestemmen	Gesloten			X	
31	Vredepeel	Herbestemmen	Gzhc	X			
32	Eindhoven	Herbestemmen	Gesloten			X	
33	Amersfoort		Gzhc aanpassingen	X			
34	Apeldoorn		Gzhc	X			
35	Apeldoorn 2	Sluiten	Gesloten			X	
36	Weert	Afstoting	Gesloten			X	
37	Eibergen		Gzhc	X			
38	Vught		Gzhc aanpassingen	X	X		
39	Brunssum	Sloop	Gzhc	X			
40	Mons						
41	Munster	Opzeggen	Gzhc aanpassingen	X			X
42	Aruba		Gzhc en thkc aanpassingen	X	X		
43	Curacao		Gzhc en thkc aanpassingen	X	X		

Tabel g: situatie m.b.t. gezondheidscentra

Nieuwbouw/verbouw

De blauwdruk stelde dat een deel van de infrastructuur aanpassing en modernisering behoefte. Enkele gezondheidscentra zouden de beschikking krijgen over nieuwe gebouwen. Totdat deze klaar waren, zouden de centra gebruik blijven maken van de oude gebouwen.

In 2013 informeerde de minister van Defensie de Tweede Kamer: “De nieuwbouw van de centra in Garderen en Ermelo, waarvan de vervanging het meest urgent is, vangt aan in 2014. De nieuwbouw van deze centra is naar verwachting in 2015 klaar”¹¹. De uitvoering van de infrastructuurprojecten is echter met flinke vertraging uitgevoerd en het beoogde realisatiejaar van de nieuwbouw locatie Stroe/ Garderen en Ermelo van 2015 is dan ook niet gehaald. Redenen hiervoor zijn mede te herleiden naar de vertraging die is opgelopen als gevolg van gesprekken met de vakcentrales over het voorzieningenniveau en door te weinig beschikbare capaciteit bij het Rijksvastgoedbedrijf.

Nieuwbouw op de locaties Stroe/Garderen en Ermelo werd voorzien, omdat deze centra op geen enkele wijze voldeden aan de kwaliteitseisen. Uit de evaluatie van de reorganisatie EGB van december 2017 blijkt ook dat de staat van een deel van het vastgoed van onvoldoende kwaliteit is. De evaluatie vermeldt dat op last van de IMG de locaties Stroe/Garderen en Wezep reeds gesloten zijn door de slechte staat van het vastgoed en de hygiëne. De gezondheidscentra in Brunssum, Rotterdam en Amersfoort zijn ook bezocht door de IMG en hier kwam een lijst van knelpunten uit.

Het bedrag aan investeringskosten voor infra bedraagt in 2017 M€ 28,81. Dit bedrag was bestemd voor de bouw van zes nieuwe centra en de verbouw van een deel van de huidige centra. Voor de nieuwbouw geldt dat alleen het gezondheidscentrum zou worden neergezet, de investering voor de vaste medische en de losse inrichting van een gezondheidscentrum zijn hierin niet meege-nomen. Deze zouden het EGB en de DTD zelf moeten verwerven. In het Defensieprojectenoverzicht 2022 is een totaal projectbud-get vermeld van € 63,2 miljoen voor de periode tot en met 2027, waarvan inmiddels € 23,1 miljoen is gerealiseerd.

11 Brief Minister van Defensie aan TK 33 400 X nr. 91 (2012-2013) mbt de reductie GZH centra

Volgens Defensiestaf, afdeling vastgoed, is een aantal infrastructurele aanpassingen nog in uitvoering. De projecten die inmiddels zijn gerealiseerd, zijn Stroe, Ermelo, Münster en Den Helder. Overige nieuwbouw voor gezondheidscentra (o.a. 't Harde, Schaarsbergen) is wel geprogrammeerd, maar nog niet uitgevoerd. Tabel 10 hieronder geeft een overzicht van de beschikbare informatie.

Centrum	Initieel beoogde opleverdatum	Centrum daadwerkelijk operationeel	Budget	Realisatie
Stroe/Garderen	2015	Q3 2019		7,0
Ermelo	2015	Q4 2019		4,2
Den Helder		2022		7,4
Assen		Ntb		
Schaarsbergen		Ntb		
't Harde		loopt		
Amersfoort		-		0,1
Schiphol		2020		1,3
Inrichtingskosten				3,1
Totaal t/m 2021			28,8	23,1
Totaal projectbudget t/m 2027			63,2	

Tabel 10: Realisatie nieuwbouw en verbouwingen gezondheidscentra. Ontbrekende informatie in de tabel was niet beschikbaar in rapportages cq. systemen. Bron: rapportages DGO, opgave afdeling vastgoed CDS

1.2.2 Defensie Tandheelkundige Dienst;

De visie MGZ 2015 uit 2011 stelt dat het aantal tandheelkundige behandellocaties sterk wordt teruggebracht van ca. 40 locaties naar maximaal zeven regionale tandheelkundige centra met enkele dependances en twee locaties in de West. De centra zouden fysiek ondergebracht worden binnen de nieuwe gezondheidscentra. Hierbij zouden enkele centra een update krijgen. De centra in Den Helder en Oirschot zouden gezien hun regionale- en operationele functies een uitbreiding krijgen tot acht stoelen met daarnaast toevoeging van een tweetal poli-OK ruimten per centrum voor gedifferentieerde zorg¹².



12 DRP DTD 2016, p.12 (2016)

De bijbehorende investeringskosten voor nieuwbouw en verbouw van de tandheelkundige centra vallen in het budget van M€ 28,81 voor de bouw van zes nieuwe centra en de verbouwing van een deel van de huidige centra. Het exacte deel aan investeringen voor de zeven tandheelkundige centra is onbekend gebleven.

Uit de evaluatie van de reorganisatie DTD van november 2017 blijkt dat het plan was dat de nieuwe en de te verbouwen infrastructuur voor de DTD in fasen beschikbaar zou komen. Fase 1 was voorzien in 2017, wanneer de nieuwe infrastructuur Stroe/Garderen, Utrecht CMH en Schiphol Maxima kazernes zou worden opgeleverd. Ten tijde van de evaluatie waren bovengenoemde locaties nog niet opgeleverd. De verwachting was dat de eerste realisatie pas in 2018 zou zijn, waarbij het niet ondenkbaar was dat het volledige infraplan in 2025 gereed zou zijn. De voortgang van de infrastructuurprojecten verliep traag. Als reden wordt aangegeven dat dit ligt aan te weinig capaciteit bij het Rijksvastgoedbedrijf. Ook de beschikbaarheid van middelen ten behoeve van de aanvullende inrichting vormt een knelpunt. De evaluatie meldt dat de beoogde doelstelling van het terugbrengen van tandheelkundige centra in aantal was behaald.

Uit tabel 9 blijkt echter dat er in 2021 meer tandheelkundige centra zijn dan was voorzien. Inmiddels kent Defensie 17 tandheelkundige centra in Nederland en 2 in het buitenland (Aruba, Curaçao)¹³. Alle tandheelkundige centra zijn gecoloceerd met de gezondheidscentra, m.u.v. Utrecht. Volgens Defensiestaf, afdeling vastgoed zijn de investeringen voor DTD nog in uitvoering. In Stroe, Badhoevedorp en Den Helder is de infra voor DTD inmiddels gerealiseerd.

1.2.3 Infrastructurele aanpassingen (verplaatsen ca. 30 tandartsstoelen):

Het doel was om ca. 30 tandartsstoelen te verplaatsen. Voor de verplaatsing van tandartsstoelen was ca. 3,5 M€ benodigd, aldus de studie Tandheelkundige Zorg bij Defensie. Navraag bij Defensiestaf afdeling vastgoed leert dat slechts enkele tandartsstoelen zijn verplaatst uit tijdelijke gebouwen. In DGO-rapportages is hierover geen informatie te vinden.

1.2.4 Nieuwbouw Tweedelijns gezondheidszorgbedrijf (TGB);

Het betreft hier de nieuwbouw van het Centraal Militair Hospitaal. Deze nieuwbouw was reeds voorzien toen de blauwdruk en visie werden opgesteld. Dit project is uitgevoerd in het tijdsbestek 2014 tot 2019. Oorspronkelijk was € 12,8 mln begroot voor dit project. Dit is later verhoogd tot € 19,8 mln. Voor het TGB is verder geen nieuwbouw gerealiseerd, de reorganisatie die hieraan ten grondslag lag is gestopt.

Infra	Initieel beoogde opleverdatum	Infra operationeel	Budget	Realisatie
Nieuwbouw CMH	Q3 2018	Q2 2019	M€ 19,8	M€ 21,9

Tabel 11: nieuwbouw CMH. Bron: rapportages DGO

1.2.5 Colocatie van tandheelkundig centrum op locatie van poli kaakchirurgie;

De DTD zou met één van haar regionale locaties co-loceren met het CMH/Polikliniek Kaakchirurgie te Utrecht ten behoeve van een koppeling tussen de eerstelijns- en tweedelijns tandheelkundige zorg. De beoogde colocatie is gerealiseerd; het tandheelkundig centrum en de poli kaakchirurgie zijn beiden gehuisvest in het Centraal Militair Hospitaal.

1.2.6 Colocatie Staf EGB en DTD;

De beoogde colocatie is gerealiseerd; de staf EGB en DTD zijn samen gehuisvest op de Kromhoutkazernes. Zie beschrijving herhuisvesting EGB en DTD bij punt 1 (investeringen M€ 28,81)

1.2.7 Militair geneeskundig logistiek centrum MGLC: verhuiskosten.

Na beschouwing van het MGLC in 2011 werd vastgesteld dat het MGLC in de nieuwe structuur elders ondergebracht zou moeten worden. De fysieke locatie van het MGLC lag ver van het centrum van de militaire activiteiten. Voorstel was om deze kleine (personeel) eenheid elders in het land onder te brengen. Het MGLC is uiteindelijk niet verhuisd. Hier zijn dan ook geen investeringen voor gedaan.

13 Contact tandheelkundige centra | Gezondheidszorg | Defensie.nl

1.2.8 Effecten herstructurering infrastructuur

Onderstaande tabel vat de situatie voor infrastructuur samen.

Investing		Uitgangs positie 2011	Doel visie/ blauwdruk	Situatie 2021	Financieel	
					Begroot	Realisatie
Gezondheidscentra EGB	Aantal in Nederland	38	19	26	28.8 M€	23,1 M€
	Aantal in buitenland	4	1	4		
Defensie Tandheelkundige Dienst	Aantal thk centra	?	7	17*		
	Aantal in buitenland		2	2		
	Mobiele tandartsbussen				0,75 M€	2,8 M€
	Verplaatsing tandartsstoelen				3.5 M€	-
Tweedelijns gezondheidszorg	Nieuwbouw CMH		Nieuwbouw was reeds voorzien		19,8	21,9 M€
Colocatie tandheelkundig centrum met poli kaakchirurgie				Thkc Utrecht op locatie poli kaakchirurgie		-
Colocatie staf EGB en DTD				Gecolocerd op de Kromhoutkazerne		-
MGLC verhuizing			Relocatie	Niet verhuisd		nvt
Totaal					52,85 M€	47.8 M€

Tabel 12: activiteiten en resultaten m.b.t. de doelstellingen voor infrastructuur *alle tandheelkundige centra zijn gecolocerd met gezondheidscentra

In de evaluatie van de reorganisatie EGB van december 2017 werd geconcludeerd dat de nieuwe regio-indeling van de gezondheidscentra van het EGB niet optimaal was en dat moest worden gekeken naar een nieuwe regio-indeling. Verschillen in het aantal gezondheidscentra en de geografische spreiding binnen een regio zorgden voor een onevenredige werklast bij voornamelijk de regionale functies. In een aantal gevallen is de effectiviteit afgenomen omdat patiënten bijvoorbeeld verder moeten reizen. Het knelpunt met betrekking tot de regio-indeling was al langer bekend en erkend en hier zou aan worden gewerkt. Ook uit gesprekken met de commandant DGO en zijn voorganger blijkt dat de discussie over het aantal gezondheidscentra nog niet is gesloten en daarmee het effect van optimale capaciteit nog niet volledig is bereikt.

Gedurende de gehele onderzoeksperiode is de infrastructuur een punt van zorg gebleven voor DGO. In 2018 meldt de commandant DGO dat “De noodzakelijke infrastructurele reparaties bij de verschillende zorgbedrijven zijn de afgelopen jaren dusdanig groot geweest dat het onontkoombaar was dat de winkel deels sluit tijdens deze “verbouwing”. Vanzelfsprekend heeft dit de gereedstelling van operationele eenheden geraakt, echter is onoverkomelijk om grotere problemen op de langere termijn te voorkomen”¹⁴.

In 2020 rapporteert de DGO met enige regelmaat dat de ouderdom van het vastgoed zeer zichtbaar is en het werken in sommige gevallen onmogelijk dan wel gevaarlijk maakt. Ook de IMG heeft hier meerdere keren over gerapporteerd gedurende de gehele onderzoeksperiode 2011-2021. In 2020 meldt de DGO bijvoorbeeld dat “Op verschillende plekken binnen DGO wordt de ouderdom van het vastgoed zeer zichtbaar. Het uitblijven van (periodiek) onderhoud aan gebouwen en installaties vergt zijn tol. Verouderde installaties of het niet aanwezig zijn van installaties als luchtbehandeling zorgt in sommige gevallen voor onaangename werkomstandigheden. Tevens kunnen de hygiënenormen door deze ouderdom niet altijd worden gegarandeerd”. Ook blijkt uit de DGO-rapportages dat infra en vastgoed gedurende de onderzoeksperiode steeds een punt van zorg is geweest.

Dit komt door de verouderde gebouwen met negatieve gevolgen voor de zorgkwaliteit. Infrastructuur werd in 2021 door DGO nog steeds aangemerkt als hoog risico voor de gezondheidszorg omdat nog niet alle doelen zijn bereikt. De commandant DGO bevestigt dit in een gesprek in 2022.

1.3 IV/ICT

De doelstellingen voor IV/ICT zijn beschreven in de blauwdruk/visie MGZ 2015, p. 86 (2011). Deze zijn als volgt geformuleerd:

Integrale medische IV, gemeenschappelijkheid, aanpassingsvermogen en flexibiliteit, COTS, geen scheiding tussen bestuur en operaties, op iedere plaats en tijd eenvoudige ontsluiting, een geïntegreerd elektronisch patientendossier, interoperabel met (in-ter)nationale gezondheidszorgsystemen, inzicht en controle over de gehele gewondenafvoerketen en in mogelijke veranderingen in gezondheidstoestand, op basis van output en resultaten adequate ondersteuning leveren van de commando-, bedrijfsvoering en processen en het doelmatig en beheersbaar inrichten van de IV/ICT.

Om deze IV-doelstellingen te verwezenlijken was volgens de blauwdruk/visie 2015 (p.89) een aantal investeringen benodigd, met een budget zoals in augustus 2011 voor 2012 vastgesteld van ca. 1 M€ per jaar.

De visie MGZ 2015 uit 2011 is op IV/ICT-gebied in 2018 gewijzigd. Hiervoor is een nieuwe koers bepaald die richting moest geven aan de vereiste digitale informatievoorziening voor de militaire gezondheidszorg. In oktober 2019 meldt de staatssecretaris aan de Kamer¹⁵ dat Defensie in een separaat (langer lopend) programma aan de verbetering van de medische informatievoorziening werkt. Dit programma Smart Band-Aid moet voorzien in moderne en wendbare IV en ICT voor zowel de operationele- als de reguliere militaire gezondheidszorg. Onderdeel van het programma is om de zorgbedrijven van Defensie aan te sluiten op de civiele zorgsystemen. In het operationele domein ligt de nadruk op digitalisering van operationele geneeskundige- en medische informatie. Ook zal ook de interoperabiliteit met de (NAVO-)partners onderdeel van het programma zijn. Dit programma kende een structurele reeks van € 5 miljoen per jaar.

Uit de rapportages van DGO blijkt dat vòòr 2020 weinig vernieuwingen op IV/ICT-gebied van enige betekenis zijn gerealiseerd. Vanaf 2020 is een aantal resultaten zichtbaar. In 2020 wordt melding gemaakt van de koppeling met het Landelijk Schakelpunt. Hierdoor wordt het mogelijk medicatiegegevens van een patiënt digitaal uit te wisselen in de keten en met andere, civiele, zorgverleners. Ook liep het project Delight binnen het programma Smart Band-Aid, dat voorziet in de vervanging van het elektronische patientendossier GIDS in de eerstelijnsgezondheidszorg. Na enige vertraging, is op 26 juni 2021 dit nieuwe nieuw elektronisch patientendossier (EPD) voor de eerstelijns gezondheidszorg, Defensie HiX, als onderdeel van project Delight ingevoerd. Met het nieuwe EPD werken (apothekhoudende) huisartsen, praktijkondersteuners, doktersassistenten, bedrijfsartsen en verpleegkundigen op verschillende praktijklocaties samen binnen één geïntegreerde ICT-oplossing. Dit betekent onder meer dat zij, wanneer zij samen een militaire patiënt behandelen, direct gebruik kunnen maken van elkaars registraties. Het nieuwe EPD faciliteert Defensie in de communicatie en de gegevensuitwisseling met andere zorgprofessionals binnen en buiten de militaire gezondheidszorg en met de militaire patiënt. Doordat zowel de eerstelijnszorg binnen Defensie als het CMH (en het MRC sinds 8 april 2022) gebruik maken van HiX, werken steeds meer onderdelen binnen Defensie op dezelfde, gestandaardiseerde wijze.

