

HEROVERWEGING 1985

Personeelszorg Defensie

Deelrapport nr. 77



HEROVERWEGING PERSONEELSZORG DEFENSIE

Eindrapportage van de interdepartementale
werkgroep Heroverweging Personeelszorg
Defensie

november 1985

SAMENVATTING

1. Taakopdracht en onderzoeksopzet

De interdepartementale werkgroep Heroverweging Personeelszorg Defensie heeft een heroverwegingsonderzoek verricht naar het huidige beleid met betrekking tot een aantal belangrijke gebieden van de personeelszorg van het ministerie van Defensie, te weten de deelonderwerpen geneeskundige verzorging, cantinediensten, welzijnszorg en sociale diensten. Bezien is de taak, omvang, werkwijze en organisatie van de betrokken diensten, waarbij vergelijkingen zijn gemaakt met soortgelijke voorzieningen in de burgeroverheidssector en de civiele sector. De werkgroep heeft haar werkzaamheden verricht aan de hand van basismateriaal geleverd door voor elk deelonderwerp ingestelde Defensie-subwerkgroepen. Tevens is gebruik gemaakt van de resultaten van recent afgeronde onderzoeken op het terrein van de personeelszorg Defensie. Dit geldt met name het ambtelijk Defensie-rapport "Structuurplan geneeskundige verzorging krijgsmacht" (SGVK) van augustus 1985 waarover de werkgroep de beschikking kreeg.

In de heroverweging zijn alle zorgactiviteiten betrokken die Defensie op de onderzoekdeelgebieden op grond van de zorgplicht voor haar personeel uitvoert. Het financieel ijkpunt ter hoogte van 517 mln voor de variantenontwikkeling en de te realiseren besparingen incorporeert derhalve ook die activiteiten van personeelszorg die direct in verband staan met de taakstelling van de drie krijgsmachtdelen en door Defensie als operationele noodzaak worden gezien. De werkgroep heeft de operationele behoefte van de krijgsmacht als gegeven beschouwd. Er is naar gestreefd realistische en bruikbare varianten te ontwikkelen. Consequenties van besparingsvoorstellen voor de operationele taakstelling (en voor de doelstellingen van de personeelszorg "sec") zijn ten behoeve van de besluitvorming in de rapportage vermeld. Dat geldt met name de per deelonderwerp ontwikkelde 20%-varianten die, gegeven het financieel ijkpunt, samengenomen tot een besparing van ca. 100 mln. dienen te leiden.

In de rapportage zijn de ontwikkelde varianten per deelonderwerp gepresenteerd. Onderstaand zijn de varianten cantineverzorging, welzijns-

zorg en sociale diensten per type besparingsmaatregel tesamen weergegeven. De varianten op het terrein van de geneeskundige verzorging zijn afzonderlijk aangegeven vanwege de relatief grote kostenomvang van dit deelonderwerp (455 mln, zijnde ca. 90% van het ijkpunt) en van de te realiseren besparingen.

2. Beleidsvarianten geneeskundige verzorging.

2.1. Rationalisatie van de taakuitvoering (besparing 15,9 à 17,4 mln)

Een betere doelmatigheid en doeltreffendheid van de geneeskundige structuur kan voortbordurend op de voorstellen in het rapport SGVK gevonden worden in integratie van de overhead van de Militair Geneeskundige Diensten. Deze integratie betreft de tweede en hogere echelons geneeskundige eenheden (besparing, 1,0 mln) en de organisatie-en management-eenheden (20% reductie, besparing 3,5 mln) en resulteert in een besparing vanaf 1989 van 4,5 mln. Een betere benutting van de in eigen beheer geëxploiteerde geneeskundige capaciteit aan militaire artsen en tandartsen, ondersteund door een actief stimuleringsbeleid, kan leiden tot een geleidelijk tot 20% oplopende besparing op de uitbestedingskosten van ca. 9 mln. in 1989. Exogene ontwikkeling in demografie (daling van het aantal te keuren dienstplichtigen) en volksgezondheid (plan Tandheelkundige hulp jeugdige ziekenfondsverzekerden) maken een besparing bij de militair geneeskundige dienst mogelijk van resp. 1,4 à 2,4 mln en 1 à 1,5 mln.

2.2. Versterkte inschakeling civiele sector (besparing 8,8 à 15,8 -p.m.)

Alleen de hospitaalfunctie leende zich naar de mening van de werkgroep in deze heroverweging voor de ontwikkeling van een concrete variant voor inschakeling van de civiele sector. Teneinde onder andere in vreedstijd en in bijzondere (oorlogs-)omstandigheden verzekerd te zijn van geneeskundige zorg gericht op het zoveel mogelijk beperken van de verminderde personele inzetbaarheid als gevolg van ziekte of verwonding heeft Defensie twee militaire hospitalen in eigen beheer: het Marine Hospitaal

Overveen (MHO) en het Militair Hospitaal Dr. A. Mathijssen te Utrecht (MHAM). De militaire bedcapaciteit van deze hospitalen wordt onderbenut. Het onderbrengen van deze bedcapaciteit in de bestaande overcapaciteit van de civiele ziekenhuizen - door plaatsing van militair medische teams in een zestal civiele ziekenhuizen en opheffing van MHO en MHAM - heeft ook voor Defensie voordelen en levert een geraamde besparing op van 8,8 à 15,8 mln. Daarin zijn niet verdisconteerd mogelijk extra uitgaven ten aanzien van een aantal voor Defensie belangrijke elementen van de hospitaalfunctie (als p.m. -post opgenomen).

Bezien is of deze variant haalbaar is in verband met de operationele taakstelling van de krijgsmacht. De werkgroep onderkent dat op dat punt aan het voorstel bezwaren verbonden zijn. Zij heeft zich de vraag gesteld of deze bezwaren kunnen worden ondervangen op een wijze die een even goede realisatie van de Defensietaken mogelijk maakt. In dat verband is een tussenvorm in beschouwing genomen, inhoudende één (inter-service-) hospitaal met beperkte militaire bedcapaciteit en een viertal militair medische specialistenteams bij civiele ziekenhuizen conform de eerder ontwikkelde variant.

Het heeft de werkgroep aan tijd ontbroken de tussenvorm terdege uit te werken. Zij stelt evenwel vast, dat zowel bij de ontwikkelde variant als bij de tussenvorm Defensie thans niet door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de garantie kan worden geboden, dat de variant of de tussenvorm op aanvaardbare wijze kan worden gerealiseerd. Het Ministerie van WVC heeft de verwachting dat er mogelijkheden zijn aan de variant invulling te geven. Een gericht onderzoek zou moeten uitwijzen of zulk een garantie in de toekomst wel geboden zou kunnen worden. Indien het van belang geacht wordt de ontwikkelde besparingsmogelijkheid voor de rijksbegroting te realiseren (c.q. reductie van de bedcapaciteit in de volksgezondheidssector met maximaal 230 bedden) dan is verder onderzoek naar de praktische haalbaarheid van de variant noodzakelijk.

2.3. Toepassing van het profijtbeginsel (besparing 30,3 à 76,2 mln)

Reeds geruime tijd zijn de regelingen op het gebied van de geneeskundige

verzorging van militair beroepspersoneel en hun gezinsleden onderwerp van departementaal en politiek beraad. Dat beperkt de relevantie van eigen voorstellen van de heroverwegingswerkgroep. Niettemin is de mogelijkheid van toepassing van het profijtbeginsel ten aanzien van de regeling vrije geneeskundige behandeling militair personeel in beschouwing genomen met hantering van een op de militaire populatie afgestemde berekeningsgrondslag.

