

Vergaderjaar 1997–1998

25 600 X

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Defensie (X) voor het jaar 1998

Nr. 56

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 19 augustus 1998

De vaste commissie voor Defensie¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de staatssecretaris van Defensie over de inzet van Nederlands militair-geneeskundig personeel bij vredesoperaties (25 600 X, nr. 52). De staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 19 augustus 1998.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De fungerend voorzitter van commissie,
Hoekema

De griffier van de commissie,
De Lange

¹ Samenstelling:

Leden: vacature VVD, Weisglas (VVD), Van den Berg (SGP), vacature PvdA, Zijlstra (PvdA), Van Gijzel (PvdA), Hillen (CDA), Valk (PvdA), Hessing (VVD), Van Ardenne-van der Hoeven (CDA), Hoekema (D66), fungerend voorzitter, Stellingwerf (RPF), Verhagen (CDA), Vos (GroenLinks), Van den Doel (VVD), De Haan (CDA), Visser-van Doorn (CDA), Koenders (PvdA), Ravestein (D66), Harrewijn (GroenLinks), Niederer (VVD), Bussemaker (PvdA), Timmermans (PvdA) en Van Bommel (SP).
Plv. leden: vacature VVD, Essers (VVD), Schimmel (D66), Duivesteijn (PvdA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Arib (PvdA), Leers (CDA), Van Oven (PvdA), Passtoors (VVD), De Milliano (CDA), Ter Veer (D66), Van Middelkoop (GPV), Van der Hoeven (CDA), Vendrik (GroenLinks), Blaauw (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Van Ross-van Dorp (CDA), Van Dok-Van Weele (PvdA), Lambrechts (D66), Karimi (GroenLinks), Oplaat (VVD), Albayrak (PvdA), Dijkzma (PvdA) en Marijnissen (SP).

1 en 8

Heeft het problemen gegeven dat het uitzendbare medische personeel tot nu toe aan een zeer zware belasting is blootgesteld? (blz. 1)
Gesteld wordt dat binnen bepaalde categorieën medisch gespecialiseerd personeel onvoldoende capaciteit is om adequate medische ondersteuning van uitzending te garanderen. Om welke categorieën gaat het? Hoeveel mensen zijn er tekort? Hoe wordt dit opgelost bij huidige uitzendingen? Welke maatregelen zijn tot op heden genomen, mede in het licht van eerdere kamervragen die hierover zijn gesteld? (blz. 3)

Het capaciteitstekort betreft met name chirurgen en gespecialiseerde verpleegkundigen (zie ook het antwoord op vraag 7). De bestaande capaciteit is tot dusver voldoende gebleken om met actief dienend personeel te voorzien in de behoefte bij de huidige uitzendingen, onder andere doordat het schaarse medische personeel vaker is uitgezonden dan ander personeel. Op termijn is de zware belasting die hieruit voortvloeit echter niet wenselijk. De nieuwe opzet van de geneeskundige zorg bij vredesoperaties heeft tot doel dit knelpunt op te lossen en de krijgsmacht te allen tijde in staat te stellen te voorzien in de volledige behoefte aan medische ondersteuning tijdens uitzendingen.

2

Wat wordt verstaan onder continue bezetting van operatiekamers? (blz. 2)

Een bezetting van 24 uur per dag.

3

Hoe kan het aantal vijf als minimaal aantal operatiekamers worden onderbouwd? (blz. 2)

Volgens de NAVO-norm voor vrede-afdwingende, of daarmee in grootte vergelijkbare, operaties zijn zestien operatiekamers nodig voor de chirurgische ondersteuning van één divisie. Een divisie bestaat uit drie brigades. Gelet op een proportionele bijdrage met een brigade aan een vredeafdwingende operatie leidt dit tot een behoefte op brigadeniveau van minimaal vijf operatiekamers.

4

Hoe kan de bovengrens van 24 chirurgische teams worden onderbouwd? (blz. 2)

Om tegelijkertijd deel te nemen aan vier vredebewarende operaties zijn vier bataljons-equivalenten nodig. Per operatie moet één chirurgisch team aanwezig zijn. Een chirurgisch team is drie maanden per periode van achttien maanden uitzendbaar, zodat per bataljons-equivalent zes teams nodig zijn. Voor vier bataljons-equivalenten zijn dus $4 \times 6 = 24$ chirurgische teams nodig.