Vanaf 2020 zijn overeenkomstig de nieuwe strategische koers verdere verbeteringen gerealiseerd. Centraal stond het verbeteren van de bestaande digitale informatiesystemen binnen de reguliere militaire gezondheidszorg. In dit kader zijn volgens staf DGO onder meer gerealiseerd:

- Verouderde (maatwerk)informatiesystemen vervangen, zoals GIDS binnen de eerstelijns geneeskundige zorg en Ecaris binnen de revalidatiezorg (MRC);
- Achterstand in versiebeheer weggewerkt en systeemverbetering gerealiseerd, zoals USER en het EVS binnen de geestelijke gezondheidszorg (MGGZ);
- De beheerfunctie geoptimaliseerd;
- Inrichting ISMS (information security management system) binnen de zorginstellingen (MRC, CMH, CEAG, EGB en MGGZ) en certificering volgens ISO27001 en NEN7510 normen;
- In het najaar van 2021 werden de laatste werkzaamheden verricht om het project Delight verder geheel af te ronden.

14 Commandant DGO in Nota analyse en herstel traject MGZ 2020, p.5 (14-11-2018)

15 Kamerstuk 3 300 X, nr. 14, 22 oktober 2019

Tabel 13 geeft een overzicht van de stand van zaken van de IV/ICT-doelen uit de blauwdruk.

Boogd IV systeem in blauwdruk	gereed	Doel van het systeem	begroot	realisatie
Koppeling met LSP	2020	Gegevensuitwisselen in de keten	?	
Delight/ HiX	Q2 2021	Electronisch patientendossier voor geïntegreerde eerste lijns zorg	4,17 M€	4,52 M€
BPM/SOA programatuur	?	BV/IV/ICT waardoor slechts 1 applicatie nodig is voor alle benodigde functionaliteiten	-	Geen info
Web based afsprakensysteem	?	Verbetering afsprakensysteem	M€ 0,25	Geen info
Totaal aan jaarlijkse verwachte investeringen			M€ 1	M€ 5

Tabel 13: IV/ICT investeringen voor MGZ in de onderzoeksperiode 2011-2021 Bron: opgave staf DGO en Rijksictdashboard

In de jaren vóór 2020 wordt met enige regelmaat door DGO melding gemaakt van knelpunten in de IV/ICT van MGZ, waaronder een versnipperd IV-landschap, geen integraal inzicht, beperkte uitwisseling, schaarse deskundigheid en weinig middelen. Het bestaande systeem GIDS werd niet toereikend geacht. De IMG meldt al in 2010 respectievelijk 2014 dat het geneeskundig informatiesysteem GIDS niet optimaal bruikbaar wordt geacht en dat GIDS niet bijdraagt aan een goede zorgverlening. In de periode 2018 t/m 2020 werden de beperkingen in de IV/ICT door DGO aangemerkt als een hoog risico voor de bedrijfsvoering. De evaluatie van het DRP DGO bevestigt dit.

Op basis van de resultaten is vast te stellen dat aan alle doelen zoals die in 2011 zijn geformuleerd, weliswaar anders geformuleerd, is gewerkt. Voor een deel zijn deze ook gerealiseerd. Gezien het complexe landschap en de nog vooral papieren informatievoorziening binnen het operationele domein wordt in de komende jaren hier verder aan gewerkt. In 2021 meldt DGO dan ook nog dat “De beperkte capaciteit bij JIVC blijft een issue en de urgentie om uitvoering te geven aan de IV/IT-projecten om de verouderde systemen te vernieuwen blijft onverminderd hoog”.

1.4 Materieel

Het doel zoals verwoord in de Blauwdruk/Visie MGZ 2015, p.81 e.v. (2011) is dat de reguliere gezondheidszorg zoveel mogelijk wordt ingericht met materieel dat ook nodig is voor de voorziening van militaire gezondheidszorg onder operationele omstandigheden. De beoogde investeringen voor het materieel zijn in 2011 als volgt:

1.4.1 Aanschaf mobiele tandheelkundige-bussen: 0,75 M€;

Het doel was om drie ‘dental trucks’ (Mobiele Tandarts Praktijken) aan te schaffen. Dit werd noodzakelijk geacht voor dienstverlening op locatie van operationele eenheden. De geplande investeringen betroffen een bedrag van M€ 0,75. De drie mobiele tandheelkundige bussen zijn aangeschaft en operationeel sinds 2018. De uiteindelijk gerealiseerde uitgaven hiervoor zijn volgens staf DGO M€ 2,8. Gebruikers geven aan dat de mobiele tandartstrailers meer mogelijkheid geven voor flexibele inzet en schaalbaarheid.

1.4.2 Versterking Role-2:

- De doelen waren als volgt geformuleerd:
- Joint Geneeskundig Bataljon: door herverdeling kunnen de Role-2 eenheden (gedeeltelijk) worden voorzien van materieel;
 - Voor de Role-2 Basic MTF’s zullen lichtgewicht, geminiaturiseerde uitrustingen en infrastructuur moeten aangeschaft;
 - Voor de Role-2 Enhanced MTF’s zal een raamregeling voor het leasen van CT-scans moeten worden gerealiseerd (wellicht via NAMS);
 - Voor 2x Role-2 Enhanced MTF dienen containers te worden aangeschaft;

In de jaren vóór 2021 zijn geen resultaten gemeld. Op 11 juni 2021 wordt de Kamer geïnformeerd over het project Uitbreiding Role 2¹⁶. Vanwege het bereiken van het einde van de levensduur is het Mobiel Geneeskundig Operatiekamer Systeem (MOGOS) in 2015 buiten gebruik gesteld en door financiële beperkingen toen niet vervangen. Defensie beschikt sindsdien over slechts twee veldhospitelen in tenten met beperkte capaciteit. Het project Uitbreiding Role 2 voorziet in de verwerving van geneeskundige containers en bijbehorende modules (zoals energievoorziening en sterilisatietenten) waarmee een essentieel deel van de geneeskundige keten wordt hersteld. Dit vergt investering in lichtgewicht, geminiaturiseerd, pallet te verpakken en in elk transportmiddel te vervoeren materieel. Deze aanschaf moet de operationele geneeskundige capaciteit vergroten en kwalitatief verbeteren. Realisatie zal plaatsvinden in de periode 2021-2025.

Om drie identieke Role-2 veldhospitelen te realiseren is het plan om ruim 70 geneeskundige containers aan te schaffen, die voorzien in spoedeisende hulp en eerste- en tweedelijnszorg inclusief basischirurgie. De capaciteit en kwaliteit gaan hierdoor omhoog. De bedoeling is dat de eerste containers in 2025 in gebruik zijn. Eind 2021 wordt door Defensie ook gemeld dat 33 oude containers van het 400 Geneeskundig Bataljon, die in 2010 in gebruik werden genomen, een midlife update krijgen¹⁷.

Wat betreft CT-scans wordt in 2018 wordt melding gemaakt dat in Afghanistan op locatie een Duits Role-2 ziekenhuis is gevestigd, dat is voorzien van een CT-scan (een zogenoemd Role 2+ hospitaal), waarvan Nederlands eenheden gebruik kunnen maken¹⁸. De Nederlandse krijgsmacht beschikt zelf in de onderzoeksperiode niet over een CT-scan. Aanvullende onderzoeken met een CT-scan of een MRI, gebeuren met name in het Universitair Medisch Centrum (UMC) Utrecht.

1.4.3 In het Defensie Investeringsplan zal de additionele meerbehoefte voor de Role 2/3 aan boord van de JSS gehonoreerd moeten worden: ca. 1,5 M€;

Over de realisatie van dit in de blauwdruk vermeld doel is geen informatie bekend. CZSK geeft aan dat de verbruik en onderhoudskosten zijn opgenomen in de totale bandbreedte van gelden die CZSK jaarlijks (lump sum) aan DOSCO overmaakt. Specificatie hiervan naar Role 2/3 JSS is niet mogelijk.

1.4.4 Effecten herstructurering materieel

Tabel 14 geeft een overzicht van de stand van zaken.

Investering volgens blauwdruk	Stand van zaken	Begroting (M€)	Realisatie (M€)
3 Mobiele tandartsbussen	Operationeel in 2018	0,75	2,8
Versterking Role-2 door: - Herverdeling materieel Role-2 - Uitrusting en infrastructuur Role-2 basis MTF lichtgewicht uitrusting en infrastructuur - Leasen CT-scans voor Role-2 enhanced MTF - Containers Role-2 enhanced MTF	Investeringen Role-2 aangekondigd in 2021.19 Realisatie in periode 2021-2025. Geen eigen scans. Nederland maakte in Afghanistan gebruik van CT-scans van bondgenoten Nieuwe containers verwacht in 2025.	25-100	-
Meerbehoefte Role-2 JSS	Niet gerealiseerd.	1,5	Geen info

Tabel 14: stand van zaken m.b.t. materieelinvesteringen

16 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2020-2021, 27 380 nr. 340, dd. 11 juni 2021

17 Facelift voor mobiele geneeskundige containers | Innovatie bij Defensie | Defensie.nl dd. 21-12-2021

18 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2017-2018, 27 925, nr. 627, 29 januari 2018

Wat betreft het geneeskundig materieel voor het operationeel optreden blijkt uit rapportages van de IMG uit de periode 2016 – 2020 dat dit onvoldoende is. De IMG meldt in 2016 dat de bestaande afvoermiddelen niet toereikend zijn voor het huidige optreden zowel expeditionair als bij een grootschalig conflict. In 2019 en 2020 meldt de IMG nog steeds een tekort aan gewonden-transportmiddelen. In aanloop naar project MGZ2020 waren de militaire zorgverleners, vooral in de operationele geneeskundige keten, ontevreden over het vermogen van de DGO te voorzien in het juiste geneeskundig materieel in de juiste hoeveelheden, dat voorraden op orde komen en projecten gerealiseerd.

In 2018 meldt het project MGZ2020 zorgpunten op het gebied van materieel¹⁹. Zo zou 400 Gnkbat niet over geschikte tenten beschikken voor de taak, zijn de geneeskundige afvoermiddelen verouderd, beperkt inzetbaar en/of niet meer toegesneden op het optreden. Het project materieellogistiek van MGZ 2020 moet vervolgens voorzien in duidelijkheid en eenduidigheid over de processen die de uiteenlopende stakeholders in de materieellogistieke keten(s) gezamenlijk beheren om in de materieelbehoefte te voldoen. In oktober 2020 is de stand van zaken van dit project geëvalueerd. Een herzien plan van aanpak is geformuleerd en vastgesteld²⁰.

1.5 Afstotingen

Volgens de doelstellingen uit de Blauwdruk/Visie MGZ 2015, p.90 (2011) is een taakstellende reductie in de materiële exploitatie van 1,9 M€ voorzien.

Het gaat hierbij om:

- Stopzetting van de matex- en instandhoudingslijn van 3,5 x MOGOS systemen, inclusief 60 100kN voertuigen per medio 2013. Tevens het niet meer uit hoeven voeren van een MID-Life update (2013-2015 kosten ca € 15 miljoen) om het systeem nog 10 jaar gebruiksgereed te houden²¹;
- Afstoting ca. 80 voertuigen type YA 44q2;
- Afstoten verpleegcapaciteit;
- Afstoten (mogelijk) spec-container-capaciteit.

Verder stond in 2011 in het Defensie investeringsplan een reeks open voor het omzetten of vervallen van het Disease Surveillance System (DSS). In beide gevallen zou het een besparing opleveren van M€ 2,0 aldus de Blauwdruk/Visie MGZ 2015 p. 89 (2011).

Tabel 15 geeft een overzicht van de stand van zaken.

Afstotingsmaatregel	Stand van zaken 2011	opbrengst
Mobiel Geneeskundig Operatiekamer Systeem (MOGOS)	In september 2015 meldt Defensie aan de Kamer dat het MOGOS buiten gebruik is gesteld omdat deze niet voldoet aan de civiele normen.	Geen midlife update nodig van ca. €15 miljoen
60x 100kn voertuigen	Geen informatie	-
80 voertuigen type YA 4442	In project DVOW worden alle operationele wielvoertuigen van de CLAS vervangen. Niet alle voertuigen zullen 1 op 1 worden vervangen, maar transportcapaciteit wordt ingedeeld voor het verplaatsen van 2 x Role 2 ²² .	-
Verpleegcapaciteit	Er zijn 10 gezondheidscentra buiten gebruik gesteld.	Bij veel centra heeft dit financieel nagenoeg niets opgeleverd omdat het vaak gebouwen betreft die op een bestaand defensie terrein staan waardoor afstoting geen extra opbrengsten genereert. Enkel de instandhoudingskosten vervallen.
Containercapaciteit	Eind 2021 wordt gemeld dat 33 oude containers van het 400 Geneeskundig Bataljon, die in 2010 in gebruik werden genomen, een midlife update krijgen ²³ .	-
Overig materieel zoals operationele wielvoertuigen	na evaluatie zal afstoting plaatsvinden	-
Disease Surveillance System M€ 2,0 was beoogd	Geen informatie bekend	-

Tabel 15: stand van zaken t.a.v. afstotingen

Uit de beschikbare gegevens is niet te herleiden dat het beoogde doel van een reductie van € 1,9 miljoen in de materielexploitatie is bereikt.

1.6 Samenvattende bevindingen

Uit de paragrafen 1.1 - 1.5 komen de volgende samenvattende bevindingen.

- Uit de opgegeven cijfers blijkt dat de beoogde personele reductie van 23% is bereikt, weliswaar een jaar later dan bedoeld. Het beoogde effect was om voldoende capaciteit te hebben voor de behoefte van de krijgsmacht. Gedurende de gehele periode 2011 - 2021 was echter steeds sprake van personele tekorten in de gezondheidszorg, met name in de sleutelfuncties (militair) arts en verpleegkundige. De tekorten verschilden per defensieonderdeel en waren in de orde van 10-20% van de formatie. Vanwege de tekorten was met name bij genoemde sleutelfuncties steeds inhuur noodzakelijk, hetgeen alleen al bij DGO een fors beslag legde op financiële middelen;
- De herstructurering heeft niet aantoonbaar geleid tot een reductie in stafcapaciteit bij de militaire gezondheidszorg. Uit opgegeven cijfers blijkt een grotere stafcapaciteit dan was beoogd;
- In de infrastructuur zijn investeringen gedaan van tot op heden ca. €45 miljoen. Een deel van het programma loopt nog, een ander deel is in de afgelopen drie jaar gereedgekomen (o.a. nieuwbouw Stroe, Ermelo, Den Helder, Schiphol, CMH). In de gehele onderzoeksperiode rapporteerden DGO en IMG de infra als een zorgpunt en een risico voor de gezondheidszorg;
- Voor IV/ICT zijn concrete resultaten pas na 2020 gerealiseerd. Doelstellingen uit de blauwdruk zijn in 2018 gewijzigd. Totale investeringen bedroegen ca. € 24,5 miljoen. Het nieuwe elektronisch patiëntendossier is vanaf 2021 in werking. Gedurende de gehele onderzoeksperiode is IV/ICT door DGO gemeld als een knelpunt in de gezondheidszorg;
- Op het gebied van investeringen in materieel zijn, behalve drie mobiele tandartsbussen, geen concrete resultaten gerapporteerd. Investerings voor versterking van de Role-2 zijn in 2021 aangekondigd en moeten nog worden opgeleverd;
- Het is onduidelijk of het effect van een reductie in de matex van 1,9 M€ is bereikt. Er is geen informatie dat beoogde afstotingen opbrengsten hebben gegenereerd.

19 Materiele knelpunten: Nota analyse en herstel traject MGZ 2020 (14-11-2018)

20 Materiele knelpunten: Nota analyse en herstel traject MGZ 2020 (14-11-2018)

21 Rapport 4. 1 Geneeskundige Organisatie, p.14 (2011)

22 Bron: DRP Herinrichting Role 2 capaciteit SSM, p.10-11 (2017)

23 Facelift voor mobiele geneeskundige containers | Innovatie bij Defensie | Defensie.nl dd. 21-12-2021

2 Herstructurering MGZ

Dit hoofdstuk geeft de bevindingen bij onderzoeksvraag 2:

Is het proces tot herstructurering MGZ doelmatig uitgevoerd?

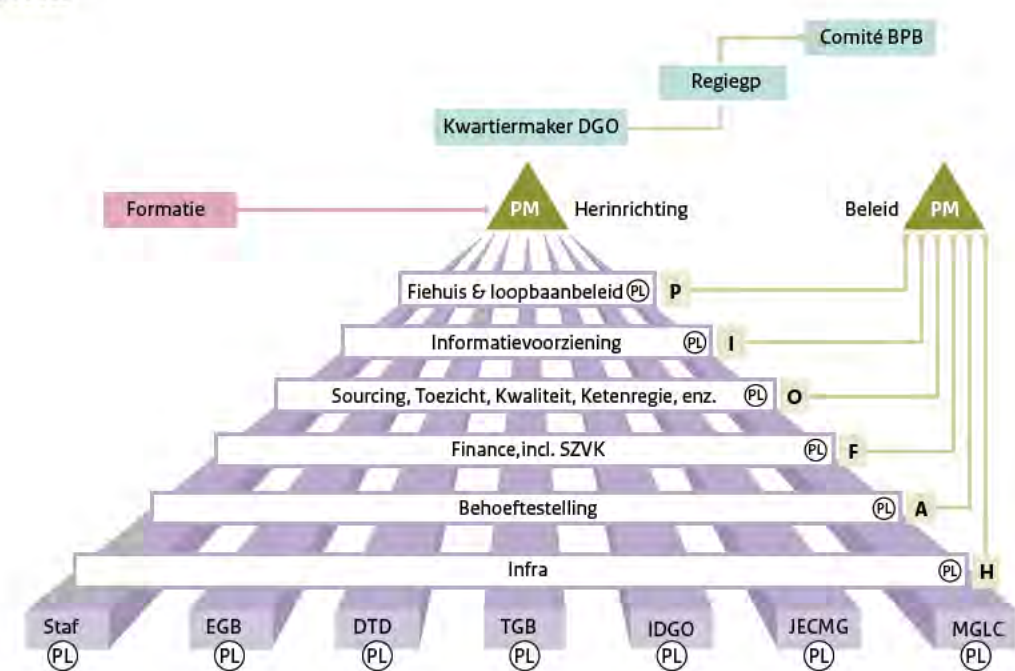
Het hoofdstuk beschrijft de wijze waarop het herstructureringsprogramma en -methodiek is uitgevoerd en hoe dat heeft uitgepakt, in hoeverre de beoogde organisatiestructuur is bereikt en hoe de planning en uitvoering van reorganisaties is verlopen.