Uitgaande van een in principe te verrekenen kostprijs "algemene gezondheidszorg" van ca. 58,7 mln kan een jaarlijkse bijdrage van de militair worden gevraagd die varieert naar hoogte van het inconveniënt van het gemis aan vrije artskenkeuze. Daarmee varieert ook de te realiseren besparing van maximaal 58,7 mln (geen inconveniëntenkorting, jaarlijkse bijdrage f 1030,- per militair) tot 14,7 (75 % korting, jaarlijkse bijdrage f 257,50).

Met betrekking tot de geneeskundige verzorging van gezinsleden van militairen sluit de werkgroep aan bij door Defensie ontwikkelde voorstellen. Verhoging van de aanspraken van militair personeel terzake van premie-restitutie en tegemoetkoming in de ziektekosten tot het niveau waarop de burgerambtenaar op grond van de interimregeling ziektekosten voor zijn gezinsleden recht heeft, leidt tot een besparing van ca. 17,5 mln.

De realisatie van beide maatregelen is op grond van een ministerraadsbeslissing in de tijd gekoppeld aan de invoering van de nieuwe bezoldigingsstructuur voor militair personeel (voorgenomen gefaseerde invoering vanaf 1 januari 1987).

2.4. Versobering van het huidige voorzieningenniveau (besparing 2,5 mln)

Het huidige curatieve voorzieningenpakket voor het militaire personeel bevindt zich voor de gemiddelde militair praktisch op ziekenfondsniveau. Van enige "luxe" is alleen sprake bij bijzondere groepen die extra verstrekkingen krijgen op basis van hun operationele functie. Omvangrijke besparingen zijn dan ook niet mogelijk. Het is evenwel reëel er van uit te gaan dat bij toepassing van een consequent versoberingsbeleid op termijn een besparing van 10% op de uitgaven aan geneeskundige verstrekkingen/voorzieningen mogelijk is, derhalve 2,5 mln.

2.5 20%-variant geneeskundige verzorging (besparing 57,5 à 111,9 mln)

Omdat in de voorgaande vier ontwikkelde varianten geen onderling tegenstrijdige elementen voorkomen kan tot een integrale toepassing daarvan worden overgegaan. Dit levert een totaalbesparing op variërend van 57,5 mln. tot 111,9 mln. De grote variatie wordt veroorzaakt door de bandbreedte van de variant toepassing van het profijtbeginsel (eigen bijdrage). De 20% besparing ten opzichte van het ijkpunt wordt gerealiseerd indien de eigen bijdrage van de militair nagenoeg gelijk wordt gesteld aan de vigerende interimregeling ziektekosten rijksoverheidspersoneel. In dat geval ontstaat het probleem dat handhaving van de huidige doelstellingen, taak en werkwijze van de Militair Geneeskundige Dienst niet langer als uitgangspunt kan worden gehanteerd. De validiteit van een integrale toepassing van de voorgaande varianten komt daarmee in gevaar.

Uitgaande van een financieel en thans ook inhoudelijk gelijke behandeling van militair en overig rijksoverheidspersoneel is een gewijzigde organisatie opzet bezien. Evenals de burgerambtenaar zal de beroepsmilitair zich in dit geval dienen te verzekeren. Defensie draagt in het kader van de interimregeling ziektekosten overheidspersoneel bij in de premielasten. Defensie verliest echter de mogelijkheid met haar geneeskundig verzorgingssysteem een zo groot mogelijke inzetbaarheid van haar personeel te realiseren. De doelstelling van de geneeskundige verzorging dient dan ook te worden aangepast, en de organisatieopzet gewijzigd. Deze richt zich dan in eerste instantie op de bedrijfsgeneeskundige verzorging. Gegeven een per krijgsmachtdeel verschillend uitwerken van het wegvallen van een aantal curatieve taken is een 40% reductie ten opzichte van de huidige medische zorgorganisatie mogelijk. Rekening houdend met de Defensie-bijdrage in de premielasten van de militair leidt de gewijzigde organisatieopzet per saldo tot een besparing van 74 mln., te realiseren vanaf 1989. De negatieve effecten zijn gelegen enerzijds op het terrein van de oorlogsvoorbereiding en de gereedheid van de Militair Geneeskundige Dienst voor buitengewone omstandigheden en anderzijds op het terrein van de inzetbaarheid van het militair personeel.

3. Beleidsvarianten cantineverzorging, welzijnszorg en sociale diensten

3.1. Rationalisatie en doelmatigheidsvergroting (besparing 16,6 mln)

Door integratie van de inkoop- en distributiefuncties van de cantine en voedingsverzorging, door een lagere prijsstelling door alleen de inkoop- en distributiekosten door te berekenen en door rationalisatie van de wijze en de mate van dienstverlening kan een besparing worden bereikt van 7,9 mln. Aanscherping van de regelgeving ter indamming van het buiten de cantinediensten om inkopen door onderdeelcantines kan in combinatie met genoemde lagere prijsstelling via een omzetstijging van ca. 15 mln het brutoresultaat met ca. 4,5 mln doen toenemen. Een besparing van ca. 3 mln kan worden gerealiseerd door invoering van het zgn. Basis Cantine Verzorgingssysteem bij de Koninklijke Luchtmacht.

Met betrekking tot de welzijnszorg acht de werkgroep doelmatigheidsvergroting via reorganisatie mogelijk bij de bibliotheek, de audio-visuele voorzieningen, de filmvoorstellingen en bij de sectie welzijnszorg bij de Koninklijke Landmacht, hetgeen resulteert in een besparing van 0,5 mln.

Vergroting van de doelmatigheid bij de sociale diensten kan worden gerealiseerd in de vorm van een verdergaande samenwerking bij de Militaire Sociale Dienst (MSD) met het bedrijfsmaatschappelijk werk ten behoeve van het burgerpersoneel van Defensie. Aan de daaruit voortvloeiende besparing van 0,710 mln. kan nog een geringe besparing (0,01 mln.) op de huisvestingskosten van de stichting Rechtsbijstand Dienstplichtigen (SRD) worden toegevoegd.

3.2. Verlaging van het voorzieningenniveau (besparing 7,2 mln-p.m)

Het in meer of mindere mate sluiten dan wel beperkt openstellen in de avonduren en op zon- en feestdagen van cantines kan een bruto-besparing opleveren van ca. 5 mln, waartegenover staat een niet te kwantificeren omzetsdaling bij met name die kazernes/bases/inrichtingen waar onderdeelcantines ontbreken. Deze maatregel betekent een aantasting van de doelstelling (met name van de zgn. huiskamerfunctie).

Voor wat betreft de welzijnszorg kan worden gedacht aan beëindiging van activiteiten die in relatief geringe mate de noodzakelijke diversiteit

bepalen, te weten bezoek aan sociaal-culturele en recreatieve evenementen en amusementsvoorstellen (beperkt deel te handhaven). Laatstgenoemde maatregel heeft tot gevolg dat in een duidelijke behoefte niet meer wordt voorzien. De besparingen belopen in totaal 0,8 mln.

Bij de sociale diensten kan door het terugbrengen van het voorzieningenniveau een besparing worden gerealiseerd van in totaal 1,4 mln. Het gaat hier in de eerste plaats om beëindiging van de taken van de MSD op het terrein van de gezinsverzorging in West-Duitsland en beperking van de hulpverlening bij problematieken van algemene aard. Dit heeft indirecte gevolgen voor de operationele gereedheid van de krijgsmacht en zal leiden tot een verhoogde druk op hulpverleningsinstanties in de burgermaatschappij. Minimalisering bij de sectie Bemiddeling Overgang Burgermaatschappij (BOB) van de voorzieningscapaciteit voor arbeidsplaatsen levert een besparing op van 0,121 mln maar beperkt het rendement van de arbeidsbemiddeling.