5 en 7

Hoeveel geneeskundig militair personeel is er op dit moment, uitgesplitst naar functie-soort? Hoeveel formatieplaatsen zijn momenteel niet vervuld? (blz. 2)
Hoeveel formatieplaatsen worden toegevoegd aan het totale bestand medisch personeel? Welke bedragen zijn daarmee gemoeid? (blz. 3)

De beschikbaarheid van, en behoefte aan, medisch personeel zijn in onderstaande tabellen weergegeven. De benodigde aanvullende begrotingsbedragen zullen oplopen van ongeveer f 3 miljoen in het jaar 1998 tot ongeveer 9 miljoen in het jaar 2002.

Directe behoefte, beschikbaarheid en tekorten

Functie	Behoefte in formatieplaatsen	Behoefte in uitzendmaanden	Beschikbare formatieplaatsen	Beschikbaar in uitzendmaanden	Tekort op formatieplaatsen	Tekort in uitzendmaanden
Algemeen chirurg	15	45	9	27	6	18
Anesthesist	15	45	10	30	5	15
Internist	5	15	6	18	–	–
OK-assistent chirurgie	30	90	7	21	23	69
OK-assistent anesthesie	15	45	9	27	6	18
Verkoeververpleegkundige	9	27	–	–	9	27
IC-verpleegkundige	45	135	12	36	33(1	99
Radiologisch laborant	10	60(2	6	36	4	24
Klinisch chemisch laborant	12	72(3	12	72	–	–

Uitgestelde behoefte, beschikbaarheid en tekorten

Functie	Behoefte in formatieplaatsen	Behoefte in uitzendmaanden	Beschikbare formatieplaatsen	Beschikbaar in uitzendmaanden	Tekort op formatieplaatsen	Tekort in uitzendmaanden
Algemeen chirurg	–	27	–	–	–	27
Anesthesist	–	27	–	–	–	27
Internist	–	6 ⁴	–	–	–	6
OK-assistent chirurgie	–	54+27 ⁵	–	–	–	54+27
OK-assistent anesthesie	–	27+15 ⁶	–	–	–	27+15
Verkoeververpleegkundige	–	–	–	–	–	–
IC-verpleegkundige	–	–	–	–	–	29 ⁷
Radiologisch laborant	–	8	–	–	–	8 ⁸
Klinisch chemisch laborant	–	36	12 ⁹	36	–	–

¹ Met aanvullende opleiding IC-verzorging

² 4x bovenformatief, om wederkerigheid te kunnen realiseren: uitzendperiode 6 maanden

³ Inbegrepen uitgestelde behoefte

⁴ Bestemd voor vulling Calamiteitenhospitaal

⁵ Zie punt 4

⁶ Zie punt 4

⁷ Uit wederkerigheid

⁸ Uit wederkerigheid

⁹ Zie punt 3

6

Hoe verhoudt de tekst van de Prioriteitennota, waarin de krijgsmacht indien noodzakelijk gelijktijdig zowel een vrede-afdwingende als ook vier simultane vredebewarende operaties moet kunnen uitvoeren, zich met dit voorstel dat lijkt uit te gaan van òf een vrede-afdwingende òf vier simultane vredebewarende operaties? (blz. 2)

In geval van een vrede-afdwingende operatie kan het noodzakelijk zijn (medisch) personeel te onttrekken aan lopende vredebewarende operaties. Dit is in overeenstemming met de Prioriteitennota (p. 14 en 15) en de antwoorden op de door uw commissie gestelde vragen naar aanleiding van de Prioriteitennota (vragen 5a, 5b en 5c.).

9 en 12

Wat zal er gebeuren met de vijf bestaande perifere teams, die in 1999 zouden worden opgeheven? Worden deze omgezet in de voorgestelde constructie? Wat zijn de gevolgen voor de bestaande afspraken met de ziekenhuizen? (blz. 3)

Is over de voorgestelde constructie overleg gevoerd met civiele ziekenhuizen (waar in de toekomst teams geplaatst worden)? Hoe was de reactie van de ziekenhuizen? Wordt de voorgestelde constructie positief beoordeeld? Hoeveel ziekenhuizen zouden bereid zijn aan deze constructie deel te nemen? (blz. 3/4)

Voorafgaand aan het indienen van het voorstel is uitgebreid overleg gevoerd met een groep van ongeveer twintig civiele ziekenhuizen. Na indiening van het voorstel is een informatiecampagne gehouden waarvoor alle ziekenhuizen in Nederland zijn uitgenodigd. Bij de informatiebijeenkomst waren vertegenwoordigers van ongeveer vijftig ziekenhuizen aanwezig. Het merendeel hiervan heeft te kennen gegeven belangstelling te hebben voor deelneming aan de constructie.