2.1 Organisatie herstructureringsprogramma

2.1.1 Inrichting programmaorganisatie, governance

In de blauwdruk MGZ stond aangegeven dat ieder Opco zelf haar eigen Role-1 en Role-2 elementen reorganiseert. Daarnaast reorganiseren de Directie Militaire gezondheidszorg en de Bedrijfsgroep Gezondheidszorg tot DGO. Een overkoepelend programma dat defensiebreed de herstructurering gezondheidszorg coördineerde bestond niet. Voor de DGO zou men een kwartiermaker, twee programmamanagers en voor elk afzonderlijk deel van de reorganisatie projectleiders aanwijzen. Uiteindelijk is de kwartiermaker DGO gecombineerd met de taken van de programmamanagers. De synchronisatie van het geheel zou komen te liggen bij een regiegroep binnen de Defensiestaf. Met overleg tussen de Opco's, de regiegroep en de kwartiermaker zou men de fasering, prioritering en invulling bewaken (zie figuur 3). De Bestuursstaf stelde een coördinerend projectleider aan onder de SG, die de samenhang van de reorganisaties bewaakte.

Proces



Figuur 3: weergave van de inrichting van de programma organisatie
Bron: blauwdruk MGZ 2015, pag. 26 (2011)

Uit de evaluaties van de reorganisaties blijkt dat het programma bij CDC (nu DOSCO) bestond uit een stuurgroep, een programmabureau en een aantal projecten. De opdrachtgever voor het programma was de waarnemend commandant CDC en werd geadviseerd door de CDC-Raad. De CDC-Raad overlegde periodiek over van de voortgang van het programma. De opdrachtgever heeft de opdracht verstrekt aan de kwartiermaker (tevens commandant) DGO. De kwartiermaker was opdrachtnemer en droeg zorg voor de uitvoering van het programma. De opdrachtnemer was in deze hoedanigheid tevens voorzitter van de stuurgroep en was verantwoordelijk voor de aansturing van het programmabureau.

Het programmabureau was verantwoordelijk voor de dagelijkse sturing van de projecten en bewaakte de voortgang, toetste de opgeleverde (concept) producten, bewaakte de samenhang van het programma en de aansluiting op de militaire gezondheidszorg van de Opco's. C-DGO voerde periodiek overleg met de Defensieonderdelen middels een stuurgroep en een programmaoverleg met de stafartsen. C-DGO legde producten met advies voor aan C-CDC, die zijn CDC-Raad raadpleegde als klankbord en adviesorgaan. Elk project werd uitgevoerd onder leiding van een projectmanager.

De Opco's reorganiseerden hun deel van de gezondheidszorg binnen eigen programma's met de commandant Opco als opdrachtgever. Binnen de CLAS was het bijvoorbeeld onderdeel van de programmamanagementstructuur Atlanta, waarin een projectmanager gezondheidszorg was opgenomen, die verantwoording aflegde aan een programmaraad en uiteindelijk aan CLAS²⁴.

2.1.2 Programmamanagementmethodiek

Omdat geen centrale sturing en coördinatie bij de reorganisaties heeft plaatsgevonden, reorganiseerde elk Opco zijn geneeskundige capaciteit op volkomen verschillende wijze²⁵. Wel werd defensiebreed gekozen om de reorganisatie te besturen conform de methodiek PRINCE2. Hierop zijn de fasering van het programma, de deelprojecten en de rapportages afgestemd. Verder is gewerkt volgens het URD²⁶. Projectmanagers schreven beleidsvoornemens, op basis waarvan in overleg met de medezeggenschap voorlopige en definitieve reorganisatieplannen werden gemaakt.

In 2015 is door de ADR een onderzoek uitgevoerd naar de reorganisatie en de aanpak daarvan.²⁷ De belangrijkste bevindingen waren destijds:

Bevindingen ADR in 2015 over de reorganisaties	Oorzaak
Lange vertraging	Complexe situatie, tegengestelde belangen
Weinig draagvlak	Verandering werd gezien als opgelegde bezuiniging Herstructureringsplan is compromis Men is 'reorganisatiemoe'
Aanpak en regie leiden niet tot succes	Geen duidelijke verandervisie en -strategie Onduidelijk doel: bezuiniging of kwaliteitsverbetering? Routinematige wijze van reorganiseren Complex besturingsmodel Defensie Onduidelijke governancestructuur gezondheidszorg Medische beroepsgroep dominant bij verandering Geen business case Ineffectieve communicatie
Randvoorwaarden voor kwaliteit niet aanwezig	Personele onderbezetting Geen gecertificeerd kwaliteitssysteem Verouderde IV/ICT Verouderde infra

Tabel 16: bevindingen ADR en oorzaken over het reorganisatieproces bij DGO²⁷

24 Masterplan Atlanta, projectmaatregel 2.10 'Gezondheidszorg CLAS', projectinitiatiedocument, 7-2-2012
25 Nota "Analyse en hersteltraject Militaire Gezondheidszorg", DOSCO2018070976, 14 november 2018
26 Nota "Analyse en hersteltraject Militaire Gezondheidszorg", DOSCO2018070976, 14 november 2018
27 ADR/2015/663, Onderzoeksrapport Oprichting DGO bedrijven EGB en DTD, 22 april 2015

De volgende passages zijn een toelichting uit het ADR rapport (2015).

De reorganisatie is lang vertraagd, onder meer omdat de vakcentrales de reorganisatie en reductie van de militaire gezondheidszorg niet opportuun vonden, anders dan pas aan het einde van het totale reorganisatietraject van Defensie. De vakcentrales wilden de plannen niet bespreken, voordat duidelijkheid bestond over de kaders en reikwijdte van het voorzieningenniveau van de militaire gezondheidszorg. Hierdoor werd de reorganisatie voor onbepaalde tijd bevroren en werden beoogde einddata steeds naar achteren geschoven.

In eerste instantie, voordat de herstructurering begon, was de gedachte om zoveel mogelijk de gezondheidszorg te centraliseren. Men stond destijds voor de keuze om alle geneeskundige processen in één organisatie onder te brengen of het te laten zoals het was. Uiteindelijk werd het een compromis. De zorgbedrijven werden eigen organisaties onder DGO en een aantal kleine componenten bleven bij de Opco's bestaan. Opco-commandanten bleven verantwoordelijk voor de operaties inclusief geneeskundige zorg, waardoor de huidige hybride vorm ontstond.

Hoewel de reorganisatie is ingezet met als primair doel de gezondheidszorg te verbeteren, werd de verandering door het personeel vooral gezien als een bezuiniging en niet als kwaliteitsverbetering. De verandering werd ervaren als opgelegd. De visie en de blauwdruk voor de militaire gezondheidszorg waren initieel opgesteld in klein verband binnen de medische beroepsgroep en vormden een suboptimale oplossing. De gezondheidszorg werd immers slechts deels gecentraliseerd, waardoor veel afstemming noodzakelijk zou blijven tussen Opco's en DGO. Veel medewerkers hadden geen intrinsieke wens tot verandering, bij een deel van de medewerkers was sprake van wantrouwen ten opzichte van reorganisaties in het algemeen (reorganisatiemoeheid).

Aanpak en regie leidden niet tot succes. Men maakte geen duidelijke keuze voor een verandervisie en -strategie. De wijze waarop bij Defensie de besturing was opgezet gaf aanleiding tot onduidelijkheden. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden waren dusdanig verdeeld dat het de besturing compliceerde. Dit gold evenzeer voor de aansturing en regie van reorganisaties en in sterkere mate als deze defensieonderdeel-overschrijdend zijn, waar sprake was van een grotere verspreiding van verantwoordelijkheden.

De verandering was voor een groot deel opgezet en aangestuurd vanuit de medische beroepsgroep. Perspectief en betrokkenheid vanuit de lijn (gebruiker, leverancier, bestuur) bleven beperkt. Een business case was voor dit reorganisatieproject niet opgesteld. Omdat de verhoging van de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg een belangrijk doel was, had een business case in een vroeg stadium duidelijk kunnen maken welke alternatieven de meeste toegevoegde waarde hebben en welke baten werden verwacht van de reorganisatie.

Randvoorwaarden voor kwaliteit waren niet aanwezig. Het gaat hier om personele onderbezetting, het ontbreken van een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem, achterblijvende verbeteringen in IV-systemen en infra.

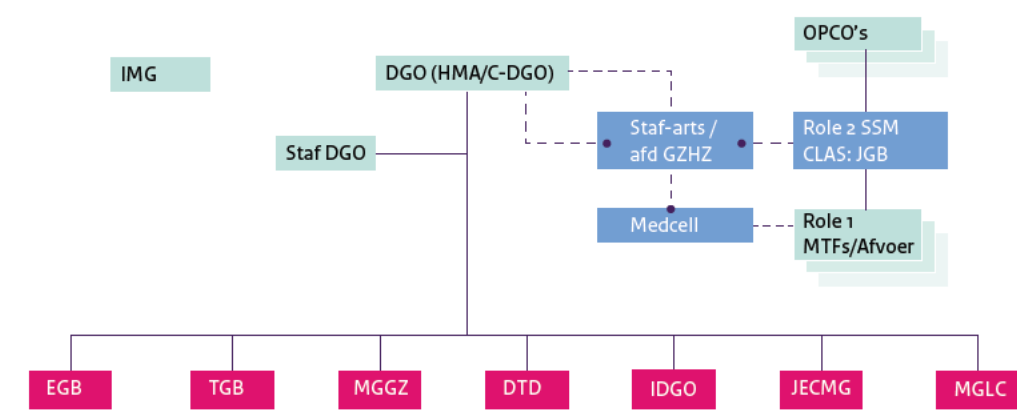
Uit het ADR-onderzoek van 2015 blijkt dat sprake was van een moeizaam, technocratisch en langdurig reorganisatieproces. In gesprekken met huidig en voormalig commandant DGO wordt dit beeld bevestigd.

2.2 Structuurwijziging MGZ

2.2.1 Organisatiestructuur

De doelstelling volgens de Blauwdruk/Visie MGZ 2015, p.5/22 (2011) was de volgende hoofdstructuur te realiseren:

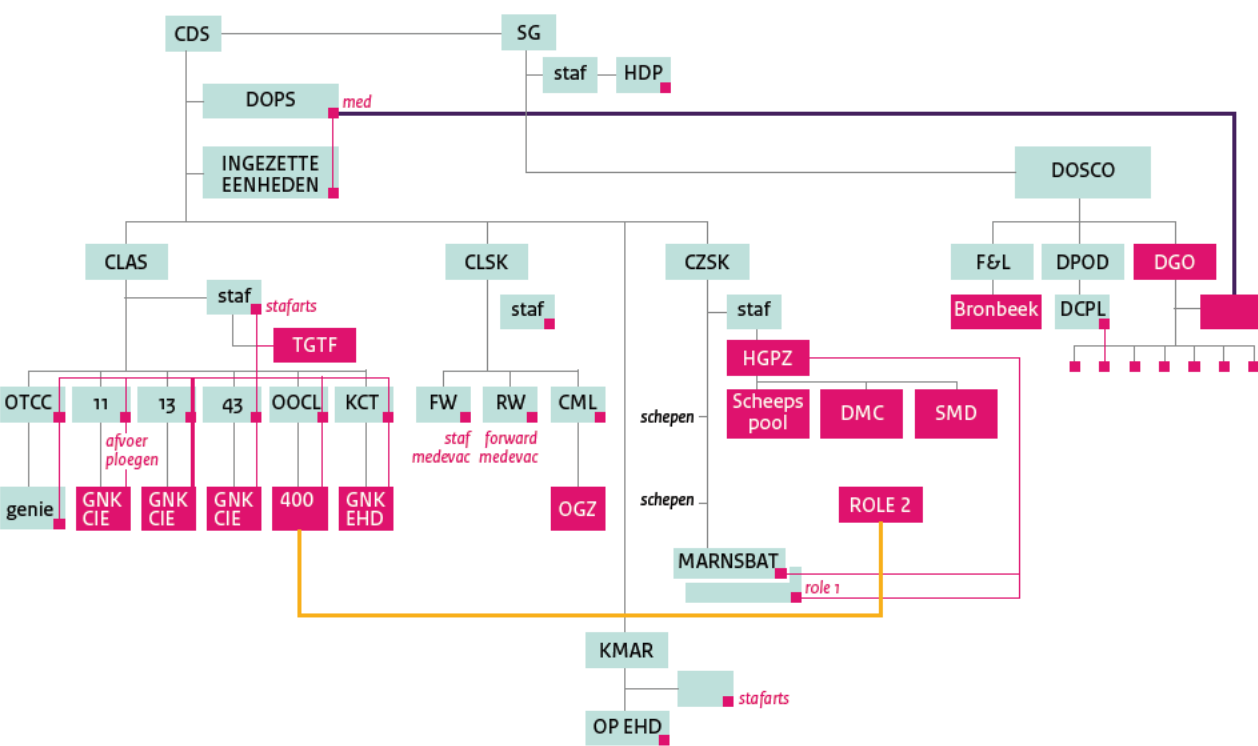
Hoofdstructuur Militaire GZHZ



Figuur 4: beoogde hoofdstructuur MGZ volgens blauwdruk /visie MGZ 2015 uit 2011

In 2021 is de volgende structuur van de MGZ vastgesteld:

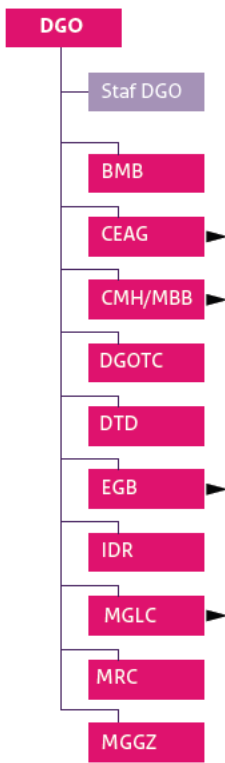
Gerealiseerde hoofdstructuur MGZ in 2021



Figuur 5: gerealiseerde hoofdstructuur MGZ in 2021. Bron: DOSCO, presentatie MGZ 2020

Uit de figuur 5 blijkt dat in grote lijnen de gewenste structuur is bereikt. Diverse gezondheidszorg elementen zijn nog ondergebracht bij de Opco's, zoals beoogd. Een beperkte wijzigiging op de beoogde structuur is dat bij de HDP hoofddirectie personeel een cluster gezondheidszorg is ondergebracht, wat in de blauwdruk niet was voorzien.

De huidige structuur van DGO is als volgt:



Figuur 6: huidige structuur van DGO. Bron: Divisie Defensie Gezondheidszorg Organisatie | Defensie Ondersteuningscommando | Defensie.nl

Uit figuur 6 is af te leiden dat alle bedrijven, zoals beoogd, zijn ondergebracht bij DGO. Verschil is dat het Tweedelijns gezondheidszorgbedrijf niet is opgericht. De zorgbedrijven CMH (inclusief bloedbank), MRC en MGGZ blijven zelfstandige zorgaanbieders, ressorterend onder C-DGO. Verder is een aantal benamingen van bedrijven gewijzigd. Het JECMG is gewijzigd in CEAG en het IDGO is gewijzigd in DGOTC.

2.2.2 Verdeling centrale vs. decentrale structuur

Een andere doelstelling voor de structuur MGZ was de verdeling van centrale vs. decentrale structuur. Deze is verwoord in de Blauwdruk/Visie MGZ 2015, p.3 en 51 (2011) als volgt.

- 1) De Role-1 capaciteiten (hulpdiensten en afvoergroepen) worden aanzienlijk gereduceerd in aantal. Met de inbedding in de Opco's blijft de noodzakelijke operationele binding overeind.
- 2) De Role-2 capaciteiten (hospitelen) van CLAS en CZSK worden samengevoegd in één SSM-eenheid bij het CLAS en fysiek geconcentreerd op één locatie. Dit Joint Geneeskundig Bataljon (JGB) kent een interservice vulling en zal de inzet van Defensie met kleine snel inzetbare en zwaardere hospitalen ondersteunen.
- 3) Alle overige gezondheidszorg elementen zullen doelmatig worden samengevoegd in een ondersteunende DGO.

Over de resultaten is het volgende te melden. Zoals te zien in figuur 5 is de Role-1 ingebed binnen de Opco's. Bij CZSK is dit ondergebracht bij bureau geneeskundige zorg, i.c. bij de mariniersbataljons (o.a. Role-1 commandogroep) en in de scheepspool van militair verpleegkundigen en artsen. De Medische cell (Medcell) is verantwoordelijk voor de operationele inzet van dit personeel om varende eenheden te ondersteunen tijdens inzet voor oefeningen en operaties. Bij CLSK is de Role-1 capaciteit ondergebracht bij de afdeling operationele gezondheidszorg (OGZ) van het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML). De operationele Role-1 capaciteit van het CLAS is ondergebracht in de geneeskundige compagnieën

van de drie brigades²⁸. Alleen het Korps commandotroepen heeft zijn eigen Role-1 capaciteit behouden. Binnen de respectievelijke brigadestaven is een medische cel opgericht. Het hoofd van deze MEDCELL vervult de rol van medisch adviseur binnen het brigadehoofdkwartier.

In 2017 wordt gemeld dat²⁹ de Role-2 capaciteiten zijn belegd bij het 400 Geneeskundig bataljon van de CLAS. Dit bataljon levert geneeskundige verzorging voor de hele krijgsmacht. De eenheid verzorgt o.a. een mobiele, kleine, snel verplaatsbare Role-2 Basic, een uitgebreide Role-2 enhanced of een Role-2 afloat (aan boord van een schip). Deze capaciteiten zijn tevens ter beschikking van CZSK.