3.3. Toepassing van het profijtbeginsel (besparing 0,880 mln)

Met betrekking tot welzijnszorg kan gedacht worden aan verhoging van de thans gevraagde bijdragen in de kosten van de welzijnszorgactiviteiten (excl. studiefaciliteiten) met in totaal 0,8 mln, met als gevolg een aantasting van de zorgplicht terzake die Defensie heeft voor haar vaak in bijzondere omstandigheden gebracht personeel. De subsidies ter hoogte van 0,210 mln aan de twee Marine-Watersportverenigingen zouden kunnen vervallen door de in het geding zijnde kosten ten laste van de verenigingen te brengen.

Bij de sociale diensten kan gedacht worden aan het door de SRD op basis van "no cure no pay" als tegemoetkoming in de kosten in rekening brengen van de 10% van het bedrag van de gerealiseerde schadeclaim, hetgeen ca. 0,08 mln aan inkomsten zal opleveren.

3.4. Versterkte inschakeling van of samenwerking met de civiele of overheidssector en privatisering (besparing 1,2 mln + p.m.)

De werkgroep acht mogelijkheden voor versterkte inschakeling of samenwerking met de civiele of overheidssector alleen mogelijk bij de sociale

diensten i.c. de MSD. Inschakeling op het vlak van de pre-actieve zorg en de zgn. interservice personeelstaken van de arbeidsinspecties en afdelingen militaire zaken van gemeenten levert een besparing op van 0,201 mln. Deze maatregel zal kunnen leiden tot problemen van organisatorische, personele en methodische aard bij gemeentelijke overheden, arbeidsinspecties en militaire commandanten.

Mogelijkheden tot privatisering doen zich voor bij de cantineverzorging en de welzijnszorg. In het kader van de 2e ronde privatisering onderzoekt een extern adviesbureau thans onder meer de cantinefunctie bij Defensie. De werkgroep heeft zich daarom in afwachting van deze studie studie onthouden van het trekken van definitieve conclusies op dit vlak. Bij de welzijnszorg zijn sommige activiteiten thans geheel of gedeeltelijk geprivatiseerd. Bij de filmvoorstellingen kan worden overgegaan tot het zoveel mogelijk uitbesteden van de door het Centraal Filmbureau Krijgsmacht verrichte taken op het gebied van de filmvoorziening (de vertoning blijft in eigen beheer). Dit levert een besparing op van ca. 1 mln. Ten aanzien van de bibliotheekfunctie zou op die locaties waar zich op redelijke afstand civiele bibliotheken bevinden tot afstoten van deze functie kunnen worden besloten. De omvang van de overigens geringe besparing is thans nog niet te bepalen.

3.5. 20%-varianten (besparing in totaal 28,2 +/- p.m.)

Met betrekking tot de cantineverzorging is niet een variant ontwikkeld inhoudende 20%-besparing op de uitgaven, maar is bezien of het voor 1989 voorziene exploitatietekort van 21,3 mln tot nihil kan worden teruggebracht. Bedoelde volledige kostendekkendheid kan naar de mening van de werkgroep grosso modo worden bereikt door combinatie van de maatregelen op het punt van rationalisatie en doelmatigheidsvergroting met maatregelen die een verlaging van het voorzieningenniveau inhouden. Deze maatregelen leveren inclusief omzetvergroting op korte termijn een besparing op van in totaal ruim 20 mln. De berekeningen zijn echter te globaal om verzekerd te zijn van dit effect. Bovendien moet worden bedacht, dat bij verlaging van het voorzieningenniveau een omzetsdaling plaatsvindt die thans niet valt te kwantificeren.

Toepassing van een zgn. 80% "finance-base" benadering bij de welzijnszorg via prioriteitenstelling bleek in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk vanwege de optredende verschillen tussen de krijgsmachtdelen en daarbinnen tussen de eenheden. De 20%-variant is daarom gevonden in integrale toepassing van alle ontwikkelde varianten en enkele additionele maatregelen, te weten algehele beëindiging van de amusementsvoorstellingen (additionele besparing 0,450 mln) en verdergaande toepassing van het profijtbeginself. Laatstgenoemde maatregel behelst een verdere verhoging van de financiële bijdrage van de gebruikers van de voorzieningen (exclusief studiefaciliteiten) ten bedrage van 1,05 mln en een verlaging van de financiële tegemoetkomingen van Defensie in de kosten van de studiefaciliteiten met 1,2 mln (deze tegemoetkoming is thans 1,7 mln en wordt met de maatregel derhalve met 70% verminderd). De 20% variant leidt tot een aantasting van de zorgplicht van Defensie op welzijnsgebied.

Een 20%-variant sociale diensten kan worden gevonden door toepassing van de ontwikkelde varianten ten aanzien van de MSD, toepassing van de variant inhoudende voorzieningenniveauperlaging bij de BOB, reductie van het personeelsbestand van het Bureau Militaire Stafzaken met één formatieplaats en toepassing van de twee ontwikkelde varianten bij de SRD. Aldus resulteert een besparing van 2,5 mln. Ten aanzien van het bedrijfsmaatschappelijk werk (MSD) zal door de verlaging van het voorzieningenniveau een verdere vergroting ontstaan van de relatieve achterstand van het militair personeel ten opzichte van het burgerlijk overheidspersoneel. Maatregelen bij de BOB hebben als eerder aangegeven negatieve gevolgen voor het rendement van de arbeidsbemiddeling en kan een verhogend effect hebben op de omvang van de overbruggingsuitkeringen aan werkloze dienstverlaters.

De behandelcapaciteit van het BMS zal met ongeveer de helft dalen terwijl de behoefte de komende jaren juist zal toenemen. De kwaliteit van de rechtspleging zal afnemen.

INHOUDSOPGAVE

Bldz.

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1 Heroverweging van het beleid met betrekking tot de personeelszorg van Defensie

1.1.	Inleiding	1
1.2	Achtergrond van de personeelszorg Defensie	1
1.3	Herijking van het beleid	3
1.4	Kosten van de personeelszorg en ijkpunt	3
1.5	Variantenontwikkeling	6
1.6	Indeling van het rapport	7

Hoofdstuk 2 Heroverweging van deelonderwerp geneeskundige verzorging

2.1	Doelstelling, taken en organisatie van de geneeskundige verzorging	8
2.2	Kosten van de geneeskundige verzorging	9
2.3	Beleidsvarianten geneeskundige verzorging	11
	2.3.1. Uitgangspunten bij de variantenontwikkeling	11
	2.3.2. Rationalisatie van de taakuitvoering (variant I)	15
	2.3.3. Versterkte inschakeling van de civiele sector (variant II)	18
	2.3.4. Toepassing van het profijtbeginsel (variant III)	23
	2.3.5. Versobering van het huidige voorzieningenniveau (variant IV)	27
	2.3.6. 20%-variant geneeskundige verzorging (variant V)	28
2.4.	Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten geneeskundige verzorging	31

Hoofdstuk 3 Heroverweging van deelonderwerp cantineverzorging

3.1.	Doelstelling en organisatie van de cantineverzorging	33
3.2.	Kosten van het beleid	34

3.3.	Beleidsvarianten cantineverzorging	
3.3.1.	Inleiding	35
3.3.2.	Rationalisatie en doelmatigheidsvergroting (variant I)	36
3.3.3.	Verlaging van het voorzieningenniveau (variant II)	38
3.3.4.	Volledige kostendekkendheid (variant III)	39
3.4.	Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten cantineverzorging	39