De overeenkomsten met de vijf huidige gastziekenhuizen zijn opgezegd. Zij hebben belangstelling voor de nieuwe samenwerkingsrelatie met Defensie en kunnen, indien zij voldoen aan de voorwaarden, deelnemen aan de nieuwe constructie.

10

Wordt overwogen om, wanneer er sprake is van overcapaciteit bij een vrede-afdwingende operatie, deze capaciteit in te zetten ten behoeve van burgers ter plaatse?

Voor inzet ten behoeve van burgers gelden op dit moment Voorlopige Richtlijnen voor de Geneeskundige Hulp aan de Burgerbevolking. Deze zijn van kracht verklaard voor Nederlandse eenheden die deelnemen aan SFOR. In die richtlijnen wordt onderscheid gemaakt naar Humanitaire geneeskundige Hulp en Geneeskundige Noodhulp. Voorop staat, dat tot dergelijke geneeskundige hulp alleen wordt overgegaan als de omstandigheden en de middelen dit toelaten.

11

Wat was het resultaat van het beroep dat is gedaan op vrijwillig afroepbare reservisten? Hoeveel mensen hebben zich gemeld? Is de respons onder reservisten v.w.b. andere beroepsgroepen wel naar verwachting?

Uit onderzoek is gebleken dat er slechts een beperkte bereidheid is tot vrijwillige afroepbaarheid onder de betreffende beroepsgroepen, mede vanwege de schaarste van dit personeel op de civiele arbeidsmarkt. Ook is de bereidheid van ziekenhuizen om mee te werken aan het beschikbaar stellen van reservisten onvoldoende, onder andere vanwege de lange wachttijden in de civiele zorg. Er is in dit kader geen onderzoek gedaan naar andere beroepsgroepen.

13

Met hoeveel en met welke ziekenhuizen is een samenwerkingsrelatie aangegaan? (blz. 3)

In het kader van het voorstel is nog geen enkele relatie aangegaan. Een proefproject met twee ziekenhuizen zal in 1998 worden uitgevoerd. De resultaten hiervan zullen (ook tussentijds) bekend worden gesteld aan andere ziekenhuizen die een samenwerkingsrelatie met Defensie overwegen. Nadat de resultaten van het proefproject volledig zijn geëvalueerd volgen definitieve contractafspraken.

14

Kan Defensie op elk ziekenhuis in Nederland een beroep doen ten behoeve van repatriëring vanuit vredesoperaties? (blz. 3)

Opvang na repatriëring geschiedt in eerste instantie in het Centraal Militair Hospitaal of het Calamiteitenhospitaal. Als deze capaciteit ontoereikend is, kan een beroep worden gedaan op andere ziekenhuizen. In beginsel kan dit elk ziekenhuis zijn.

15

Wordt verwacht dat de veldhospitalen te allen tijde over voldoende capaciteit zullen beschikken? (blz. 3)

Er is gedurende drie maanden capaciteit om de verliesverwachting voor het hoogste geweldsniveau bij vrede-afdwingende operaties te kunnen verwerken. Dit is naar verwachting voldoende.

16

Een chirurgisch team zal drie maanden per jaar ter beschikking zijn voor Defensie, de overige tijd voor het civiele ziekenhuis. Op basis van welke (financiële) afspraken wordt dan gewerkt? Betaalt Defensie het salaris van de teamleden? Hoe werkt dit als er sprake is van een maatschapsvorm? Hoe worden de verrichtingen van het team ten behoeve van het ziekenhuis verrekend? (blz. 3/4)

De afspraken inzake de samenwerkingsrelatie zullen worden vastgelegd in een contract met de ziekenhuizen en (in voorkomend geval) met de maatschappen. Defensie betaalt de marktconforme honorering van een bovenformatief team aan de ziekenhuizen. Verdere verrekening vindt plaats tussen het ziekenhuis en de maatschap. De verrichtingen van een team ten behoeve van de civiele zorg vallen binnen de normale afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar.