Alle beoogde zorgbedrijven vallen inmiddels onder het DGO. Een aantal elementen valt echter niet onder DGO. De bedoeling was ook de kenniscentra te bundelen. Het gaat hier om specifieke bedrijfsgeneeskundige taken die zijn ondergebracht bij de Opco's, te weten het Duik Medisch Centrum (DMC) en de Sociaal-Medische Dienst bij CZSK, het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) bij CLSK en het expertisecentrum Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) bij CLAS. Dat niet alle kenniscentra zijn gebundeld maar voor een deel bij de Opco's gebleven, komt door het belang voor de operationele ondersteuning en de relatie met de inzetbaarheid van de militairen van het betreffende Opco, waardoor de Opco's aangaven de kenniscentra te willen behouden.

Wat de effecten betreft is het volgende te melden. De evaluatie van Role-1 in 2017 toont aan dat de Role-1 eenheden op dat moment niet volledig berekend zijn op hun taakstelling en ook niet opgewassen zijn tegen de nieuwe ontwikkelingen (meer nadruk op eerste hoofdtaak van de krijgsmacht).

In 2019 wordt gemeld³⁰ dat de herinrichting van de Role-2 niet heeft geresulteerd in een bataljon dat in de Role 2-behoefte van het CLAS en andere Opco's kan voorzien. De SSM-taak is breed beschreven om alle land-, lucht-, maritieme, amfibische en nationale operaties van Defensie met inzet van (mobiele) role 2-capaciteit te ondersteunen. De werkelijkheid in 2018 was echter dat tot dan toe alleen een beperkte Role-2 aan boord van marineschepen was uitgevoerd. Op dit gebied was de eenheid niet klaar voor de haar toebedachte rol. De evaluatie van de herinrichting somt een aantal beperkingen en knelpunten op³¹ die het voldoen aan de opdracht belemmeren.

2.3 Reorganisaties

2.3.1 Planning van de reorganisaties

Het doel was cf. de blauwdruk/visie MGZ 2015, p. 27 (2011) om vanaf oktober 2011 te starten met de reorganisatietrajecten en in januari 2014 gereed te zijn.

Onderstaande tabel laat zien hoe de planning van de reorganisaties in de tijd is verlopen.

Gezondheidszorgonderdeel	Initieel beoogde datum gereed	Daadwerkelijke datum gereed	Bijzonderheden
Staf DGO	September 2012	Mei 2013	Nieuwe reorganisatie gestart in 2019
EGB	Januari 2013	April 2016	
DTD	Januari 2013	Juni 2016	
MGLC	Februari 2013	Mei 2014	Nieuwe reorganisatie gestart in 2019
TGB	Januari 2014	3e kwartaal 2020	Reorganisatie liep door als optimalisatie tweedelijns zorg (OTG) ³²
MGGZ	Januari 2014	Januari 2014	Betrof een organisatiewijzing van minder dan 5 VTE, kwam als reorganisatieproject te vervallen Nieuwe reorg in 2018, gereed Q3 2020.
CEAG CEAG/BGZ	November 2013	Juli 2015 April 2016	Nieuwe reorg in Q1 2018, gereed in Q4 2019. Oprichting afdeling Bedrijfsgezondheidszorg
IDGO	Januari 2014	4e kwartaal 2015	Overgegaan als DG OTC. Nieuwe reorganisatie gestart in 2019, loopt nog
Role-1 CLAS*	Februari 2013		
Role-2	Oktober 2015	Oktober 2017	

Tabel 17: Overzicht tijdpad reorganisaties DGO. Bron: DGO-kwartaalrapportages, beleidsvoornemens, definitieve reorganisatieplannen en evaluaties van de reorganisaties
*Alleen de reorganisatie Role-1 bij CLAS is opgenomen, omdat deze substantieel groter was dan bij de andere Opco's

Zoals blijkt uit bovenstaande tabel zijn vrijwel alle reorganisaties, soms aanzienlijk, vertraagd. Een van de redenen van de vertraging was het nader onderzoek naar de kwaliteit van de zorg, dat zou plaatsvinden door een separate groep met vertegenwoordiging van centrales van overheidspersoneel en Defensie onder leiding van de toenmalige HDP. De meeste reorganisaties zijn uiteindelijk in 2016 gereedgekomen.

Op 26 oktober 2016 rapporteert de minister daarom aan de Kamer³³:
“De reorganisaties in de militaire gezondheidszorg die zijn aangekondigd in de Beleidsbrief 2011 zijn grotendeels voltooid. Vanwege de ingrijpende veranderingen in de eerstelijnsgezondheidszorg is de meeste aandacht in eerste instantie daarop gericht geweest. In het tweede kwartaal van 2016 is de eerstelijnsgezondheidszorg gereorganiseerd en zijn het EGB en de DTD opgericht. Eind 2017 zullen met de voltooiing van de reorganisatie «Optimalisatie Tweedelijns Gezondheidszorg» (OTG) alle DGO-reorganisaties van de Beleidsbrief 2011 gereed zijn. Hiermee is dan de beoogde fundamentele herstructurering van de Militaire Gezondheidszorg «Centraal versterkt, decentraal verankerd» gereed. Naast de beoogde personele reductie en de noodzakelijke kwaliteitsverbetering zal dan ook een einde zijn gekomen aan de versnippering in de militaire gezondheidszorg. De reorganisatie garandeert de toereikende geneeskundige ondersteuning van de ambities van Defensie door de DGO en de geneeskundige elementen bij de operationele commando's”.

28 Evaluatierapport Role 1 CLAS, pags 4,5,6, 11,15,16,19, (24-01-2017)
29 DRP Herinrichting Role-2 2 capaciteit SSM, p. 23-25 (2017)
30 Appreciatie evaluatie DRP Role-2 capaciteit SSM p. 13-15 (2019)
31 Appreciatie evaluatie DRP Role-2 capaciteit SSM p. 17,18,20,33,40 (2019)

32 In de oorspronkelijke plannen voor de DGO was een Tweedelijns Gezondheidszorgbedrijf (TGB) voorzien. Hierin zouden ondersteunende capaciteiten worden opgenomen die ook DGO-brede ondersteunende taken uit zouden voeren. Uiteindelijk kwam er geen TGB, maar ging het over in het project Optimalisatie Tweedelijns Gezondheidszorg (OTG) waar deze capaciteiten planmatig worden ondergebracht.
33 Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2016-2017, 33 763, nr. 115

2.3.2 Evaluaties van de reorganisaties

Gedurende de onderzoeksperiode is een aantal evaluaties uitgevoerd naar de reorganisaties. Het betreft onder meer de rapportages van de IMG en evaluaties van de gezondheidszorgorganisaties zelf. Hieronder volgen de belangrijkste resultaten.

De IMG sprak zich in de jaren 2012-2014 uit over de reorganisaties. In zijn jaarverslagen maakte hij melding van zijn zorgen over de onzekerheid voor het personeel en de impact op de voorzieningen en de zorgkwaliteit. Ook uitte hij zijn zorgen over de personele kwantiteit en kwaliteit als gevolg van verloop vanwege de vertraagde reorganisaties en de onrust daarover. Ook in 2017 constateerde de IMG een grote mate van weglek van personeel en daaruit voortvloeiend ervaring en kennis. De bezuinigingen en reorganisaties zijn hier mede debet aan, aldus de IMG.

Onderstaande tabel vat de belangrijkste bevindingen samen uit de verschillende evaluaties van de reorganisatie. Daarachter volgt per evaluatie een toelichting.

Eenheid	Evaluatie datum	Belangrijkste bevindingen uit de evaluaties van de reorganisaties
Staf DGO	29-03-2018	Beoogd doel niet gehaald Huidige vorm en omvang ontoereikend Gewijzigde taakstelling (beleidstaak is over naar HDP)
EGB	12-12-2017	Knelpunten bij materieel: lange levertijden en reactietermijnen Adequate samenwerking met geneeskundige diensten Opco's Inhuur noodzakelijk i.v.m. onderbezetting Deel van het vastgoed is van onvoldoende kwaliteit Regio indeling van de gezondheidscentra niet optimaal Start gemaakt met uniformiteit in materiële verwerving Ondersteuning aan Opco's met personeel ten behoeve van operationele inzet is zeer beperkt
DTD	28-11-2017	Meer grip op uniforme materiële verwerving Knelpunten bij materieel: lange levertijden en reactietermijnen Samenwerking en uitwisseling met Opco's is voldoende tot goed
CEAG	17-03-2017	Takenpakket na de reorganisatie uitgebreid en verzaamd Laag vullingspercentage (ca. 65%), vooral tekort aan bedrijfsartsen
DG OTC	24-05-2017 10-08-2020*	Middelen onvoldoende voor huidige klantvraag DG OTC niet in staat geweest om aan klantvraag te voldoen en taken uit te voeren Materieellogistieke proces loopt niet goed
Role-1 CLAS	24-01-2017	Reductie van 282 vte is gehaald Efficiëntere inzet van middelen door centralisatie Disbalans tussen capaciteit en vraag naar operationele gezondheidszorg Personeel en materieel structureel overbelast, kwaliteit onder druk Het idee van eenvoudig uitwisselen van middelen (pooling) is niet valide
Role-2	9-10-2018	400 Gnkbataal is SSM eenheid voor Role-2 ondersteuning 400 Gnkbataal niet in staat alle land-, lucht-, maritieme, amfibische en nationale operaties te ondersteunen, vanwege: - Personeelsproblemen (vulling ca. 63%); - Weinig ervaring met andere Opco's dan CLAS; - Verschillen in cultuur en organisatie bij Opco's; - Focus is verlegd van vredesoperaties naar artikel 5 operaties; - Beperkte beschikbaarheid materieel (o.a. transport, tenten).

Tabel 18: bevindingen uit evaluaties van reorganisaties bij DGO en CLAS *het betreft het Rapport studiefase van DOSCO naar DG OTC dd. 10-08-2020

Hierna volgt per evaluatie een toelichting.

Evaluatie Staf DGO

In de geëvalueerde periode heeft een aantal grote omgevingswijzigingen plaatsgevonden zoals een governance wijziging binnen de MGZ en een aantal projecten en ontwikkelingen zoals DOKM, MGZ 2020 en de topstructuur defensie. Het beoogde doel van de reorganisatie, het creëren van een kleine staf ter ondersteuning van C-DGO/HMA voor het flexibel opvangen van toekomstige ontwikkelingen, is niet volledig gehaald. In vorm en omvang zou de staf voldoende zijn toegerust, maar in 2018 werd geconcludeerd dat de vraag of de Staf DGO in staat was haar taken uit te voeren niet goed te beantwoorden was en dat de verwachting is dat minimaal een deel van de geconstateerde capaciteitstekorten structureel van aard is. De belangrijkste omgevingswijziging is dat de beleidstaak is overgegaan naar de HDP. Hiermee is de beleidstaak van DGO veranderd in een beleidsondersteunende taak. Op besturingsniveau lijkt de in het DRP gemaakte keuze tussen de rol van de bedrijven (zo zelfstandig mogelijk) en de staf (zo klein mogelijk) spanning en tegenstrijdige wederzijdse verwachtingspatronen tussen staf en bedrijven op te leveren. Dit komt de besturing en bedrijfsvoering niet ten goede, aldus de evaluatie.

Evaluatie EGB

Uit de evaluatie van het EGB blijkt dat de samenwerking van en binnen het EGB met de geneeskundige diensten van de Opco's zorgt voor een adequate aansluiting op de Opco's. Zo overlegt de commandant van het EGB periodiek met de stafartsen van de Opco's over de samenwerking op het gebied van operationele gezondheidszorg. De stafartsen hebben een vast aanspreekpunt voor de Opco-specifieke aangelegenheden. Verder blijkt dat veel betrokkenen de mening delen dat de huidige regio-indeling van het EGB niet optimaal is en dat men wil kijken naar een nieuwe regio-indeling. Men zag aanzienlijke verschillen in aantal gezondheidscentra en de geografische spreiding binnen een regio. Dit zorgt voor een onevenredige werklast bij voornamelijk de regionale functies. Ook blijkt dat de staat van een deel van het vastgoed van onvoldoende kwaliteit is. Voor wat betreft het materieelbeheer zijn, volgens de evaluatie, sinds de oprichting van het EGB grote stappen gemaakt. Doordat de Opco's voorheen zelf het beheer over het materieel deden, ontbrak het aan uniformiteit in de uitrusting van gezondheidscentra. Met de oprichting van het EGB is gestart met meer grip te krijgen op het materieel en te zorgen voor uniformiteit. Inmiddels is de leverbetrouwbaarheid van het MGLC 95%. Zoals ook uit de evaluatie blijkt was het EGB tijdens de onderzoeksperiode niet volledig gevuld.

Evaluatie DTD

De beoogde doelstelling van het terugbrengen van tandheelkundige centra in aantal is behaald. Voor wat betreft het materieelbeheer zijn sinds de oprichting van de DTD grote stappen gemaakt, aldus de evaluatie. Hier geldt hetzelfde als bij EGB. Voor wat betreft een deel van het materieel is de DTD afhankelijk van het MGLC. Hier werden de nodige knelpunten ervaren. De reactietermijn van het MGLC bij aanvragen of reparaties was lang, soms wel weken. Dit is voor een tandheelkundig centrum geen wenselijke situatie omdat men bijvoorbeeld patiënten niet kan behandelen op een defecte behandelstoel. De samenwerking en uitwisselbaarheid met de Opco's werd als voldoende tot goed beoordeeld. Men heeft niet het gevoel dat een strikte scheiding bestaat tussen de Opco's.

Evaluatie CEAG

Na de reorganisatie is het oorspronkelijke, in het DRP beschreven takenpakket van het CEAG uitgebreid en verzaamd. In die periode heeft het CEAG niet over alle toegekende middelen kunnen beschikken. Met name de personele vulling bleef achter bij de behoefte. Het effect van de ondervulling werd versterkt door de niet-optimale ondersteuning met IV/ICT middelen.

Evaluatie en studie DGOTC

Uit de evaluatie en studie blijkt dat het DGOTC niet in staat was om invulling te geven aan de taken zoals deze zijn toegewezen in de Blauwdruk MGZ 2015. Door het niet kunnen leveren van de vereiste opleidingen, trainingen en kennisproducten voor de defensieonderdelen is de operationele inzetbaarheid van de militair geneeskundige eenheden niet gegarandeerd. De infra-, ICT- en IV-structuren op het DGOTC blijken ontoereikend en sterk verouderd. De verwachting was dat de hernieuwde focus op de eerste hoofdtaken van Defensie (leidend tot groei van Defensie) en de extra aandacht voor leiderschap een toename van capaciteit van het DGOTC zal vereisen, maar in 2021 was deze situatie nog niet bereikt.

Evaluatie herinrichting CLAS Role-1

Het doel van een reductie van 282 VTE is gehaald. Tevens is door de centralisatie van de geneeskundige eenheden een efficiëntere inzet van de beschikbare middelen bereikt. Bovendien hebben opleiding en trainingen een eenduidige kwalitatieve boost gekregen. Echter vanwege de reductie bestaat een disbalans tussen beschikbare capaciteit en de vraag naar operationele gezondheidszorg. Daarnaast constateert men knelpunten in de bedrijfsvoering en de command en control van de eenheden. Een belangrijk deel van de capaciteit van CLAS, met name de combat support en combat service support kan niet geneeskundig ondersteund

worden; niet bij operationele inzet, maar ook niet tijdens het gereedstellingsproces. De geneeskundige eenheden zijn niet berekend op het uitvoeren van de daadwerkelijke geneeskundige verzorging taak ten behoeve van opleiding en training, oefeningen en steunverleningen, naast hun operationele taakstelling. Als bij operationele inzet geen aeromedevac gegarandeerd beschikbaar is, dan is de gewondenafvoer niet volledig mogelijk met de huidige ingedeelde capaciteit aan gewondentransportmiddelen. Deze evaluatie toont aan dat, ondanks buitengewone hoge inspanning van de eenheden, zij hun taken niet voldoende kunnen uitvoeren. Personeel en materieel wordt structureel overbelast en eenheden schieten kwantitatief tekort in hun uitvoering. De kwaliteit van het geleverde product staat hierdoor voortdurend onder druk.

Evaluatie Role-2

Het te bereiken effect was dat: "Na de reorganisatie is 400 Gnkbst SSM, ondersteund door DGO, in staat alle land-, lucht-, maritieme, amfibische en nationale operaties van Defensie met inzet van (mobiele) Role-2-capaciteit te ondersteunen. 400 Gnkbst SSM kan tevens bouwstenen leveren voor een Role 3-inzet in Multinationaal verband. De ingedeelde gewondentransportcapaciteit is noodzakelijk voor patiëntenvoer gerelateerd aan de Role-2". Dit effect is volgens de evaluatie niet bereikt. Redenen hiervoor waren dat de reorganisatie-opdracht tegelijkertijd een bezuiniging en een uitbreiding betrof van de opdracht aan de eenheid, namelijk om voor de gehele krijgsmacht Role-2-capability te leveren. Verder was sprake van personeelsproblemen: de bezuiniging is vooral uitgevoerd door in de ondersteunende capaciteit te snijden. De focus van de defensieorganisatie lag op vredesoperaties en de inzet werd gedacht altijd klein te zijn, dus een beperkte hoeveelheid ondersteunend personeel zou wellicht met enige moeite de ondersteuning voor de medische professionals goed kunnen waarborgen. Tenslotte is de uitvoering van de SSM-rol, dus het leveren van medische ondersteuning voor alle Opco's, nauwelijks uit de verf gekomen. Men heeft weinig ervaring opgedaan met de andere Opco's. Doctrines ontbraken, zoals het samenwerken met een amfibische eenheid als het Korps Mariniers. De samenwerking met de Role-2-aflaat aan boord van marineschepen, was nog verre van ideaal door de grote verschillen in cultuur en organisatie tussen de betrokken Opco's.



2.4 Samenvattende bevindingen

Uit de paragrafen 2.1 - 2.5 komen de volgende samenvattende bevindingen.