Hoofdstuk 4 Heroverweging deelonderwerp welzijnszorg

4.1.	Doelstelling, activiteiten en organisatie van de welzijnszorg	41
4.2.	Kosten van het beleid	42
4.3.	Beleidsvarianten welzijnszorg	43
4.3.1.	Inleiding	43
4.3.2.	Vergroting van de doelmatigheid (variant I)	43
4.3.3.	Verdere toepassing van het profijtbeginsel (variant II)	44
4.3.4.	Verlaging van het voorzieningenniveau (variant III)	46
4.3.5.	Privatisering (variant IV)	46
4.3.6.	20%-variant welzijnszorg (variant V)	48
4.4.	Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten welzijnszorg	49

Hoofdstuk 5 Heroverweging deelonderwerp sociale diensten

5.1.	Doelstelling, activiteiten en organisatie van de sociale diensten	51
5.2.	Kosten van het beleid	53
5.3.	Beleidsvarianten sociale diensten	54
5.3.1.	Vergroting van de doelmatigheid (variant I)	54
5.3.2.	Versterkte inschakeling van/samenwerking met civiele of overheidssector (variant II)	55
5.3.3.	Verlaging van het voorzieningenniveau (variant III)	55
5.3.4.	20%-variant sociale diensten (variant IV)	57
5.4.	Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten sociale diensten	59

Bijlagen

- I Samenvattend overzicht besparingen van de varianten geneeskundige verzorging
- II Berekening besparing van wijziging organisatie-opzet
- III Nadere gegevens militaire hospitalen
- IV Kosten militaire medische teams in civiele ziekenhuizen
- V Samenstelling van de werkgroep Heroverweging Personeelszorg Defensie

Hoofdstuk 1 Heroverweging van het beleid met betrekking tot de personeelszorg van Defensie

1.1. Inleiding

Het Kabinet verstrekke in het voorjaar van 1985 in het kader van de zgn. 5e ronde heroverweging de taakopdracht een heroverwegingsonderzoek te verrichten naar het huidige beleid met betrekking tot een aantal belangrijke gebieden van personeelszorg van het ministerie van Defensie. Dit heroverwegingsonderwerp omvat de deelonderwerpen geneeskundige verzorging, cantinedienst, welzijnszorg en sociale diensten. In alle gevallen gaat het daarbij om taak, omvang, werkwijze en organisatie van de betrokken diensten en om de verschillen die ten aanzien van deze aspecten bestaan tussen de krijgsmachtdelen. Voorts dienen vergelijkingen te worden gemaakt met soortgelijke voorzieningen in de burgermaatschappij.

De resultaten van het onderzoek worden door de interdepartementale werkgroep Heroverweging Personeelszorg Defensie in de onderhavige rapportage weergegeven. Vanwege de omvang en complexiteit van het onderzoeksterrein heeft de werkgroep gekozen voor een decentrale onderzoeksaanpak. De uitwerking van haar taakopdracht per deelonderwerp is in eerste instantie geschied door vier per formele (Defensie-) instellingsbeschikking ingestelde Defensie-subwerkgroepen. De voorzitters van deze subwerkgroepen maakten deel uit van de interdepartementale werkgroep. Aan de hand van het door de subwerkgroepen geleverde basismateriaal heeft de werkgroep haar heroverwegingsactiviteiten verricht.

1.2. Achtergrond van de personeelszorg Defensie

Aan de Defensie-organisatie is de taak opgedragen de belangen van de staat te beschermen. Uit deze taak kan voortvloeien dat er gewapenderhand moet worden opgetreden bij de verdediging van het grondgebied van het bondgenootschap. De krijgsmacht vergt daarom van haar leden dat zij zich in vreedstijd door opleidingen, oefeningen en wisselende functievervulling bekwamen voor een oorlogstaak. De eisen die aan het personeel

worden gesteld komen elders bij de overheid of in de maatschappij niet of niet in die mate of in die combinatie voor. Bovendien kenmerkt de krijgsmacht zich door het feit dat dienstplichtigen (onvrijwillig dienenden) deel uitmaken van de organisatie. Daarnaast is er militair personeel in dienst op basis van een tijdelijk contract (Kort-Verband-Vrijwilligers)

De krijgsmacht legt een groot beslag op de militair of deze nu vrijwillig dienend of dienstplichtige is, en grijpt bovendien dieper in zijn persoonlijke leven in door bijvoorbeeld verblijf in het buitenland voor een langere periode, veelvuldige overplaatsingen met de daaraan verbonden verhuizingen, varen en oefeningen. Deze factoren brengen met zich dat de krijgsmacht niet alleen een grote maar ook een bijzondere verantwoordelijkheid draagt voor haar personeel. In feite is sprake van een zorgplicht van Defensie.

De taak van de krijgsmacht vergt een beleid dat zich onder meer richt op de inzetbaarheid van het personeel. Zo zijn er met name voorzieningen getroffen die de militair een geneeskundige verzorging garanderen die gericht is op bescherming, behoud, herstel en bevordering van zijn gezondheid. Het is van groot belang dat de militair zich in oorlogstijd verzekerd weet van geneeskundige verzorging. De personeelszorg heeft daarnaast tot doel het personeel - zowel individueel als groepsgewijs - ontplooiingsmogelijkheden te bieden, zowel in de werk- als in de leef-situatie. De omstandigheid, dat de krijgsmacht voor vele personeelsleden naast werkverband tevens leefverband is, brengt met zich dat de organisatie specifieke personeelszorgvoorzieningen moet treffen en in stand houden gericht op "de huiskamerfunctie". Ook wijkt de rechtspositie van militair personeel voor een deel af van die van het burgerlijke overheidspersoneel. Daarmee in verband staat de verantwoordelijkheid voor de maatschappelijk-sociale zorg. Aldus strekt de zorgplicht van Defensie zich uit tot - en wordt getypeerd door - geneeskundige verzorging, kantineverzorging, welzijnszorg en sociale zorg (sociale diensten).

1.3. Herijking van het beleid

De zorgplicht van Defensie met betrekking tot haar militair en burgerpersoneel laat onverlet dat op gezette tijden de wijze waarop aan deze zorgplicht wordt gestalte gegeven alsook de in het geding zijnde (financiële) middelen tegen de achtergrond van gewijzigde omstandigheden en behoefte dienen te worden herijkt. De heroverwegingstaak van de werkgroep behelst een dergelijke herbezinning, zij het dat daarbij de nadruk ligt op het vinden van mogelijkheden om te komen tot terugdringen van het budgettaire beslag van de personeelszorg Defensie op de collectieve uitgaven. Dit betekent, dat de door de werkgroep te ontwikkelen beleidsvarianten uiteindelijk tot besparingen dienen te leiden ten opzichte van de meerjarenramingen van het huidige beleid.

De werkgroep heeft zich gerealiseerd, dat een heroverweging van het beleid weliswaar een op zichzelf staande operatie is los van lopende of recentelijk afgesloten soortgelijke (evaluatie-)onderzoeken op hetzelfde beleidsterrein, maar dat niet geheel en al aan dergelijke onderzoeken voorbij gegaan kan worden. Met name op het terrein van de personeelszorg heeft Defensie een aantal studies lopen dan wel kortelings afgerond. De werkgroep heeft dan ook kennisgenomen van de resultaten van bepaalde studies en waar relevant deze in haar beschouwingen betrokken. Dit geldt met name het rapport "Structuurplan geneeskundige verzorging krijgsmacht" van de gelijknamige Stuurgroep onder leiding van de staatssecretaris van Defensie. Dit rapport is in augustus 1985 afgerond en aan de werkgroep aangeboden, en is door deze bij de ontwikkeling van de beleidsvarianten geneeskundige verzorging in de discussies betrokken (par. 2.3.).