17

Op welke begrotingsartikel(en) zullen de kosten van de chirurgische teams drukken? Wordt hier extra geld binnen de HGIS voor vrijgemaakt? (blz. 4)

Neen. De kosten van de chirurgische teams vallen onder het begrotingsartikel 09.02.

18

Gesteld wordt dat «... het geneeskundig personeel dat thans in dienst is bij Defensie noodzakelijk blijft voor de normale geneeskundige verzorging in vredetijd». Betekent dit dat er twee soorten personeel komen, personeel voor het reguliere werk in vredetijd en personeel dat uitzendbaar is? Wordt chirurgisch personeel dat thans in dienst is niet overgebracht naar de nieuw op te richten teams? (blz. 4)

De directe behoefte aan tweedelijnszorg bij uitzendingen zal worden gevuld met onmiddellijk beschikbaar personeel in actieve dienst of uit de bovenformatieve capaciteit. Om de deskundigheid en vaardigheden op peil te houden, verricht dat personeel werkzaamheden voor de vredeszorg van militairen (bij het Centraal Militair Hospitaal) of bij civiele ziekenhuizen. Het staat het actief dienende personeel vrij deel te nemen aan de nieuw op te richten chirurgische teams. In dat geval is er geen sprake van bovenformatieve financiering.

19

«Het aangaan van beschikbaarheidscontracten met civiele zorginstellingen betekent niet dat Defensie ervan afziet geneeskundige specialisten als militair aan te stellen». Waar zullen deze specialisten worden geplaatst? Met wat voor soort contract? Betreft dit alleen een overgangsfase, zoals in de brief gesuggereerd, of een definitieve situatie? (blz. 4)

Medische specialisten kunnen in voorkomend geval (tijdelijk) als militair worden aangesteld. Het is echter twijfelachtig of veel specialisten hieraan in de huidige omstandigheden behoefte zullen hebben. De overgangsfase

heeft betrekking op de mogelijkheid voor het huidige personeel om deel te nemen aan de nieuw op te richten chirurgische teams.

20

Heeft met de bonden overleg plaatsgevonden over de nu voorgestelde constructie? Zo ja, wat was het resultaat van deze besprekingen?

De centrales van militair personeel zijn enkele malen geïnformeerd over het plan en de voortgang. De reacties waren positief.

21

Welke gevolgen heeft de nieuwe constructie voor de opleidingscapaciteit bij het CMH? Wat wordt precies bedoeld met de passage: «Met het vullen van het veldhospitaal is er dan geen capaciteit meer beschikbaar voor het inrichten van een Calamiteitenhospitaal»? (blz. 3/4)

De consequenties voor de opleidingscapaciteit bij het Centraal Militair Hospitaal zal nader worden vastgesteld aan de hand van de uitkomsten van de proefprojecten. De personele vulling van een veldhospitaal bestaat voornamelijk uit personeel dat werkzaam is in het CMH. Dit personeel is dan niet meer beschikbaar voor het inrichten en operationeel houden van het Calamiteitenhospitaal. Daarvoor is in voorkomend geval ander personeel uit civiele ziekenhuizen nodig. In een deel van deze behoefte wordt voorzien door de overeenkomst tussen Defensie en het AZU. De beschikbaarheid van het resterende deel wordt nader uitgewerkt.

22

Gesuggereerd wordt dat in de calamiteitenbehoefte kan worden voorzien door afspraken met civiele zorginstellingen. Zijn die hiertoe bereid? Betekent dit dat civiele ziekenhuizen een extra noodcapaciteit beschikbaar moeten houden? Wat betekent dit voor de grondgedachte van de calamiteitenfunctie, namelijk het beschikbaar hebben van een groot aantal bedden bij rampen en/of in oorlogssituaties?

Thans hebben ongeveer vijftig ziekenhuizen belangstelling getoond voor een relatie met Defensie (zie ook het antwoord op vraag 12). In de contracten met de ziekenhuizen zal worden opgenomen dat medisch personeel ook beschikbaar komt wanneer het calamiteitenhospitaal wordt geactiveerd. Voor de «calamiteitenfunctie» betekent de voorgestelde constructie dat in voorkomend geval voor zowel militaire als burgerslachtoffers naast de noodzakelijke materiële voorzieningen ook over de daarvoor benodigde personele aanvulling kan worden beschikt.