- Uit reorganisatieplannen blijkt dat het herstructureringsprogramma voor de defensiebrede gezondheidszorg niet gezamenlijk, maar per defensieonderdeel is uitgevoerd;
- Uit evaluaties van de reorganisaties blijkt dat de in 2011 geplande reorganisaties veelal moeizaam verliepen en voor de meeste onderdelen jaren langer hebben geduurd dan voorzien. Tijdens de onderzoeksperiode speelden een aantal nieuwe ontwikkelingen (o.a. doorontwikkeling krijgsmacht), die hebben gezorgd voor aanpassingen, o.a. in de personeelssterkte;
- Uit het huidige organogram blijkt dat de hoofdstructuur van de militaire gezondheidszorg is zoals beoogd in de blauwdruk. De DGO is opgericht met alle gezondheidszorgbedrijven eronder ressorterend, maar een aantal kenniscentra bleven bij de Opco's, o.a. vanwege de operationele binding.
- Opco's beschikken over eigen Role-1 elementen. Role-2 is grotendeels ondergebracht onder single servicemanagement (SSM) bij CLAS. Uit rapportages blijkt dat deze SSM-eenheid nog niet volledig in de behoefte kan voorzien om alle defensieonderdelen te ondersteunen;
- Uit evaluaties blijkt dat bij een aantal reorganisaties niet alle doelen zijn bereikt. Bij een aantal organisatiedelen (o.a. staf DGO, CEAG, DG OTC) bleek de capaciteit ontoereikend voor de taakstelling.

3 Financiën

In dit hoofdstuk staan bevindingen bij onderzoeksvraag 3:

Zijn de geraamde opbrengsten en uitgaven gerealiseerd?

Dit hoofdstuk geeft informatie die beschikbaar is over de gerealiseerde uitgaven en bezuinigingen op het gebied van exploitatie (personeel, materieel), investeringen en ontvangsten.

3.1 Financiële cijfers

De financiële grondslag voor de geneeskundige organisatie in 2011 is 203,3 miljoen euro³⁴. De financiële doelstellingen bestaan uit de opbrengsten zoals weergegeven in de bijlage bij de nota maatregelen beleidsbrief³⁵ en in tabel 19. Defensie moest jaarlijks € 42,2 miljoen bezuinigen, een percentage van ca. 20% van de grondslag (zie tabel 19). Over de hele onderzoeksperiode (2011-2021) was de totale beoogde bezuiniging als volgt:

Bezuinigingstaakstelling militaire gezondheidszorg (miljoen €)	2012	2013	2014	2015	2016 e.v.	Totaal 2012-2021
Totaal	0	27.9	42.2	42.2	42.2	
CZSK	0	4.5	6.9	6.9	6.9	59.7
CLAS	0	18.5	28.0	28.0	28.0	242.5
CLSK	0	2.8	4.2	4.2	4.2	36.4
KMAR	0	0.05	0.07	0.07	0.07	0.6
DMO	0	0	0	0	0	0
CDC	0	1.8	2.8	2.8	2.8	24.0
BS	0	0.2	0.3	0.3	0.3	2.5
Totaal						365.7

Tabel 19: beoogde financiële bezuiniging militaire gezondheidszorg Bron: nota maatregelen beleidsbrief 2011

3.1.1 Exploitatiekosten

Personele exploitatie. Beschikbare cijfers laten de volgende ontwikkeling zien van personele exploitatiekosten.

Persex M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO	*	*	*	55.4	63.8	84.8	91.9	98.9	104.0	101.9	118.8
CZSK	15.8	14.6	7.1	15.0	15.4	10.8	8.8	8.0	8.8	9.8	10.6
CLAS	64.4	61.0	60.6	64.4	65.7	51.5	40.2	40.9	43.2	48.6	50.2
CLSK	11.3	11.4	12.9	12.1	11.9	8.4	9.0	9.0	10.3	10.9	10.2

Tabel 20: gerealiseerde personele kosten (loonkosten en overige exploitatie) per Opco. Bron: rapportages DGO en opgave Opco's. *Uitgaven voor MGZ bedrijven in deze jaren zijn onbekend.

Uit bovenstaande tabel is op te maken dat bij CLAS een aanzienlijke reductie plaatsvond in de personele uitgaven vanaf 2016. Deze reductie lag tussen de 20% en 37% in de jaren vanaf 2016, ten opzichte van de uitgangssituatie in 2011. Ook bij CZSK namen de personele uitgaven sterk af, meer dan 30%. Bij DGO namen de exploitatieuitgaven juist toe in die periode vanwege de oprichting van EGB en DTD, waardoor het personeelsbestand aanzienlijk steeg.

Materieelexploitatie. In de blauwdruk MGZ was een taakstellende reductie in de materiële exploitatie van 1,9 M€ voorzien. Dit zou moeten worden bereikt door stopzetting of afstoting van materieel en systemen (o.a. voertuigen, containers, zie 1.5).

34 Uitwerking onderzoeksopdracht 'geneeskundige organisatie' versie definitief 11 februari 2011

35 Defensiestaf, BS/2011014944 dd. 18 mei 2011

Opbrengsten uit afstotingen zijn echter niet bekend (zie hoofdstuk 1). Onderstaande tabel bevat de door defensieonderdelen aangegeven cijfers over de ontwikkeling van materiele exploitatiekosten.

Matex M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO	*	*	34.0	38.3	38.4	39.5	40.2	39.4	42.7	44.6	44.6
CZSK	0.9	0.5	0.4	0.3	0.7	0.5	0.4	0.3	0.1	0.6	0.7
CLAS	0.2	0.02	0.04	0.04	0.03	0.05	0.09	0.1	0.1	0.2	0.4
CLSK		1.6	0.8	0.9	0.5	0.6	0.4	0.4	0.8	0.4	0.3

Tabel 21: gerealiseerde uitgaven materieelexploitatie per Opco. Bron: opgave Opco's, rapportages DGO. *Uitgaven voor MGZ bedrijven in deze jaren zijn onbekend.

Op basis van de cijfers in tabel 21 is niet te herleiden dat de materieelexploitatieuitgaven zijn verminderd. Dit komt mede doordat in 2013 bij defensie door centralisatie de budgetten voor materieel in veel gevallen (in het kader van VAM, vraag- en aanbodmanagement) zijn ondergebracht bij andere defensieonderdelen dan die waarvoor het materieel bedoeld is. In de praktijk kan het betekenen dat sommige kosten van geneeskundig materieel bij een ander organisatieonderdeel terechtkomen. Wel is duidelijk dat de matex uitgaven bij de drie Opco's gering waren ten opzichte van de persex uitgaven.

Totale exploitatie vs. bezuinigingen. Onderstaande tabel combineert de gegevens uit de tabellen 19, 20 en 21. Het laat per Opco zien wat de totale exploitatieuitgaven zijn geweest en wat de gerealiseerde bezuiniging is ten opzichte van de opgelegde taakstelling.

Totale exploitatie en bezuinigingen MGZ (M€)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Totaal
DGO	*	*	34.0	93.7	102.2	124.3	132.1	138.3	146.7	146.5	163.4	1081.2
CZSK	16.7	15.1	7.5	15.3	16.1	11.3	9.2	8.3	8.9	10.4	11.3	130.1
Beoogde bezuiniging	0	0	4.5	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	6.9	59.7
Gerealiseerde bezuiniging	0	1.6	8.2	1.4	0.6	5.4	7.5	8.4	7.8	6.3	5.4	52.6
CLAS	64.6	61.0	60.6	64.4	65.7	51.6	40.3	41.0	43.3	48.8	50.6	591.9
Beoogde bezuiniging	0	0	18.5	28.0	28.0	28.0	28.0	28.0	28.0	28.0	28.0	242.5
Gerealiseerde bezuiniging	0	3.6	4.0	0.2	-1.1	13.0	24.3	23.6	21.3	15.8	14.0	118.7
CLSK	11.3	13.0	13.7	13.0	12.4	9.0	9.4	9.4	11.1	11.3	10.5	124.1
Beoogde bezuiniging	0	0	2.8	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	36.4
Gerealiseerde bezuiniging	0	-1.7	-2.6	-1.7	-1.1	2.3	1.9	1.9	0.2	0	0.8	0.0
Totaal 3 Opco's	92.6	89.1	81.8	92.7	94.2	71.9	58.9	58.7	63.3	70.5	72.4	846.1
Beoogde bezuiniging	0	0	25.8	39.1	39.1	39.1	39.1	39.1	39.1	39.1	39.1	338.6
Gerealiseerde bezuiniging	0	3.5	9.6	-0.1	-1.6	20.7	33.7	33.9	29.3	22.1	20.2	171.3
Totale exploitatie-uitgaven Opco's+DGO	92.6	89.1	115.8	186.4	196.4	196.2	191.0	197.0	210.0	217.0	235.8	1927.3

Tabel 22: totale exploitatie uitgaven aan MGZ per Opco met de beoogde en gerealiseerde bezuiniging ten opzichte van 2011. *Uitgaven voor MGZ bedrijven in deze jaren zijn onbekend.

Uit tabel 22 is af te leiden dat de exploitatieuitgaven van de Opco's tijdens de onderzoeksperiode zijn verminderd ten opzichte van 2011. Desalniettemin is de opgelegde bezuinigingstaakstelling bij de drie Opco's hiermee slechts voor ongeveer de helft afgedekt (171.3 M€ vs. 338.6 M€). De totale exploitatieuitgaven bij DGO zijn in de onderzoeksperiode steeds gestegen door beleidsontwikkelingen die zich gedurende de onderzoeksperiode hebben voorgedaan (waaronder DOKM, assortimentsgewijs werken e.d.).

De overige defensieonderdelen (KMar, DMO, BS en CDC) zijn hierin niet meegenomen, maar deze vormen slechts een gering deel van de totale bezuiniging (ca. 7%). De totale exploitatieuitgaven komen vanaf 2019 boven de initiele financiële grondslag uit 2011 van €203,3 miljoen. Of en op welke wijze de resterende opgelegde bezuiniging is afgedekt, is niet bekend.

3.1.2 Investerings

Voor zover bekend is in de onderzoeksperiode sprake geweest van de volgende investeringskosten (zie ook hoofdstuk 1):

Categorie	specificatie	Realisatie (M€)
Infrastructuur	Gezondheidscentra	23,1
	CMH	21,9
IV/ICT	Elektronisch patientendossier	4,5
	Divers á 5 M€ per jaar gedurende 2018-2021	20*
Materieel	Mobiele tandartsbussen	2,8
Afstotingen	Geen opbrengsten bekend	-
DGO diversen		22,3
CLAS		5.1
Totaal		99.8

Tabel 23: gerealiseerde investeringen gezondheidszorg in periode 2011-2021 *dit was het geraamde bedrag, exacte uitgaven zijn niet bekend

investeringen	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO*			2.5	4.7	3.0	2.0	4.5	5.0	4.5	4.4	11.7
CLAS**	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	2.4	1.2

Tabel 24: gerealiseerde investeringen DGO en CLAS. Bron: DGO managementrapportages, opgave CLAS. *incl. IV/ICT **CZSK en CLSK geven aan geen realisatie investeringen te hebben cq. dat dit onder matex valt

De investeringen bij DGO komen voort uit ontvangsten uit door DGO geleverde en gedeclareerde zorg. DGO gebruikt deze gelden voor diverse investeringen, bijvoorbeeld in geval van (IV) projecten.

3.1.3 Ontvangsten

De ontwikkeling van de ontvangsten bij DGO is als volgt:

Ontvangsten M€	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
DGO			38.5	39.8	42.3	58.9	72.3	70.8	62.3	62.2	63.2

Tabel 25: gerealiseerde ontvangsten DGO. Bron: DGO rapportages Noot: De sprong van 2015 naar 2016 wordt verklaard door toevoeging van DTD en EGB aan de DGO. De hogere ontvangsten in 2017 en 2018 worden verklaard door ontvangsten voor investeringen in het CMH.

Sinds 2013 hebben de ontvangsten binnen de begroting een directe relatie met de hoogte van de uitgaven en investeringen die de DGO bedrijven doen. Hierdoor is het mogelijk om extra investeringen en initiatieven ter verbetering van de zorg te financieren vanuit de zorgontvangsten, mits hier extra ontvangsten tegenover staan. Door deze ontwikkeling is het beheer van de ontvangstenstromen en het terugdringen van de achterstanden op het gebied van declaraties extra belangrijk geworden. Met oprichting van het ZDE³⁶ in 2018 is de uitvoering en coördinatie op één centraal punt belegd. Van de ontvangsten kan DGO een bedrag gebruiken voor eigen investeringen in de kwaliteit van reguliere militaire gezondheidszorg (zie tabel 24).

3.2 Samenvattende bevindingen

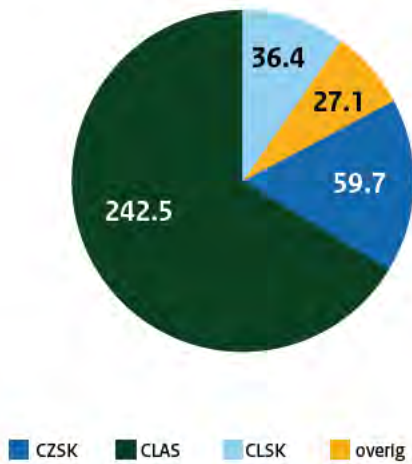
Financieel was de doelstelling om op de in 2011 bestaande omvang van € 203 miljoen voor de gezondheidszorg ca. € 42 miljoen per jaar

36 Bij de optimalisatie van de tweedelijns gezondheidszorg is voor het beheren van de zorginkoop en -ontvangsten, de zorgadministratie- en zorgdeclaratie expertise en de zorgproductieanalyses en -prognoses' de afdeling Zorginformatie en Declaratie Expertise opgericht binnen het IDR.

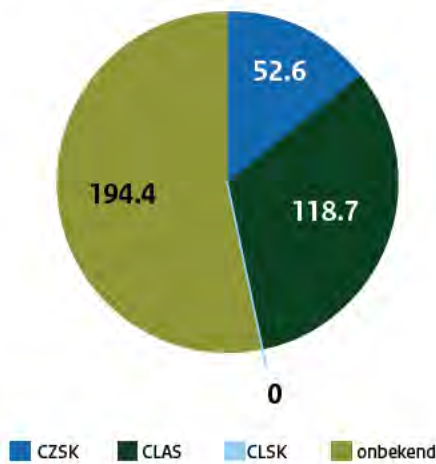
te besparen (ca. 20%). Over de onderzoeksperiode (2011-2021) is dit een totale bezuinigingstaakstelling van €365,7 miljoen, waarvan €338,6 miljoen (ca. 93%) bij de drie Opco's vandaan zou moeten komen. Uit de beschikbare cijfers is af te leiden dat deze opgelegde bezuiniging van €338.6 miljoen bij de Opco's in de onderzoeksperiode voor ongeveer de helft (met €171,3 miljoen) is afgedekt met daling in de exploitatieuitgaven. Bij DGO zijn de exploitatieuitgaven in de onderzoeksperiode jaarlijks gestegen. Het is niet bekend of en op welke wijze de resterende bezuinigingstaakstelling (ca. €194 miljoen) is afgedekt. Volgens de beschikbare cijfers bedroegen de investeringsuitgaven in de onderzoeksperiode voor vastgoed, infra, ICT en materieel totaal ca. €100 miljoen. Over de opbrengsten van afstotingen is geen informatie bekend.

Onderstaande figuren geven een illustratie van de bezuinigingen en de uitgaven voor MGZ in de onderzoeksperiode 2011-2021 gebaseerd op de beschikbare cijfers uit rapportages en opgaven van defensieonderdelen.

Beoogde bezuinigingstaakstelling MGZ in M€ voor de periode 2012-2021 in totaal 365,7 M€



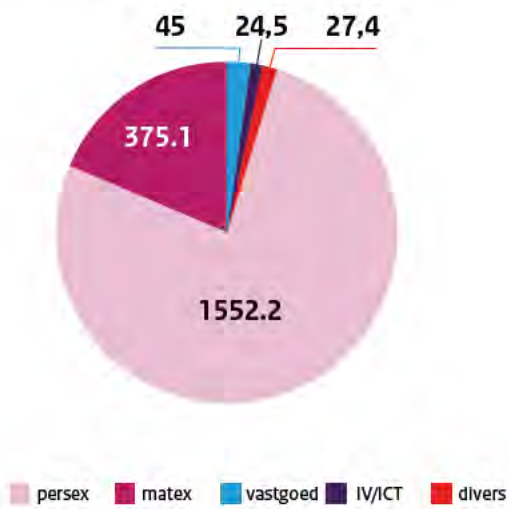
Gerealiseerde bezuiniging MGZ in de periode 2012-2021 in M€



Uitgaven voor de MGZ in M€ in de periode 2012-2021 per defensieonderdeel (in totaal 207,1 M€)



Uitgaven voor MGZ per categorie in de periode 2012-2021



4 Inrichting MGZ

Dit hoofdstuk geeft bevindingen bij onderzoeksdeelvraag 4:

Heeft de herstructurering geleid tot een doelmatige inrichting van het geneeskundig systeem?

Het hoofdstuk beschrijft wat uit open bronnen (rapportages, evaluaties) en interviews is op te maken over de mate van het behalen van de beoogde effecten die te maken hebben met de inrichting van de MGZ en de verbeteringen in cultuur en kwaliteit.

4.1 Inrichting MGZ

Onderstaande tabel geeft een samenvatting weer van de bereikte effecten op het gebied van herinrichting MGZ. Vervolgens wordt dit in de tekst toegelicht.

Onderwerp	Doelstelling cf. blauwdruk/visie	Bereikte effecten
Decentrale verankering Role-1 en Role-2	Optimale afstemming Role-1 en 2 op operationele behoefte en missies	Role-1 eenheden niet volledig berekend op taak. Inzetbaarheid Role-2 niet voldoende gegarandeerd.
Centrale versterking	Minder interne kwetsbaarheid door minder besturende en uitvoerende elementen in de MGZ	MGZ nog organisatorisch versnipperd. Governance ontoereikend en moet worden aangepast.
Geen onnodige duplicering	Beperkt aantal kenniscentra, los van Opco indeling	Opco's houden kenniscentra, maar deze zijn specialistisch van aard
Defensiebrede harmonisatie	Werkwijze en organisatie tussen Opco's en met DGO harmoniseren, maximale uitwisselbaarheid	Harmonisatie voorschriften opgesteld. M.n. materieellogistieke processen verlopen nog niet unifom.