1.4. Kosten van het beleid en ijkpunt

Mede ter vaststelling van het zgn. financieel ijkpunt ten behoeve van de variantenontwikkeling - zijnde de meerjarenramingen 1989 - heeft de werkgroep in kaart gebracht welke uitgaven (en inkomsten) gemoeid zijn met de personeelszorg van Defensie c.q. met de vier afzonderlijke zorg-

terreinen geneeskundige verzorging, cantineverzorging, welzijnszorg en sociale diensten. Probleem bij de inventarisatie van de zorgactiviteiten en de kosten ervan is, dat niet op voorhand een definitie van het begrip personeelszorg is te geven. Een aantal zorgactiviteiten wordt namelijk door Defensie als een zuiver operationele noodzaak gezien. Met operationele noodzaak of behoefte wordt bedoeld, dat bepaalde activiteiten direct in verband staan met de taakstelling van de drie krijgsmachtdelen in vredes- en oorlogstijd. De werkgroep heeft die operationele behoefte uitdrukkelijk niet ter discussie willen stellen en derhalve als een gegeven gehanteerd. Bedoelde zorgactiviteiten zouden om die reden in eerste instantie niet in het ijkpunt thuishoren. Het is evenwel moeilijk gebleken op genoemde grond een duidelijk onderscheid aan te brengen in de zorgactiviteiten. Daarom zijn alsnog alle activiteiten van Defensie waaraan een zorgkarakter kan worden toegeschreven per deelonderwerp qua kosten geïnventariseerd en in de heroverweging betrokken, daarbij ook ongeacht of een zorgactiviteit of personeelsvoorziening rechtspositieel is vastgelegd danwel niet typisch als een Defensietaak is te beschouwen.

Aldus resulteert zoals weergegeven in tabel 1 voor de totale personeelszorg Defensie een (maximale) kostenomvang van 518 mln in 1985 (gebaseerd op de geautoriseerde begroting 1985). Gedetailleerde meerjaren ramingen 1989 voor de betreffende deelonderwerpen ontbreken geheel of gedeeltelijk. Omdat geen volumeveranderingen voor de komende jaren worden voorzien (ongewijzigd beleid) zijn door de werkgroep de cijfers van 1985 op een enkele uitzondering na ook gehanteerd voor 1989. Het financieel ijkpunt voor de variantenontwikkeling en de te realiseren besparingen komt daarmee uit op 517,6 mln.

Tabel 1 Kosten van de personeelszorg (in mln gld)a)

	1975	1980	1985	1989
Geneeskundige verzorging	329,3	410,6	458,5	455,6
Cantineverzorging b)	6,6	14,2	18,8	21,3
Welzijnszorg	20,9	28,4	28,3	28,3
Sociale diensten	9,2	13,0	12,4	12,4
Totaal personeelszorg	366,0	466,2	518,0	517,6

a) Gegevens over het jaar 1970 zijn niet (meer) voorhanden. De uitgaven in de jaren 1975 en 1980 zijn gebaseerd op de realisatiecijfers uit de desbetreffende jaren.

b) Negatief saldo van uitgaven (103 mln in 1985) en inkomsten (84 mln in 1985).

Bron: Ministerie van Defensie

De in tabel 1 aangegeven bedragen vormen een optelsom van zowel taakgebonden uitgaven en ontvangsten als eenheidsgebonden uitgaven. Eerstgenoemde categorie betreft de aan de Defensiebegroting ontleende uitgaven en ontvangsten (niet zijnde algemene middelen) die in rechtstreeks verband staan tot de deelonderwerpen van de personeelszorg en de (taak-) onderdelen daarvan (materieeluitgaven, uitbestedingen aan derden, subsidies, ontvangsten wegens verpleging van burgerpatiënten in militaire ziekeninrichtingen e.d.). De eenheidsgebonden uitgaven bestaan uit de personeels- en de huisvestingskosten van de organisatieonderdelen die zich met de desbetreffende personeelszorgactiviteiten bezighouden ¹⁾.

¹⁾ De personeelskosten zijn berekend door de aantallen personeel te vermenigvuldigen met de "middensommen" personeel. Deze zijn afgeleid van de, voor het Defensie-personeel geldende, gemiddelde ancienniteit en bezetting per rang, schaal, categorie of groep en omvatten de lonen/salarissen inclusief sociale lasten voor rekening van de werkgever. De huisvestingskosten zijn voor zover bekend berekend aan de hand van de werkelijke uitgaven. In de overige gevallen is een normbedrag gehanteerd van f 10.300,= per ambtenaar per jaar. In dit normbedrag is geacht begrepen te zijn zowel de huisvesting in letterlijke zin als ook bureaunkosten en inventarisgoederen.

1.5. Variantenontwikkeling

Het ligt in de heroverwegingstaakopdracht besloten naast voorstellen met een relatief bescheiden besparing ook voorstellen te ontwikkelen die het budgettaire beslag van het beleidsinstrumentarium met 20% terugbrengen (de zgn. 20%-variant). Een financieel ijkpunt van 517 mln voor de heroverweging van de personeelszorg betekent in deze, dat de voorstellen van de werkgroep een besparing op de personeelszorg mogelijk moeten kunnen maken van rond 103 mln. Zoals eerder is aangegeven zijn in het ijkpunt ook zorgactiviteiten opgenomen die in directe relatie staan tot de operationele behoefte van de krijgsmachtdelen. Het betreft hier vooral activiteiten van het deelonderwerp geneeskundige verzorging dat bijna 90% van de totale kosten van de personeelszorg uitmaakt. Voorstellen die besparingen inhouden bij dergelijke activiteiten kunnen bij uitvoering tot gevolg hebben dat bepaalde operationele taken niet meer naar behoren kunnen worden gerealiseerd of althans de realisatie ervan in vredes- of oorlogstijd in gevaar wordt gebracht. Dit heeft gevolgen voor het realiteitsgehalte van de beleidsvarianten. De werkgroep heeft getracht varianten te ontwikkelen die in redelijkheid tot uitvoering zouden kunnen worden gebracht. Waar besparingsvoorstellen consequenties hebben voor de operationele taakstelling zijn deze met het oog op de besluitvorming over de voorstellen in de rapportage nader aangegeven. Hetzelfde geldt voor de effecten op de personeelszorg "sec". De werkgroep tekent daarbij aan dat de effecten in het algemeen alleen in kwalitatieve termen kunnen worden aangegeven.

Er is niet een 20%-variant ontwikkeld voor de personeelszorg in totaliteit. Gekozen is voor een benadering waarbij een 20%-variant is samengesteld voor elk deelonderwerp afzonderlijk. Eerstgenoemde mogelijkheid zou tot onaanvaardbare uitkomsten kunnen leiden: indien op grond van overwegingen ter zake van de operationele behoefte een 20%-besparing bij het deelonderwerp geneeskundige verzorging niet wordt gehaald dan zou dat kunnen noodzaken tot een bezuiniging van 100% bij de overige drie deelonderwerpen. Ook hier heeft de behoefte aan bruikbare varianten bij de keuze de doorslag gegeven.

Vanwege de beperkte hoeveelheid beschikbare tijd heeft de werkgroep niet alle elementen van met name de geneeskundige verzorging even intensief kunnen heroverwegen. Dit heeft het totaalresultaat naar haar oordeel echter niet noemenswaardig beïnvloed. Met betrekking tot het in beschouwing nemen van het beleid in het buitenland en het vergelijken van de personeelszorg van Defensie met soortgelijke voorzieningen in de burgermaatschappij of bij de andere ministeries meldt de werkgroep het volgende. Vanwege de tijdsdruk zijn genoemde werkzaamheden al in vroeg stadium ingang gezet. Gebleken is dat de kennis in Nederland over het beleid in het buitenland terzake van de meeste deelonderwerpen gering tot zeer gering is. Omdat navraag in het buitenland een aanzienlijke investering in tijd en mankracht zou vergen met naar verwachting een onevenredige opbrengst is de buitenlandvergelijking voornamelijk beperkt gehouden tot de geneeskundige verzorging en tot de landen België, West-Duitsland en Zweden (par. 2.3.1.). De binnenlandvergelijking heeft incidenteel relevante gegevens opgeleverd, maar in het algemeen kan worden gesteld dat de eigegeaardheid van de personeelszorg bij Defensie en de specifieke kenmerken van het militair "bedrijf" in Nederland zinvolle vergelijkingen in de weg staan.