Tabel 26: effecten van de herinrichting militaire gezondheidszorg 2011-2021 Bron: rapportages IMG, evaluaties reorganisaties, nota's en rapportages DGO

4.1.1 Decentrale verankering Role-1 en Role-2

De doelstellingen waren:

- optimale afstemming van Role-1 en Role-2 op de operationele behoefte van de opo's en van de missies;
- minder scheiding tussen reguliere en operationele gezondheidszorg;

Uit rapportages, evaluaties en interviews is het volgende hierover opgemerkt:

De IMG geeft in zijn jaarverslagen aan dat de planning, regievoering en het verlenen van militair operationele voorzieningen tekort schieten (2016). In 2017 blijkt dat zowel tijdens uitzending als bij meerdere oefeningen de geneeskundige keten nog altijd duidelijke tekortkomingen bevat op het gebied van sturing, procedures, bemensing en materieel. In 2019 constateert de IMG dat de inzetbaarheid van Role-2-basis met materieel, personeel, logistiek en procedures nog steeds niet voldoende gegarandeerd kan worden en dat normering, uitrusting en materiele capaciteit niet op orde waren.

De evaluatie van Role-1 in 2017 toont aan dat de Role-1 eenheden op dat moment niet volledig berekend zijn op hun taakstelling en ook niet opgewassen zijn tegen de nieuwe ontwikkelingen. Deze situatie brengt grote risico's met zich mee, aldus de evaluatie. Een belangrijk deel van de capaciteit van CLAS, met name de combat support en combat service support kon niet geneeskundig ondersteund worden; niet bij operationele inzet, maar ook niet tijdens het gereedstellingsproces. De geneeskundige eenheden zijn niet berekend op het uitvoeren van de daadwerkelijke geneeskundige verzorging taak ten behoeve van opleiding en training, oefeningen en steunverleningen, naast hun operationele taakstelling. Omdat bij operationele inzet geen aeromedevac gegaran-

deerd beschikbaar is, is de gewondenafvoer niet volledig mogelijk met de huidige ingedeelde capaciteit aan gewondentransportmiddelen. Sinds de uitzendingen naar Afghanistan heeft Defensie voor Role-1 geen ketenoefening meer uitgevoerd.

De evaluatie van de Role-2 concludeert in oktober 2018 dat de krijgsmachtbrede taak, i.c. de uitvoering van de SSM-rol, dus het leveren van medische ondersteuning voor alle Opco's, nauwelijks uit de verf is gekomen. Men heeft weinig ervaring opgedaan met de andere Opco's. Doctrines ontbraken, bijvoorbeeld voor samenwerking met een amfibische eenheid als het Korps Mariniers. Samenwerking met de Role-2-afloat aan boord van marineschepen, is nog niet ideaal door de grote verschillen in cultuur en organisatie tussen de betrokken Opco's, aldus de evaluatie Role-2. Sinds 2015 heeft de MGZ, met uitzondering van de vloot, geen Role-2 meer uitgebracht. De Role-2 heeft niet de juiste middelen om binnen de eerste hoofdtak op te treden. Dat gaat dan om tenten, aggregaten, voertuigen, infrastructuur en ge- en verbruiksmiddelen. Ook het transport van de Role-1 naar de Role-2 is niet geregeld.

4.1.2 Centrale versterking

De doelstelling was minder interne kwetsbaarheid door minder besturende en uitvoerende elementen in de MGZ. De DGO moest de Role-1 en Role-2-elementen maximaal ondersteunen teneinde de benodigde medische inhoudelijke kwaliteiten te bereiken (Blauwdruk/Visie 2015, p. 92 (2011)).

Dat nog steeds interne kwetsbaarheid bestaat blijkt uit de jaarverslagen van de IMG en uit rapportages van commandant DGO, het programma MGZ 2020 en de ketendoorlichting MGZ in 2020. Onderstaand wordt dit toegelicht.

In 2017 constateert IMG dat bij het DG OTC³⁷ de geneeskundige opleidingen verbetering behoeven. Ook hier is door capaciteits-tekort een frictie ontstaan tussen de behoefte van het EGB en de Opco's enerzijds en de beschikbare opleidingsmogelijkheden anderzijds. In 2020 constateert de IMG nog steeds problemen met personeels- en ICT-zaken in de opleidingen. Ook DOSCO constateert in 2020³⁸ dat het DGOTC niet in staat is om invulling te geven aan de taken zoals deze zijn toegewezen in de Blauwdruk MGZ 2015. Door het niet kunnen leveren van de vereiste opleidingen, trainingen en kennisproducten voor de Defensieonderdelen is de operationele inzetbaarheid van de militair geneeskundige eenheden niet gegarandeerd, aldus DOSCO in 2020.

In 2018 constateert de commandant DGO³⁹ dat de MGZ organisatorisch extreem versnipperd is. Naast de DGO, waar ongeveer 60% is geconcentreerd, bestaan volgens C-DGO nog 28 geneeskundige eenheden en staven. Zij ressorteren onder acht vlag- en opperofficieren en het geheel maakt gebruik van vier P&O diensten.

Verder constateerde de commandant DGO in 2018 dat de governance van de MGZ versnipperd is en niet meer in lijn met de initiële opzet in de blauwdruk militaire gezondheidszorg van 2011. C-DGO stelt dat: "De gedachte vanuit de blauwdruk was om de MGZ centraal te versterken en decentraal te verankeren. Hiertoe werd beleid, bestuur en expertise in een hand belegd bij C-DGO binnen het DOSCO. Daarnaast bleven de operationeel geneeskundige eenheden binnen de Opco's om het operationeel optreden maximaal in te bedden in de gevechtseenheden. Echter, uiteindelijk zijn de expertisecentra toch bij de Opco's gebleven en heeft geen centrale sturing en coördinatie bij de reorganisaties plaatsgevonden. Hierdoor heeft elk Opco zijn geneeskundige capaciteit op volkomen verschillende wijze georganiseerd. Verder is in 2016 de beleidstaak verdwenen uit het pakket van C-DGO en is ook de term Hoogste Medische Autoriteit onder druk van de bonden ingetrokken, waarmee de facto het mandaat van C-DGO voor het borgen van de samenhang binnen de MGZ verdween".

In 2018 is mede daarom het programma MGZ 2020 opgezet. Aanleiding was het jaarverslag 2017 van de IMG. Hierin constateerde hij dat zowel tijdens uitzendingen als bij meerdere oefeningen was gebleken dat de geneeskundige keten duidelijke tekortkomingen kent op het gebied van sturing, procedures, bemensing en materieel. In evaluaties van de operationele gezondheidszorg bij oefeningen en inzet was hetzelfde geconstateerd. De ambitie van het programma MGZ 2020 was randvoorwaarden te realiseren om de kwaliteit van de militair geneeskundige zorg- en dienstverlening structureel te verbeteren, te bewaken en te beheersen. Het programma MGZ 2020 is met een half jaar verlengd, tot 1 juli 2021, om het certificeren van zorgbedrijven en geneeskundige eenheden te realiseren. Enige achterstand was opgelopen door de COVID-19 crisis.

37 In 2015 is het DGOTC ontstaan uit een fusie van het Instituut Defensie Geneeskundige Opleidingen (IDGO), Het Kennis- en Trainingscentrum Geneeskundige Dienst Koninklijke Landmacht, het Geneeskundig Opleidings- en Trainingscentrum (GOTC) van het CLSK en het skills-lab van CZSK.

38 DOSCO, rapport studiefase DGOTC, 10-08-2020

39 Nota "Analyse en hersteltraject Militaire Gezondheidszorg", DOSCO2018070976, p.2, 14 november 2018

In de risicoanalyse van programma MGZ2020 (april 2019) werd de operationele planning MGZ als een risico onderkend⁴⁰. Een integrale gereedheidsplanning en aansluiting tussen de geneeskundige elementen in de keten wordt als essentieel gezien voor het leveren van goede zorg onder operationele omstandigheden. Ook stelt het programma MGZ 2020 dat in het militair operationele planning- en besluitvormingsproces van Defensie de operationele gezondheidszorg (OGZ) niet formeel of nauwelijks is vertegenwoordigd binnen de Defensiestaf. Dit heeft als gevolg dat, vanwege de regelgeving, de Defensiestaf in zijn operationele gereedheidsplanning niet de OGZ betreft. Het programma MGZ 2020 stelt verder dat de militair operationeel geneeskundige keten is opgebouwd uit capaciteiten van verschillende eenheden, uit verschillende Opco's. De planning is daarom Opco-overstijgend. Het gewenste resultaat, een vastgesteld proces voor operationele geneeskundige planning, is niet tijdig behaald

Een andere ontwikkeling die vanaf 2020 speelt is de ketendoorlichting MGZ. Deze ketendoorlichting is in het kader van de herziening topstructuur defensie gestart. In het rapport over de ketendoorlichting zijn verschillende knelpunten opgenomen en oplossingsrichtingen aangedragen. Zo werd geconstateerd⁴¹ dat de CDS onvoldoende invulling kon geven aan de inrichtende rol, mede door onvoldoende MGZ capaciteit/kennis/expertise in zijn organisatie. Daarnaast is de scheiding tussen beleid op uitvoeringsniveau bij DGO, het beleid bij HDP en de positie en rol van de Militair Geneeskundige Autoriteit (MGA) onduidelijk. Een belangrijk knelpunt, met de meeste impact op de gewenste situatie, is dat de combinatie van de functie van C-DGO en de rol van MGA een te grote 'span of control' geeft én tot onduidelijkheid leidt over de rol. En tenslotte constateert de ketendoorlichting dat formeel weinig is vastgelegd over de governance van de MGZ keten.

4.1.3 Geen onnodige duplicering van activiteiten en capaciteiten;

In 2010 constateerde men versnippering, grote diversiteit in taken en functionaliteiten en dubbeling van taken⁴². Om dit tegen te gaan en aansluiting bij het joint opleiden, joint optreden c.q. adequate inpasbaarheid van het geneeskundig personeel in de operationele zorgketen te bewerkstelligen en te borgen, moesten gelijksoortige elementen van de kenniscentra worden gebundeld, of opportuun gesourced. Opnieuw indelen van de diverse taken, functionaliteiten en verantwoordelijkheden moest leiden naar een beperkt aantal hoogwaardige kenniscentra, dat los staat van de Opco-indeling.

Naast het CEAG bij DGO bestaat ook na de herstructurering een aantal kenniscentra bij de Opco's. Het gaat om het duikmedisch centrum (DMC) en sociaal-medische dienst (SMD) van CZSK, het Centrum voor Mens en Luchtvaart (CML) bij CLSK en het expertisecentrum Trainingsgeneeskunde en Trainingsfysiologie (TGTF) van CLAS. In paragraaf 2.2.2 staat de achtergrond hiervan beschreven.

Hoewel in de herstructurering het plan was om ook alle expertisecentra te bundelen en op te hangen onder DGO om duplicering van activiteiten te voorkomen, is dit niet gebeurd. Dat niet alle kenniscentra zijn gebundeld maar voor een deel bij de Opco's gebleven, komt door het belang voor de operationele ondersteuning en de relatie met de inzetbaarheid van de militairen van het betreffende Opco. Het zijn unieke expertises zijn, die vaak passen bij slechts een deel van de organisatie. Terugkijkend na tien jaar wordt geconstateerd dat de centra onderling goed communiceren en 'best practises' delen. Ook in het evaluatierapport van de reorganisatie EGB wordt melding gemaakt van goede samenwerking van het EGB op verschillende manieren met de expertisecentra van de Opco's.

4.1.4 Defensiebrede harmonisatie in de werkwijze en organisatie tussen de Opco's onderling en met DGO.

In 2011 constateerde men dat geneeskundig personeel (ondanks een gelijke opleiding en gelijke wettelijke kaders) niet of slechts met groot tijdsbeslag uitwisselbaar was. Dit kwam doordat elk defensieonderdeel afwijkende systemen hanteerde, personeel anders inzette en afwijkende competentieprofielen hanteerde. Harmoniseren van de werkwijze en organisatie van Role-1 capaciteiten zou de mogelijkheden van uitwisselbaarheid over de grenzen van de Opco's mogelijk moeten maken.

Voorschriften. Om de harmonisatie in de werkwijze en organisatie te bevorderen zijn in de onderzoeksperiode drie voorschriften gemaakt. Door samenvoegingen, reorganisaties en verschuivingen in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de MGZ tussen 2012 en 2015, en expliciet naar aanleiding van het OVV rapport Mortierongeval Mali (september 2017) is de Tweede Kamer toegezegd het toenmalige voorschrift SG/V-26 uit 2007 te herzien. Dit document beschrijft de grondslagen, hoofdlijnen en systeemeisen van de MGZ. De drie opvolgdocumenten zien toe op het stelsel en de governance van de MGZ. De documenten HD-

P/G-01⁴³ en HDP/G-02⁴⁴ moeten meer duidelijkheid bieden over de governance. Het derde richtinggevende document, HDP/G-03⁴⁵, ziet op de uitgangspunten en kaders voor de militaire operationele gezondheidszorg.

Materieel. In de evaluaties van de reorganisaties wordt gemeld dat voor wat betreft de werkwijze voor materieel sinds de oprichting van het EGB en DTD grote stappen zijn gemaakt. Doordat de Opco's voorheen zelf het beheer over het materieel deden ontbrak het aan uniformiteit in de uitrusting van gezondheidscentra en tandheelkundige centra. Ook werden materialen op verschillende manieren aangekocht en werd niet alles op een juiste wijze geregistreerd. Met de oprichting van het EGB en DTD is gestart met meer grip te krijgen op het materieel en te zorgen voor uniformiteit.

In 2017 concludeert men in de evaluatie Role-1 echter wel dat het idee van poolen van generieke Role-1 middelen om ze eenvoudig uit te kunnen uitwisselen niet valide is, vanwege verschillen in de vormen van optreden tussen, maar ook binnen de Opco's.

In 2018 meldt de commandant DGO⁴⁶ dat, doordat elk defensieonderdeel zijn eigen materieelbeleid heeft (de investeringsbudgetten waren niet gecentraliseerd), de MGZ beschikt over materieel in veel te veel soorten en uitvoeringen, dat vervangingsplannen niet op orde zijn en dat het materieel niet in overeenstemming is met het (wettelijk verankerde) convenant medische technologie. De commandant DGO stelt dat dit leidt tot risico's voor de patiënt veiligheid.

In 2020 wordt gemeld⁴⁷ dat het materieel logistieke proces binnen de militaire gezondheidszorg op zijn minst gezegd niet geheel vlekkeloos loopt. Centrale regie ontbreekt en in de huidige situatie blijven processen veelal in stand vanuit niet-geformaliseerde werkwijzen en oneigenlijke of niet bestaande verantwoordelijkheden.

Personeel. Ook wat betreft de personele processen is nog geen sprake van defensiebrede harmonisatie. De personeelsdienst is verdeeld over de vier Opco's en DGO. Het EGB wordt gevuld door personeel afkomstig uit de vier Opco's, terwijl het voor de Opco's van belang is om personeel zoals bijvoorbeeld de algemeen militair arts zo lang mogelijk bij de operationele eenheid te houden. Op andere onderdelen, zoals de aanvangssalarissen, vindt al wel enige harmonisatie plaats.

4.2 Cultuur en kwaliteit

Onderstaande tabel geeft een samenvatting weer van de bereikte effecten op het gebied van cultuur en kwaliteit. Vervolgens wordt dit in de tekst toegelicht.

Onderwerp	Doelstelling cf. blauwdruk/visie	Activiteiten en resultaten	Bereikte effecten
Innovatievermogen/lerende organisatie	De inrichting van de organisatie helpt verbeteringen te implementeren	Initiatief binnen project MGZ 2020 Projectteam 'Leren en verbeteren' is bezig in 2022	Effecten nog beperkt, men is bezig met project en onderzoek
Kwaliteitsborging	Gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (KMS) voor alle MGZ eenheden	Q2 2021:alle bedrijven, staf en eenheden van de Opco's hebben een gecertificeerd KMS	Verbetering binnen de reguliere gezondheidszorg
Uitwisselbaarheid personeel	Maximale uitwisselbaarheid Role-1 personeel tussen Opco's en tussen DGO en Opco's	Op beperkte schaal wordt personeel uitgewisseld	De mogelijkheden voor uitwisseling bestaan, maar worden beperkt in praktijk gebracht
Capaciteit voor operationele inzet	Ondersteunen en uitvoeren van operationele inzet	Door capaciteitstekort is de MGZ niet in staat alle inzet te ondersteunen	Voor de eerste hoofdtak van Defensie is dit nog onvoldoende. Ondersteunen van (vredes)missies kent beperkingen.

Tabel 27: resultaten en effecten van activiteiten cultuur en kwaliteit MGZ 2011-2021 Bron: rapportages IMG, evaluaties reorganisaties, nota's en rapportages DGO

40 Eindrapport MGZ 2020 (18-06-2021)

41 Ketendoorlichting MGZ ihkv herstructurering Topstructuur, p.4-5 (18-06-2020)

42 Rapport contouren militaire gezondheidszorg, Directie militaire gezondheidszorg, november 2010

43 HDP Aanwijzing G/01 "Stelsel Militaire Gezondheidszorg", 15 april 2021

44 Aanwijzing HDP G/02 | Governance militaire gezondheidszorg | 1 januari 2019

45 Aanwijzing HDP G/03 | Normenkader planning operationele gezondheidszorg

46 Nota 'Analyse en hersteltraject Militaire Gezondheidszorg', pag. 3, 14 november 2018, DOSCO 2018070976

47 DOSCO, rapport studiefase DG OTC, 10-08-2020, pag. 23

4.2.1 Het versterken van het innovatievermogen en het zijn van een lerende organisatie.

De blauwdruk/visie MGZ 2015 uit 2011 vermeldt op pag. 6 dat “De gezondheidszorg Defensie wil een lerende organisatie zijn en gaat bewust om met opgedane ervaringen, nieuwe kennis en innovaties in en rond de gezondheidszorg. De regie voor een lerende organisatie is bewust ingericht en toegankelijk voor velen. Lessons learned is een fenomeen dat binnen de militaire gezondheidszorg wordt begrepen en meer aandacht moet krijgen”.