1.6. Indeling van het rapport

De heroverwegingsresultaten worden per deelonderwerp gepresenteerd. Na het in leidende onderhavige hoofdstuk van meer algemene en beschouwende aard wordt in hoofdstuk 2 de geneeskundige verzorging als budgettair belangrijkste deelonderwerp het eerst aan de orde gesteld, waarna de cantineverzorging (hoofdstuk 3), de welzijnszorg (hoofdstuk 4) en de sociale diensten (hoofdstuk 5) volgen. Elk hoofdstuk bevat een beleidsbeschrijving en een weergave van de varianten. Korthedshalve wordt alleen over hoofdzaken gerapporteerd. Relevante detailinformatie is opgenomen in bijlagen. Een totaaloverzicht van de ontwikkelde varianten is weergegeven in de samenvatting van deze rapportage.

Hoofdstuk 2 Heroverweging deelonderwerp geneeskundige verzorging

2.1. Doelstelling, taken en organisatie van de geneeskundige verzorging

De doelstelling van de geneeskundige verzorging luidt: het leveren van een bijdrage aan de vorming en instandhouding van de militaire mankracht, het zorgdragen voor een optimale en verantwoorde gezondheidstoestand van het militair personeel, en het verzachten van het leed van zieke en gewonde militairen. De primaire taak die uit de doelstelling voortvloeit is de integrale geneeskundige verzorging van de militair in oorlogs- en vreedetijd. Daaronder wordt verstaan het verlenen van alle aspecten van geneeskundige zorg (preventief, curatief, arbeids- en bedrijfsgeneeskundig en verzekeringsgeneeskundig) door één arts, tandarts, specialist etc., zonder dat een principiële scheiding tussen deze aspecten worden gehanteerd. Alle taken zijn gericht op een optimale geneeskundige verzorging van de militair zowel in vreedetijd als in oorlogstijd, alsmede op het kunnen functioneren van de militair in oorlogstijd. In vreedetijd worden ook taken uitgevoerd voor burgerambtenaren van Defensie en hun gezinsleden en gezinsleden van militairen, voorzover deze categorieën woonachtig en/of tewerkgesteld zijn in West-Duitsland of op de Nederlandse Antillen. Uit de primaire taakstelling vloeien ook een aantal indirecte taken voort welke gericht zijn op operationele en organisatorische aspecten. Deze hebben betrekking op: algemeen management, mobilisatie- en oorlogsvoorbereiding, opleiding en oefening en voorziening met geneeskundig materieel.

De organisatie van het geneeskundig systeem in vreedetijd is gebaseerd op de structuur in oorlogstijd. Deze afstemming is noodzakelijk om een snelle en soepele overgang naar de oorlogsorganisatie te verzekeren. Hoewel in vreedetijd de doelmatigheid dient te prevaleren, mag dit streven naar doelmatigheid de doeltreffendheid van het functioneren in oorlogstijd niet nadelig beïnvloeden. De beleidsvoorbereiding vindt voor de geneeskundige verzorging plaats binnen een matrix-structuur, waarin zowel de Centrale Organisatie als de ministeriële delen voor de krijgsmacht een plaats hebben. De uitvoering van het beleid vindt plaats in

beginsel bij de krijgsmachtdelen en slechts in bijzondere gevallen bij de ministeriële organisatie. Deze uitvoering geschiedt door de militair geneeskundige diensten.

Omdat het zorgverlenen dient te geschieden onder alle omstandigheden waaronder de militair kan komen te verkeren, en vanwege de onmogelijkheid alle geneeskundige voorzieningen voor een volledige (specialistische) behandeling steeds in de onmiddellijke nabijheid van de militair aanwezig te doen zijn, is gekozen voor een geëchelonneerde geneeskundige zorgverlening. De volgende echelons worden onderscheiden:

- het eerste echelon op het laagste operationele uitvoerende niveau, waar een niet-specialistische behandeling wordt gegeven dan wel eerste hulp wordt verleend aan degenen die specialistische behandeling behoeven;
- het tweede echelon, te weten het verlengstuk van het eerste echelon waar de niet-specialistische behandeling wordt afgerond;
- het derde echelon, voor de eerste chirurgische behandeling van degenen die specialistische behandeling nodig hebben en niet tijdig naar een algemeen ziekenhuis kunnen worden gebracht (ontbreekt in vredessituatie);
- het hogere echelon, voor de volledige specialistische behandeling (omvat o.a. de militaire hospitalen).

De constituerende beleidsontwikkeling vindt plaats bij de Centrale Organisatie. De ontwikkeling van het beleid op geneeskundig gebied per krijgsmachtdeel is een verantwoordelijkheid van de betreffende Inspecteur geneeskundige dienst.

2.2. Kosten van de geneeskundige verzorging

Tabel 2 bevat een overzicht van de kosten die met de verschillende activiteiten van de geneeskundige verzorging zijn gemoeid. De gepresenteerde cijfers betreffen 1989 en vormen tezamen het financieel ijkpunt van 455.6 mln voor de variantenontwikkeling¹). Twee uitgavencategorieën behorende tot de overige personeelsgebonden uitgaven met geneeskundige achtergrond.

¹) Om presentatietechnische redenen is afgezien van het weergeven van de cijfers voor de jaren 1975, 1980 en 1985.

Tabel 2: Kosten van de geneeskundige verzorging naar activiteit in 1989 (in mln gld.)

Activiteit/taak	Eenheidgebonden Uitgaven 1989		Personele sterkte	Taakgebonden Uitgaven 1989	Ontvangsten 1989	TOTAAL FINAN- CIEEL IJKPUNT
	Lonen/ salarissen	Huis- vesting				
1. SELECTIEVE ZORG	12.013	2.178	211	N.V.T.	N.V.T.	14.191
2. SECTIE TRAININGSGENEESKUNDE EN TRAININGSPYSIOLOGIE	284	62	6	N.V.T.	N.V.T.	346
3. MILITAIR MEDISCHE ZORG	126.221	31.157	2.763	70.600	44.400	183.578
4. VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ZORG	1.121	217	21	N.V.T.	N.V.T.	1.338
5. MILITAIR TANDHEELKUNDIGE ZORG	17.789	3.314	322	1.400	N.V.T.	22.503
6. VOORZIENING GENEESKUNDIG DIENST-MATERIEEL	14.043	2.935	285	9.597	N.V.T.	26.575
7. OORLOGSVOORBEREIDING	93.203	29.530	2.867	210	N.V.T.	122.943
8. ORGANISATIE EN MANAGEMENT	15.492	2.914	273	N.V.T.	N.V.T.	18.406
9. GENEESKUNDIGE VERZORGING VANWEGE HET RIJK VAN GEZINSLEDEN IN NATURA	Zie 2 (militair medische zorg)					
10. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	400	155	15	6.050	445	6.160
11. ZORG/BEGELEIDING DIENSTONGESCHIKTE (GEWEZEN) MILITAIRES (POST-ACTIEVE ZORG)	3.315	608	59	N.V.T.	N.V.T.	3.923
12. OVERIGE PERSONEELSGEBONDEN UITGAVEN/ ONTVANGSTEN MET GENEESKUNDIGE ACHTER- GRONDEN - UITGAVEN GENEESKUNDIGE VERZORGING GEZINSLEDEN VAN MILITAIRES	N.V.T.	N.V.T.	N.V.T.	55.700	N.V.T.	55.700
TOTAAL	283.881	73.070	6.822	143.557	44.845	455.663

Bron: Ministerie van Defensie.