In 2018 wordt binnen het programma MGZ 2020 initiatief genomen om het leervermogen binnen de MGZ te versterken. Het project ‘Leren en verbeteren’ is als een van de projecten van het programma MGZ2020 in oktober 2018 gestart. Door het opzetten van een kwaliteitsmanagementsysteem en het certificeren daarvan is decentraal aandacht voor leren en verbeteren. De doelstelling is om de MGZ als geheel in een samenhangende lerende organisatie te doen samenwerken, waarbij structureel aandacht is voor verbetering.

In oktober 2019 rapporteert de staassecretaris aan de Kamer⁴⁸ dat binnen het project ‘Leren en verbeteren’ van MGZ2020 duidelijk is geworden dat binnen de militaire gezondheidszorg de processen voor behandeling van klachten en geschillen op orde zijn. Het veilig kunnen melden van incidenten zal samen met een systeem voor het indienen van verbetervoorstellen in de loop van 2020 onderdeel worden van het kwaliteitsmanagementsysteem. Op basis van een analyse van het lessons learned proces in het geneeskundig domein zijn voor 2020 een aantal procesmatige verbeteringen voorzien vooral op de onderwerpkeuze en de doorlooptijd voor het doorvoeren van verbeteringen.

In 2020 constateert men in de studie DG OTC dat onderzocht wordt hoe het kennisdomein de coordinatie van kennis en innovatie van het gezondheidsdomein effectiever en efficiënter ingericht kan worden.

In juni 2021 rapporteert het project MGZ 2020⁴⁹ dat met ‘Leren en Verbeteren’ een nieuw projectteam aan de slag is gegaan, met een herzien projectplan. Volgens de nieuwe planning worden in de loop van 2022 alle projectdoelstellingen behaald. De coördinatie ligt bij de staf DGO. De scope van het nieuwe project richt zich op de kwaliteit van zorg bij contact met een patiënt.

Uit de genoemde rapportages van MGZ 2020, maar ook uit de studie DGOTC blijkt dat de organisatie nog bezig is met het inrichten van de voorwaarden voor het versterken van het innovatievermogen en het zijn van een lerende organisatie.

4.2.2 Kwaliteitsborging.

Het doel van de reorganisatie was een eenduidig kwaliteitsmanagementsysteem te hebben voor de gehele militaire gezondheidszorg. Dit ontbrak bij de aanvang van de herstructurering. Het systeem moest civiel gecertificeerd zijn. Door het ontbreken van een eenduidig kwaliteitsmanagementsysteem was de geleverde kwaliteit niet transparant, daardoor niet toetsbaar en onvoldoende geborgd. De kwaliteit van de zorg moest systematisch worden bewaakt, beheerst en verbeterd door het inrichten van een eenduidig kwaliteitssysteem.

In 2017 rapporteert de commandant DGO opnieuw dat door de vele ontwikkelingen in het civiel medische domein die invloed hebben op kwaliteitseisen, het nodig is een nieuw militair gezondheidszorg kwaliteitssysteem op te zetten. De DGO-bedrijven hebben en/of werken aan civiel gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen.

In 2017 constateert de IMG hij dat de kwaliteitsborging door de eenduidigheid van werken en de ontwikkelde en geïmplementeerde richtlijnen en protocollen aanmerkelijk is verbeterd ten opzichte van de situatie met gescheiden zorg per Opco. In 2018 constateert de IMG dat het kwaliteitssysteem binnen EGB goed is geïmplementeerd. Hiermee voldoet men aan de eisen voor kwaliteit zorg en patientveiligheid. Processen worden op verschillende gezondheidscentra hetzelfde uitgevoerd, aldus de IMG. De DTD maakt, voor het borgen van de kwaliteit, gebruik van hetzelfde kwaliteitsmanagementsysteem als het EGB.

Ondanks de goede bedoelingen van voorgaande jaren werd in 2018 tijdens het project MGZ 2020 vastgesteld dat het de MGZ, sinds 1996, ondanks de wettelijke verplichting hiertoe, ontbreekt aan structurele beheersing van de kwaliteit van zorg. Iedere zorgaanbieder zou een kwaliteitssysteem moeten hebben waarin zowel de normen te vinden zijn, als de wijze waarop deze normen behaald worden. Eenduidige normen over kwaliteit ontbreken⁵⁰. Ook rapporteert de staatssecretaris aan de Kamer⁵¹

dat goede kwaliteitssystemen ontbreken om de operationele militaire gezondheidszorg structureel te verbeteren, te borgen en te controleren. Volgens de staatssecretaris was het streven om in 2022 de eerste kwaliteitsmanagementsystemen (KMS) voor de gezondheidszorg te hebben geïmplementeerd.

Voor het versterken van de kennis en deskundigheid van het kwaliteitsmanagement van zorg bij de operationele eenheden zijn 21 kwaliteitsmedewerkers, verdeeld over de geneeskundige eenheden bij de Opco's. In de loop van 2020 zijn deze functies grotendeels gevuld (kosten € 1,76 mln)⁵².

In het tweede kwartaal van 2021 rapporteert de commandant DGO dat alle bedrijven en staf en de geneeskundige eenheden van de Opco's een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem hebben. Het opzetten van kwaliteitsmanagement-systemen draagt bij aan het beoogde effect om de kwaliteit beter te borgen en normen te harmoniseren, met name binnen de reguliere zorg. De Opco's hanteren een eigen KMS vanwege de specifieke functie die de Opco's hebben. Wel zijn de professionele normen voor iedereen gelijk.

4.2.3 Uitwisselbaarheid personeel.

Het doel van de blauwdruk is maximale uitwisselbaarheid van Role-1 personeel tussen de Opco's en tussen DGO en de Opco's. Uitwisselbaarheid van personeel is al in een vroeg stadium naar voren gekomen. De blauwdruk/visie MGZ 2015 uit 2011 stelt op pag.17 dat ‘zowel individuen alsmede geïdentificeerde gelijksoortige modules dienen maximaal uitwisselbaar te zijn o.b.v. gelijke organisatie en werkwijze’

In de evaluatie van de reorganisatie EGB van december 2017 wordt gemeld dat vanuit de HDP opdracht is gegeven ter verbetering van de uitwisselbaarheid. Concreet houdt dit in dat artsen, die bij de Opco's zijn geplaatst, tewerk moeten worden gesteld bij het EGB, terwijl het EGB apothekers en fysiotherapeuten levert aan de Opco's. Opgemerkt wordt dat de levering van het EGB aan een Opco echter nog zeer beperkt is voor wat betreft de operationele inzet.

In de evaluatie van de reorganisatie DTD wordt gemeld dat de samenwerking en uitwisselbaarheid met de Opco's als voldoende tot goed wordt beoordeeld. Men voelt niet een strikte scheiding tussen de Opco's. Voorbeelden van deze samenwerking zijn onder andere een landmacht collega die assisteert aan boord van een marineschip en een landmacht collega die assisteert bij marinebasis Parera. Wel geeft een aantal werknemers aan dat de DTD een grote groep marinepersoneel heeft en dat het gevoel bestaat dat vooral de marine-werkwijze binnen de DTD wordt toegepast.

Hoewel de mogelijkheden voor uitwisseling bestaan, is het effect van meer uitwisselbaarheid op beperkte schaal bereikt. Voorbeelden daarvan zijn de inzet van verpleegkundigen van andere Opco's bij de marine voor de VPD's (Vessel Protection Detachment) en de inzet van marineartsen in Mali, EFP en Irak. Op stafniveau wisselt men sporadisch personeel uit. Voor zowel staf als operationele functies komt het voor dat artsen en verpleegkundigen van Opco (en dus kleur uniform) veranderen. Artsen met basisvaardigheden, zoals een huisartsconsult, zijn relatief gemakkelijk uitwisselbaar. Uitwisseling in meer specialistische functies is ook mogelijk, maar vereist aanvullende specifieke opleiding. Zo werden artsen van een ander Opco uitgewisseld bij het helikopter commando en het duikmedisch centrum van de marine. Zo'n uitwisseling vindt niet meer dan enkele keren per jaar plaats. Die mogelijkheid bestaat en de regelgeving maakt het ook mogelijk. Ook tijdens missies heeft uitwisseling plaats. Aan boord van schepen is dit minder het geval voor de Role-1. Voor verpleegkundigen of artsen voor de Role-2 is dat wel meer het geval. Er zijn geen cijfers beschikbaar om aan te geven of de huidige uitwisseling ten opzichte van tien jaar geleden is toegenomen.

Een probleem bij uitwisselingen van personeel is het cultuurverschil tussen Opco's. De evaluatie van Role-2 meldt bijvoorbeeld dat de werkelijkheid van cultuurverandering weerbarstig is. Verschillen bestaan tussen de organisatieculturen van de krijgsmachtonderdelen. De organisatiecultuur van 400 Gnkbat is bijvoorbeeld door de veelheid aan samen te voegen culturen van beroeps- en reservepersoneel per definitie gefragmenteerd, aldus de evaluatie Role-2. Een ander punt dat de uitwisseling bemoeilijkt tussen de Opco's is omdat men elkaars concurrent is voor het schaarse gezondheidszorgpersoneel.

48 Brief StaS aan de TK, 35 300 (X), nr. 14, p.4 (2019-2020).

49 Eindrapport programma MGZ 2020 versie 1.0 20 juni 2021 pag. 7

50 Nota analyse en herstel traject MGZ 2020, p.3 (14-11-2018)

51 Brief Staatssecretaris van Defensie aan TK, 35 000 X, nr 73 (2018-2019), 12 december 2018

52 Eindrapportage programma MGZ 2020, 20 juni 2021, pag. 8

4.2.4 Capaciteit voor operationele inzet.

De doelstelling in de Blauwdruk p. 6 was:

- Het ondersteunen van de inzet met inzetbare geneeskundige eenheden en individuen;
- Het uitvoeren van zelfstandige operationele inzet.

In 2016 constateert de IMG zowel bij de reguliere als de operationele zorg nog steeds onvoldoende personele capaciteit. Tekort aan bedrijfsartsen wordt opgevangen door inhuur. In 2017 constateert de IMG dat met de scheiding tussen de reguliere en de operationele zorg de capaciteitsproblemen waren toegenomen. In 2017 is volgens de IMG de situatie bij het EGB inmiddels grotendeels gestabiliseerd, maar ondervinden de operationele eenheden grote problemen door een capaciteitstekort zowel op het gebied van personeel als materieel. Dit heeft direct een negatieve invloed op de kwaliteit van zorg.

In 2018 kunnen volgens de IMG ten gevolge van een beperkte instroom versus een grote uitstroom de posities van verpleegkundige in de operationele keten onvoldoende worden ingevuld. Samen met het tekort aan materieel betekent dit onder meer dat 400 Gnkbata geen volledige Role-2 kon uitbrengen. De personele vulling van 400 Gnkbata was minder dan 70% en de personeelssamenstelling was niet meer evenwichtig. Te veel logistiek personeel ontbrak. Verpleegkundigen moesten daarom ook veel logistieke taken doen die niet in hun pakket zitten. Twee van de vier hospitaal compagnieën zijn slechts feitelijk inzetbaar, aldus de IMG.

Ook de commandant DGO constateert in 2018 dat de operationele MGZ te kampen heeft met een tekort aan personeel en een zeer beperkte inzetbaarheid van de operationele eenheden. Mede hierdoor is de operationele militaire gezondheidszorg in de top 5 risico's van Defensie beland⁵³.

Uit de DGO-rapportages in de periode 2013-2020 blijkt dat met name de geneeskundige logistiek regelmatig onder de norm scoort. Tot aan 2017 is de leverbetrouwbaarheid van de geneeskundige artikelen onvoldoende. Als een van de oorzaken wordt genoemd het gebrek aan inkoop/afroepcapaciteit. De CLAS rapporteert in 2016 een gestage afname van de gereedheid bij vooral 400 Gnkbata en ziet als belangrijke oorzaak van de leegloop van personeel de leverbetrouwbaarheid van het MGLC. Daarom wordt vanuit het Defensie Ondersteuningscommando een project "Doorpakken geneeskundige logistiek" gestart om de leverbetrouwbaarheid structureel te verbeteren, wat resulteerde in een stijging hiervan naar 95-97% eind 2017.

Ten aanzien van geneeskundige opleidingen constateert het programma MGZ 2020 in 2018 een significant verschil tussen vraag van de klanten en het aanbod van het DGOTC. Uit rapportages van DGO blijkt het DG OTC onder de norm te scoren. De hoofdreden hiervan is dat DG OTC met de bestaande formatie niet kan voldoen aan de ondersteuningsbehoefte.

In 2020 rapporteert de commandant DGO in de managementrapportage dat Defensie niet in staat is om voldoende capaciteit te genereren om gelijktijdig en continu drie missies voor de tweede hoofdtaak van Defensie te ondersteunen. In 2022 stelt hij dat MGZ net als in 2015 nog steeds niet in staat is om zelfstandig ingezette eenheden voor de eerste hoofdtaak te ondersteunen.

Een ander zorgpunt is 400 Gnkbata. Deze eenheid is door de bezuinigingen zwaar geraakt (van 1000 VTE naar 400). De laatste tien jaar is de eenheid niet of nauwelijks ingezet voor de organieke taakstelling. Daarmee is de ervaring voor bijvoorbeeld een inzet Role-2 niet meer aanwezig. Het ontbreekt aan de kennis en ervaring van wat de procedures en protocollen zijn. Ook materieel zoals tenten zijn (nog steeds) niet voorhanden. Hierdoor kan het bataljon niet de geneeskundige capaciteit leveren die nodig is om de taakstelling en ambitie van Defensie te ondersteunen. Dit betreft vooral de eerste hoofdtaak, maar deels ook de tweede hoofdtaak.

4.3 Samenvattende bevindingen

Uit de paragrafen 4.1 en 4.2 komen de volgende samenvattende bevindingen.

- Over de doelmatige inrichting van de MGZ zijn in diverse rapportages en evaluaties beperkingen gemeld, met name over de beoogde effecten van decentrale verankering, centrale versterking en defensiebrede harmonisatie. Beperkingen zitten onder meer in de afstemming van Role-1 en Role-2 op de operationele behoefte, onder meer met het oog op de eerste hoofdtaak van de krijgsmacht. Verder blijkt uit de ketendoorlichting MGZ uit 2020 dat de governance van de gezondheidszorg nog niet optimaal is en deze zal moeten worden aangepast. Ook is de personeelstoewijzing niet centraal georganiseerd en blijkt uit rapportages dat de materieellogistiek nog steeds een zorgpunt is en het gezamenlijke opleidingscentrum nog niet aan de behoefte voldoet;
- Uit rapportages van DGO blijkt dat op het gebied van cultuur en kwaliteit gecertificeerde kwaliteitsmanagementsystemen zijn opgezet voor vrijwel alle gezondheidszorg-elementen. Dit draagt volgens DGO bij aan een betere kwaliteitsborging. Om dit te bereiken bleek het in 2018 noodzakelijk het nieuwe programma MGZ 2020 op te zetten voor een extra kwaliteitsimpuls. Aan het verbeteren van het innovatievermogen en het zijn van lerende organisatie wordt nog gewerkt. Over de uitwisselbaarheid van het gezondheidszorgpersoneel tussen de verschillende Opco's zijn goede voorbeelden te noemen, hoewel nog beperkt in aantal.
- Uit rapportages blijkt dat door capaciteitstekort, zowel personeel als materieel, de MGZ niet in staat is alle operationele inzet te ondersteunen. Met name voor de eerste hoofdtaak van Defensie is dit nog onvoldoende, maar ook het ondersteunen van (vredes)missies kent beperkingen, aldus rapportages.

53 Nota analyse en hersteltraject MGZ 2020, 14 november 2018, pag. 2

5 Verantwoording onderzoek

5.1 Werkzaamheden en afbakening

Het object van onderzoek was de herstructurering van de Militaire Gezondheidszorg, zoals die in april 2011 met de Beleidsbrief is ingezet. Dit beleid is beschreven in documenten en studies die zijn opgesteld en uitgevoerd in het kader van de herstructurering van de Militaire Gezondheidszorg, met name de blauwdruk en visie MGZ 2015, opgesteld in augustus 2011. Het onderzoek richt zich op de periode van 8 april 2011 tot 1 september 2021.

De ADR heeft de volgende werkzaamheden uitgevoerd:

- 1) het inventariseren van de beoogde en de bereikte resultaten van de herstructurering MGZ bij het begin en eind van de onderzoeksperiode (welke beleidsmiddelen zijn ingezet, welke activiteiten zijn uitgevoerd, welke prestaties en effecten zijn beoogd en welke prestaties en effecten volgens rapportages en evaluaties uit de onderzoeksperiode zijn bereikt);
- 2) onderzoeken op welke wijze het herstructureringsproces is opgezet en uitgevoerd;
- 3) inventariseren wat de beoogde besparingen en uitgaven waren voor de herstructurering MGZ en onderzoeken welke informatie beschikbaar is over de mate waarin deze besparingen en uitgaven zijn gerealiseerd;
- 4) onderzoeken hoe de MGZ was ingericht aan het eind van de onderzoeksperiode;

De bronnen voor dit rapport zijn rapportages van defensieonderdelen, reorganisatieplannen en -evaluaties, Kamerbrieven, nota's en informatie en cijfers specifiek voor dit onderzoek aangeleverd door de defensieonderdelen. De ADR heeft de aangeleverde gegevens niet gevalideerd, maar wel gekeken naar de consistentie, zowel onderling tussen de defensieonderdelen als met andere rapportages.