(tabel 2 no. 12) zijn het overzicht opgenomen, te weten de uitgaven in het kader van de uitvoering Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en die in het kader van het causaliteitsbeginsel¹).

De grootste uitgavencategorieën vormen de militair medische zorg (tabel 2 no. 3) en de oorlogsvoorbereiding (tabel 2 no. 7) ten bedrage van resp. 183,6 en 122,9 mln. Eerstgenoemde categorie omvat de integrale geneeskundige zorg bij de 1e en 2e echelons geneeskundige inrichtingen en diverse gezondheidsvoorzieningen met meer specifieke taken. Tot deze

¹)De bij deze thans niet te kwantificeren categorieën uitgaven voor ogen staande besparingsvarianten (aanscherpen van het causaliteitsprincipe en lump-sum-methode voor AAW-claims) zijn reeds in ander verband onderzocht. De besluitvorming over de resultaten is reeds in gevorderd stadium.

voorzieningen behoren de militaire hospitalen in Overveen (MHO) en Utrecht (MHAM), het Militair Revalidatie Centrum (MRC) en de keuringsraden. De categorie oorlogsvoorbereiding, geheel gericht op de operationele aspecten van de krijgsmacht, betreft voornamelijk (oefening en opleiding van) de parate en mobilisabele geneeskundige eenheden. Onder de categorie organisatie en management (tabel 2 no. 8) vallen de kosten van de staven der geneeskundige commando's, (delen van) inspecties en (delen van) de Directie Militair Geneeskundige dienst.

2.3. Beleidsvarianten geneeskundige verzorging

2.3.1. Uitgangspunten bij de variantenontwikkeling

Een van de belangrijkste elementen van een heroverweging van een beleidsterrein is gelegen in een fundamentele herbezinning over de wijze waarop het beleidsinstrumentarium is opgezet. De werkgroep heeft dan ook in het kader van de variantenontwikkeling in het bijzonder de vraag bezien of de structuur van de geneeskundige verzorging dient te worden aangepast in het licht van gewijzigde omstandigheden of behoeften. Zij haakte met deze vraag in op een al enkele jaren voortgaande discussie binnen Defensie over de structuur van de geneeskundige verzorging. Het al eerder vermelde ambtelijke Defensie-rapport Structuurplan Geneeskundige Verzorging Krijgsmacht (SGVK) (par. 1.3) vormt een laatste stap van dit interne denkproces over een toekomstige structuur.

Bepalend voor de structuur zijn de eisen die voortvloeien uit de geneeskundige verzorging van de krijgsmacht in oorlogstijd en dan vooral die van de landmacht. De noodzaak tot herbezinning is gelegen in de ontwikkelingen op het gebied van bewapening en de wijze van gevechtsvoering. De huidige "high velocity" wapensystemen en de daarmee veroorzaakte verwondingen bepalen de aard van de geneeskundige verzorging in oorlogstijd en daarmee de structuur die nodig zal zijn om deze verzorging te realiseren. De alles overheersende factoren in het geneeskundige verzorgingsproces zijn de tijdslimieten die aan bepaalde medische handelingen wor-

den gesteld. De aard van de verwachte verwondingen is zodanig dat de algemene toestand van de patient binnen 2 uur moet zijn gestabiliseerd, zonodig door specialistisch ingrijpen. Binnen 6 tot 8 uur na optreden van de verwondingen moet de lokale chirurgische wondbehandeling plaatsvinden, waarna binnen 4 - 7 dagen de noodzakelijke chirurgische vervolghandelingen moeten worden verricht.

De vereiste (tijdige) medische behandeling is in beginsel op twee manieren te realiseren. Het levensreddend specialistisch ingrijpen te velde binnen 2 uur wordt gevolgd door:

- a. snelle afvoer van gewonden naar in Nederland gelegen ziekenhuizen voor zowel lokale chirurgische wondbehandeling als de noodzakelijke vervolghandelingen, waarbij de specialistische capaciteit te velde wordt beperkt tot capaciteit voor specialistische levensreddende handelingen;
- b. afvoer naar vooruitgeschoven chirurgische capaciteit voor lokale chirurgische wondbehandeling te velde, waarna de patienten binnen 7 dagen moeten zijn afgevoerd naar Nederland voor de noodzakelijke chirurgische vervolghandelingen.

De keuze tussen beide alternatieven impliceert een zorgvuldige afweging van medische en operationele aspecten. Uit medisch oogpunt is het eerstgenoemde alternatief (a.) vanwege de kwaliteit van de patientenbehandeling te prefereren. Het behandelsteeem beperkt het aantal doden en invaliden. Bovendien kan meer specialistische capaciteit in Nederlandse ziekenhuizen beschikbaar blijven, waardoor ook voor de militaire patienten een betere behandeling kan worden bereikt. Wel vergt het systeem een aantal qua infrastructuur en materieel al voorbereide vaste geneeskundige inrichtingen die binnen 2 uur na verwonding bereikbaar zijn en waar het specialistisch levensreddende ingrijpen kan worden verricht.

Vanuit de operationele invalshoek brengt het eerste alternatief twee problemen met zich mee: een transportprobleem met financiële consequenties en een mobiliteitsprobleem. Snelle afvoer van gewonden van de geneeskundige statische centra naar Nederlandse ziekenhuizen vergt de

inzet van een aanzienlijk aantal thans niet aanwezige helicopters¹). De operationele taakstelling van het Legerkorps vraagt een grote mate van mobiliteit. Zolang niet verzekerd is dat overal waar eenheden van het Legerkorps kunnen worden ingezet gebruik kan worden gemaakt van de vereiste geneeskundige inrichtingen, zal het Legerkorps moeten beschikken over mobiele inrichtingen die in staat zijn de eenheden van het Legerkorps te volgen.

Het geheel van overwegingen heeft ertoe geleid dat in genoemd rapport is gekozen voor het tweede alternatief (b.): de medische specialistische capaciteit wordt in een twaalftal lichte en zware, deels mobiele veldchirurgische hospitalen gegroepeerd, (deels) waar dit gezien de gevechtshandelingen noodzakelijk is. Nu dient de structuur van het geneeskundige systeem in vreedstijd in principe gelijk te zijn aan of althans gebaseerd te zijn op de structuur in oorlogstijd teneinde een snelle en soepele overgang naar de oorlogssituatie te verzekeren. In geval van alternatief a. zouden de op te richten regionale geneeskundige centra tezamen met de onderdeelsgeneeskundige diensten en de hospitalisatie- en revalidatiefunctie de plaats innemen van de huidige voorzieningen (in hoeverre dit tot besparingen leidt is thans niet aan te geven). De opheffing van een aantal mobilisabele geneeskundige eenheden die mogelijk wordt betekent een beperkte besparing op de vredesexploitatie, waar zeer aanzienlijke helicopter-meerkosten tegenover staan. De

¹) Afgezien van de kosten verbonden aan het in eigen beheer exploiteren van helicopters voor gewondenvervoer (en het feit dat nog geen verder onderzoek kon plaatsvinden naar mogelijkheden de beschikking te krijgen over de benodigde capaciteit) bestaat thans nog een aantal knelpunten. Niet duidelijk is de invloed van het ontbreken van luchtoverwicht op het gebruik van helicopters voor gewondenvervoer, hoewel het Eerste aanvullende Protocol van 1977 speciale aandacht schenkt aan de bescherming en (o.a. elektronische) identificatie van voor gewondenvervoer gebruikte luchtvaartuigen. Probleem is ook dat helicopters geschikt voor alle weersomstandigheden extra investeringen vergen, terwijl daarnaast investeringen op het gebied van de infrastructuur (helicopterveld) noodzakelijk zijn.

keuze voor alternatief b. leidt eveneens tot wijziging van vredesstructuur. Deze is met name gelegen in herstructureren van de Legerkorpsgeneeskundige Dienst en de Nationale Sector geneeskundige dienst, in integratie van de logistieke functie van de krijgsmachtdelen en in herverdeling van beleids- en uitvoerende taken. In z'n algemeenheid zullen de voorstellen van het rapport SGVK bij uitvoering budgettair neutraal uitwerken.