5.2 Gehanteerde Standaard

Deze opdracht is uitgevoerd in overeenstemming met de Internationale Standaarden voor de Beroepsuitoefening van Internal Auditing. Dit onderzoek verschaft geen zekerheid in de vorm van een oordeel of conclusie, omdat het een onderzoeksopdracht betreft en geen controle-, beoordelings- of andere assurance-opdracht. Als hier wel sprake van was geweest, dan zouden we wellicht andere zaken hebben geconstateerd en gerapporteerd.

Het resultaat van het onderzoek van de ADR is een rapport dat alleen verslag doet van de bevindingen uit hoofde van de overeengekomen werkzaamheden. De gebruikers van ons rapport moeten zelf een oordeel vormen betreffende de werkzaamheden en bevindingen, die door ons in het rapport zijn weergegeven en hun eigen conclusies trekken uit de door ons verrichte werkzaamheden.

De opdracht is uitgevoerd conform de algemene uitgangspunten voor de uitoefening van de interne auditfunctie bij de rijksdienst. Daarbij hoort ook een stelsel van kwaliteitsborging. Als onderdeel daarvan heeft een onafhankelijke kwaliteitstoetsing plaatsgevonden op deze onderzoeksopdracht.

5.3 Verspreiding rapport

De opdrachtgever, de Hoofddirecteur Personeel, is eigenaar van dit rapport. Dit rapport is primair bestemd voor de opdrachtgever met wie wij deze opdracht zijn overeengekomen. Het rapport wordt als bijlage gevoegd bij het eindrapport van de beleidsdoorlichting.

De ADR is de interne auditdienst van het Rijk. Dit rapport is primair bestemd voor de opdrachtgever met wie wij deze opdracht zijn overeengekomen. Voor openbaarmaking door het opdrachtgevende ministerie van door de ADR aan dit ministerie uitgebrachte rapporten gelden de voorschriften uit de Wet open overheid. De minister van Financiën stuurt elk halfjaar een overzicht van door de ADR uitgebrachte rapporten naar de Tweede Kamer.

6 Ondertekening

Den Haag, 6 maart 2023

ir. A.J.G. Romijn RO
Projectleider
Auditdienst Rijk

Bijlage 6

Rapportage van de onafhankelijk deskundigen

Onze betrokkenheid bij de beleidsdoorlichting

Wij zijn als externe deskundigen vanaf het begin bij het onderzoek betrokken geweest en maakten deel uit van de Begeleidingscommissie. Wij zijn gevraagd vanwege onze kennis van verschillende aspecten van de gezondheidszorg, zoals governance, kwaliteit, veiligheid en onderzoeksmethodologie. Wij vinden het een goede zaak dat Defensie gekozen heeft om bij de evaluatie van de militaire gezondheidszorg input uit de civiele gezondheidszorg mede als referentiekader te gebruiken.

De projectleiders verstrekten ons alle informatie, die gewenst was. Zowel in de Begeleidingscommissie als schriftelijk en in bilaterale gesprekken hebben wij individueel en gezamenlijk input en reactie kunnen geven op de voortgang en de inhoud van het onderzoek. Die input is door de onderzoekers serieus genomen en gebruikt. Wij zijn terecht niet rechtstreeks bij de uitvoering van het onderzoek betrokken geweest. Dat maakt het voor ons mogelijk om zowel inbreng te geven tijdens het onderzoek, en om na het onderzoek de conclusies als externe deskundigen te beoordelen. Die beoordeling en reflectie op de beleidsdoorlichting beschrijven we in deze notitie.



Onze reflectie op de wijze van uitvoering van de beleidsdoorlichting

Het onderzoek is uitgevoerd door medewerkers van Defensie. Er is een apart deelonderzoek geweest van de Audit Dienst Rijk. De afstemming tussen beide onderzoeken was voor de externe deskundigen in het begin niet duidelijk en onze vraag was of er dubbel werk is gedaan. In het eindrapport zijn de resultaten goed geïntegreerd. Dat heeft ertoe geleid dat het eindrapport een goed onderbouwd en gedetailleerd overzicht geeft van zowel de personele en materiële kant als van de financiële kant van het gevoerde beleid. Het rapport geeft ook helder aan welke informatie niet meer te achterhalen was en waarom. De mate, waarin de onderzoekers van Defensie en de ADR erin geslaagd zijn de inhoudelijke en cijfermatige ontwikkelingen van 11 jaar MGZ-beleid te achterhalen, verdient grote waardering.

Het formuleren van de onderzoeksvragen aan het begin van het onderzoek kostte de projectroep enige moeite, omdat er een discrepantie is tussen de 15 verplichte vragen uit de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE), die voor één beleidstitel gelden en de gewenste onderzoeksvragen voor deze evaluatie van de gehele militaire gezondheidszorg over een periode van 11 jaar. Wij hebben erop aangedrongen om in de onderzoeksvragen ook leereffecten mee te nemen, zodat de opgedane kennis ook vooruitkijkend gebruikt kan worden. Wij kunnen ons geheel vinden in de uiteindelijke onderzoeksvragen.

Het reconstrueren van de zogenaamde 'Beleidstheorie' was voor het projectteam lastig. Er is immers niet één besluit uit 2011, dat moet worden onderzocht, maar een serie opeenvolgende beleidswijzigingen en veranderende omstandigheden, zoals een personeelstekort, dat zich ook in de civiele gezondheidszorg voordeed. Het projectteam is er naar ons oordeel goed in geslaagd deze beleidstheorie samen te vatten.

De uitvoering van het onderzoek geschiedde op klassieke wijze door documentstudie en het houden van interviews. Wij hebben daar geen methodologische kanttekeningen bij. Wel betreuren wij het dat het onderzoek telkenmale vertraagde. Dat kwam deels door onderschatting van de hoeveelheid werk, deels door beperkte onderzoekservaring van het projectteam en deels door de andere werkzaamheden van het projectteam. Het personeelsbeleid bij Defensie leidde er bovendien toe dat er in het begin een wisseling van projectleider was en dat de volgende projectleider onder druk kwam te staan omdat zij al een andere functie kreeg voor het onderzoek was afgerond. Bij volgende beleidsevaluaties van Defensie moeten deze zaken naar ons oordeel beter worden ingeregeld.

Bij de uitvoering van het onderzoek liepen de onderzoekers tegen hetzelfde probleem aan als bij het formuleren van de beleidstheorie: welke verandering is het gevolg van het beleid uit 2011 en welke veranderingen worden veroorzaakt door latere beleidskeuzen en/of veranderende omstandigheden. De onderzoekers hebben zich er zo goed mogelijk van gekwetend om deze zaken te onderscheiden, maar dat is begrijpelijkerwijze niet altijd gelukt. De onderzoeksvraag naar de leereffecten (vraag b) is mede daardoor minder expliciet beantwoord dan wij gewenst achten. Met name de leereffecten van het samenspel tussen de militaire en de civiele gezondheidszorg blijven wat onderbelicht. Mogelijk kan dat na het verschijnen van het rapport nog aandacht krijgen. Bijvoorbeeld door het organiseren van dialogen met verschillende partijen over de lessen die uit dit rapport geleerd kunnen worden.

Onze conclusie is dat het onderzoek methodologisch correct is uitgevoerd, maar dat een volgende keer meer aandacht nodig is voor:

- De onderzoekvaardigheden van het projectteam.
- De beschikbaarheid en de continuïteit van de projectleider.
- Het opstellen van een realistische planning, zodat uitstel niet nodig is.
- Vanaf het begin meer aandacht voor de leereffecten van de uitkomsten van het onderzoek.

Onze reflectie op de resultaten en de conclusies van de beleidsdoorlichting

Het eindrapport bevat naar ons oordeel een redelijk compleet beeld van de ontwikkelingen in de organisatie van de militaire gezondheidszorg over de afgelopen 11 jaar.

Een zorgelijke conclusie is dat met name de operationele gezondheidszorg bij ondersteuning van missies en operaties enige tijd onvoldoende is geweest als gevolg van de bezuinigingen en het traject om die bezuinigingen te realiseren. Anderzijds laat het rapport zien dat de reguliere militaire gezondheidszorg kwalitatief verder ontwikkeld is en nu qua standaarden en kwaliteitsnormen dichter aansluit bij de civiele gezondheidszorg. Vanuit kwaliteit van patiëntenzorg is dat een goede ontwikkeling. Het is wenselijk om deze ontwikkeling door te zetten en meer samenwerking te zoeken tussen civiele en militaire gezondheidszorg zodat gezamenlijk geleerd en verbeterd kan worden.

Defensie probeert ook ten aanzien van de rechten van patiënten aan te sluiten bij de civiele gezondheidszorg en de Wkkgz, maar dat is in de militaire gezondheidszorg, zeker in de operationele zorg, niet geheel te verwezenlijken, omdat de gezondheid van de militair en diens inzetbaarheid samenhangen. Daarom zijn in de MGZ gezondheidszorg en bedrijfsgeneeskundige zorg geïntegreerd. Het leerpunt dat de militaire reguliere gezondheidszorg en de civiele gezondheidszorg nauw met elkaar samenhangen en deels van elkaar afhankelijk zijn, blijft nog wat onderbelicht zeker in samenhang met de krappe arbeidsmarkt voor zorgverleners. De discussie over het zorgaanbiederschap volgens de Wkkgz laat zien dat aan de andere kant VWS zich bij het maken van wetten soms meer bewust moet zijn van de specifieke situatie bij Defensie (en Justitie).

Zorgprofessionals in de MGZ hebben een dubbele uitdaging. Enerzijds moeten ze hun vak bijhouden volgens de civiele professionele standaarden, anderzijds moeten ze in de Defensie hiërarchie passen en het specifieke van de militaire zorgverlening bewaken. Het rapport besteedt voldoende aandacht aan beide aspecten van de militaire zorgprofessionals.

In het rapport blijft wat onderbelicht dat militairen volgens de Wet ambtenaren defensie (Wad) via hun werkgever verzekerd zijn voor ziektekosten via een aparte militaire zorgverzekeraar (SZVK) en wat de relatie daarvan is met de regelingen voor civiele zorgverzekeringen. Evenzo blijft de positie van de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG) binnen de militaire gezondheidszorg en in relatie tot de civiele Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) wat onderbelicht. Dat waren niet direct onderwerpen voor de beleidsdoorlichting maar zijn wel leerpunten, waaraan in de verdere ontwikkeling van de MGZ aandacht besteed kan worden.

Het is te betreuren dat in de afgelopen 11 jaar weinig voortgang is geboekt met het goed regelen van de governance van de MGZ en dat er in 2022 nog een tijdelijk werkverband moest worden ingericht om deze governance te verbeteren. Daardoor kon het rapport van de beleidsdoorlichting geen goed inzicht geven in hoe dit governance vraagstuk, dat al voor 2011 speelde, kan worden opgelost. Dit is niet te wijten aan de onderzoekers, maar aan gebrek aan voortgang op dit punt. De MGZ zou erbij gebaat zijn om hier snel bestendige oplossingen te realiseren.

Het eindrapport geeft voor het overige een compleet en duidelijk beeld van de realisatie van het beleid en de stand van zaken van de MGZ nu. In 2022 zijn er nieuwe ontwikkelingen bij Defensie geweest, waardoor er meer geld beschikbaar komt. Als daardoor de werkwijzen van Defensie veranderen zal de MGZ opnieuw aangepast moeten worden, om met name de operationele militaire gezondheidszorg voldoende ondersteunend te laten zijn bij het uitvoeren van de hoofdtaken bij Defensie. Het rapport gaat daar terecht niet over, maar de conclusies en de beschouwing aan het eind van het rapport geven daar wel handvatten voor.

Reflectie op beleidsdoorlichtingen in algemene zin

Bij deze beleidsdoorlichting zijn drie externe deskundigen betrokken. Wij hadden niet eerder zicht op het functioneren van de militaire gezondheidszorg en op de inrichting van beleidsevaluaties. Op de militaire gezondheidszorg en de resultaten van het onderzoek hebben wij in de vorige paragrafen al gereflecteerd. In deze paragraaf reflecteren wij op wat ons is opgevallen aan de regels voor beleidsevaluaties in algemene zin. Volgens de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) moeten bij een beleidsevaluatie 15 vragen beantwoord worden, die in de inleiding van het rapport zijn vermeld. Wij vinden als externen dat de laatste vraag (15) naar beleidsrealisatie met 20% meer of minder budget niet past bij een evaluatie van het gevoerde beleid. De vraag naar het benodigde budget in de toekomst zou in een veel bredere context gesteld en beantwoord moeten worden. Hierbij moeten meer aspecten worden gewogen dan alleen een financieel aspect.

Anderzijds mist er in de RPE naar ons oordeel een belangrijke vraag, namelijk of het gevoerde beleid in dit deel van de overheid geleid heeft tot verschuivingen van problemen naar andere partijen. In de gezondheidszorg is dat een bekend fenomeen. Zo leidt bijvoorbeeld besparen in ziekenhuizen tot een hogere belasting van huisartsen. In het onderzoek kon niet bevredigend de vraag beantwoord worden of de besparingen in de militaire gezondheidszorg hebben geleid tot extra belasting van de civiele gezondheidszorg en dus van een verschuiving van Defensie naar VWS.

Beleidssevaluaties worden telkens in andere delen van de overheid door andere mensen uitgevoerd. De mensen van de ADR hebben onderzoekservaring en doen dit werk vaker. Dat geldt niet voor de ambtenaren, die op enig moment een beleidstitel moeten onderzoeken. In de onderhavige beleidsdoorlichting moesten de leden van het projectteam het doen van onderzoek ‘on the job’ leren en het onderzoek naast hun gewone werk doen. Bij onze reflectie op de wijze van uitvoering van deze beleidsevaluatie hebben wij daar al opmerkingen over gemaakt. Wij veronderstellen dat de situatie, zoals nu bij Defensie, zich vaker bij beleidsevaluaties voor zal doen. Wij vragen ons af of het niet goed zou zijn als ambtenaren, die een beleidsevaluatie moeten uitvoeren, tevoren een korte training kunnen krijgen in het doen van dit soort onderzoek. Dat de onderzoekers voldoende capaciteit moeten hebben om de evaluatie uit te voeren en dat de planning realistisch moet zijn, spreekt voor zich. Een soortgelijke opmerking als over de onderzoekers kan gemaakt worden over de inschakeling van externe deskundigen. Wij vinden het een uitstekende zaak dat bij beleidsevaluaties externe deskundigen ingeschakeld worden. Wij vinden het ook beter dat dit meerdere deskundigen zijn in plaats van één, zoals wij bij een aantal andere voorbeelden zagen. De regelingen voor beleidsevaluaties geven wel aan waar het oordeel van een externe deskundige over moet gaan, maar niet wat diens rol in het onderzoeksproces is. De regelingen voorzien eveneens niet in het samenspel tussen meerdere deskundigen. Wij hebben gezamenlijk onze weg daarin gevonden met hulp van de secretaris van de begeleidingscommissie, maar enig houvast voor volgende externe deskundigen is gewenst. Wij zijn tot een gezamenlijke reflectie gekomen, maar wat zou er bijvoorbeeld gebeuren als de drie experts drie verschillende oordelen geven.

Het lijkt ons gewenst dat aan het begin van een beleidsevaluatie ook aandacht gegeven wordt aan de verwachtingen en gewenste werkwijzen van de externen.

Tenslotte merken wij op dat de voorliggende beleidsevaluatie wel een bijzonder karakter had omdat de gehele MGZ, bestaande uit meerdere beleidstitels over een periode van 10 jaar moest worden geëvalueerd. Dat kon in dit geval niet anders, maar had wel tot gevolg dat het reconstrueren van de beleidstheorie lastig was. In algemene zin geniet het de voorkeur om beleidsevaluaties uit te voeren met een beperktere scope en over een kortere periode. Dan kunnen de effecten van beleid beter overzien worden.

Samenvattend beeld van de externe deskundigen

De beleidsdoorlichting Militaire Gezondheidszorg 2011-2021 is naar ons oordeel met grote zorgvuldigheid uitgevoerd. Het streven om compleet te zijn en een goed overall beeld te geven is volgens ons in hoge mate bereikt, met de kanttekeningen die wij eerder geplaatst hebben. Het onderzoeksteam en de begeleidingscommissie hebben ons als externe deskundigen goed betrokken bij het begeleiden van het onderzoek. Wij kregen alle benodigde informatie en met onze suggesties en opmerkingen is serieus rekening gehouden, terwijl wij anderzijds voldoende afstand tot de uitvoering van het onderzoek konden behouden om tot het oordeel in deze notitie te komen.

Wij menen dat er een zorgvuldig en volledig onderzoek voorligt met waardevolle conclusies, die richting geven aan de verdere ontwikkeling van het beleid voor en de realisatie van de militaire gezondheidszorg. Wij stellen de toekomstgerichte ‘Beschouwing’ aan het einde van het rapport op prijs en menen dat deze goede richtingen voor de toekomst geeft. Wij hopen dat de leerpunten in het rapport en de aanvullingen daarop, die wij in deze notitie geven, meegenomen worden in de verdere ontwikkeling van de MGZ.

14 maart 2023

Prof. dr. C. Wagner

Directeur Nivel, Bijzonder hoogleraar Patiëntveiligheid aan de Vrije Universiteit en het Amsterdam UMC, hoofd van het onderzoekscentrum Safety 4 Patients, lid van de Gezondheidsraad, lid Raad van Toezicht Stichting 's Heeren Loo Zorggroep, lid Raad van Commissarissen Medirisk.

Prof. dr. J. Kremer

Gynaecoloog, hoogleraar zorg en samenleving Radboudumc, lid van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, ‘Speciaal gezant passende zorg’ Zorginstituut Nederland en voorzitter van de Raad van Toezicht van het OLVG.

Dr. ir. H. Hoek

Bestuursadviseur in alle sectoren van de gezondheidszorg op het gebied van governance-vraagstukken. Gepromoveerd op het onderwerp ‘Governance in de gezondheidszorg’, medeauteur van de ‘Governancecode Zorg’.