De werkgroep heeft uitvoerig aandacht besteed aan beide alternatieven voor de structuur. Zij kan begrip opbrengen voor de keuze zoals die thans in het rapport SGVK is gemaakt. Daarbij tekent zij aan, dat de keuze van alternatief b. duidelijk op operationele gronden is gebaseerd en dat het medische aspect daarmee niet maximaal in de voorstellen zijn neerslag heeft gevonden. Mede om die reden ziet de werkgroep de voorstellen van het rapport als een eerste stap naar een toekomstige structuur waarin veranderde omstandigheden invoering van alternatief a. wellicht mogelijk kunnen maken. Niet ondenkbaar is ook, dat een mengvorm van de geschetste alternatieven op een medisch, operationeel en financieel acceptabele wijze wordt ontwikkeld.

Bij de variantenontwikkeling heeft de werkgroep op pragmatische gronden de in het rapport SGVK voorgestelde structuur als uitgangspunt genomen. Dit heeft voornamelijk doorgewerkt bij de mogelijkheden te komen tot verdere rationalisatie van de taakuitvoering, i.c. bij de integratievoorstellen die onder de variant Rationalisatie van de taakuitvoering (variant I) (par. 2.3.2) zijn uitgewerkt. Naast de mogelijkheden tot rationalisatie zijn voorts de mogelijkheden onderzocht tot versterkte inschakeling van de civiele sector, toepassing van het profijtbeginsel, versobering van het huidige voorzieningenniveau en tenslotte ook een 20%-variant geneeskundige verzorging.

Teneinde aanknopingspunten te vinden voor de varianten-ontwikkeling is eveneens uitvoerig aandacht gegeven aan een vergelijking met het buitenland, i.c. de landen België, West-Duitsland en Zweden¹).

¹) België is gekozen in verband met een vergelijkbare oorlogsopdracht en infrastructuur, vanwege de daar vigerende vrije artsenkeuze voor het beroepspersoneel en vanwege een van Nederland afwijkend hospitalisatiesysteem. West-Duitland is in het onderzoek betrokken omdat de Nederlandse NAVO-opdracht grotendeels op grondgebied van dat land wordt uitgevoerd en West-Duitsland i.t.t. Nederland wel een militair hospitaalsysteem kent. Zweden heeft een met Nederland vergelijkbare verzorgingsstaat.

Dit onderzoek heeft evenwel geringe vrucht afgeworpen. De reden hiervoor is dat in elk land het gekozen systeem van geneeskundige verzorging sterk wordt ingegeven door nationaal bepaalde factoren en omstandigheden die elke vergelijking doen stuklopen. Tevens constateert de werkgroep, dat militair geneeskundige verzorging als onderdeel van de totale logistieke ondersteuning tot de nationale verantwoordelijkheden van de afzonderlijke NAVO-partnerlanden behoort. Dit bondgenootschappelijk overeengekomen uitgangspunt vormt een hoge drempel voor (vérgaande) internationale samenwerking. Overigens zou de bij samenwerking noodzakelijke kostendoorberekening in alle gevallen een groot struikelblok vormen.

2.3.2. Rationalisatie van de taakuitvoering (variant I)

Bezien is of (exogene) ontwikkelingen in demografie en volksgezondheid aanleiding geven tot besparende maatregelen aangaande opzet, omvang of inzet van de militair geneeskundige dienst. Nagegaan is of de interne bedrijfsvoering verder kan worden gerationaliseerd. Tenslotte is ook onderzocht, of de in eigen beheer geëxploiteerde geneeskundige capaciteit doelmatiger kan worden benut. De resultaten worden hierna beknopt weergegeven.

Exogene ontwikkelingen

Het aantal ingeschrevenen voor de dienstplicht zal als gevolg van de vrij scherpe daling van het geboortecijfer in de eind zestiger en begin zeventiger jaren afnemen. De prognose is dat in 1990 het aantal jaarlijks te keuren dienstplichtigen zal zijn gedaald tot ca. 85.000 ten opzichte van 125.000 thans. Een en ander kan aanleiding zijn om de capaciteit voor dienstplichtkeuringen aan te passen. Dit kan geschieden in de vorm van vermindering van het aantal indelingsraden of van vermindering van de capaciteit. Een besparing vanaf 1989 van 20% tot 30% op de kosten is mogelijk, die daarmee varieert van 1,4 mln tot 2,4 mln afhankelijk van het te kiezen alternatief.

Gelet op de ontwikkelingen in het kader van het plan Tandheelkundige hulp jeugdige ziekenfondsverzekerden is het te verwachten dat de algemene gebitstoestand van de (met name dienstplichtige) militair zal verbeteren. Dit zal leiden tot verminderde consumptie op tandheelkundig gebied c.q. een verschuiving naar preventieve zorg. De exacte wijze waarop deze ontwikkelingen hun uitwerking zullen hebben voor de militair tandheelkundige verzorging is thans niet te voorzien. Het is evenwel reëel te veronderstellen dat een besparing vanaf 1989 mogelijk is in de orde van grootte van 1 à 1,5 mln op jaarbasis. Besparingen zijn gelegen in vervanging van tandartsen door mondhygiënisten zullen gering zijn in verband met het feit dat de dienstplichtige tandartsen een wedde ontvangen die algemeen geldt voor dienstplichtige militairen.

De werkgroep heeft geen inzicht kunnen verkrijgen in de effecten die uit de implementatie van de ARBO-wet zullen voortvloeien. Nadere studie zal dit inzicht moeten verschaffen.

Rationalisatie van de interne bedrijfsvoering

Een betere doelmatigheid en doeltreffendheid van de geneeskundige structuur kan voortbordurend op de delegatievoorstellen in het rapport SGVK gevonden worden in integratie van de (overhead van de) Militair Geneeskundige Diensten. Deze integratie betreft:

- de tweede echelons geneeskundige eenheden. Deze eenheden (eerste/tweede echelon) zijn om reden van operationele taakuitvoering toebedeeld aan de krijgsmachtdelen. Voor eenheden gestationeerd op Nederlands grondgebied (eenheden KLu, walinrichtingen KM en Nationale Sector eenheden KL) is afhankelijk van de te stellen grens aan de geografische spreiding en verzorgingssterkte in vreedstijd een vorm van samenvoeging voor wat betreft het tweede echelon mogelijk. Dit levert een besparing van de personeelskosten op tot een bedrag van 1,0 mln op jaarbasis¹);

¹) Bij het verleggen van de grens ten opzichte van de geografische spreiding zal verdere samenvoeging mogelijk zijn maar dan moeten de besparingen worden afgezet tegen de kosten en de verstoring van de bedrijfsvoering en het opleidingsprogramma bij de eenheden als gevolg van meer afwezigheidsuren van het militair personeel. Tevens zal bij verdergaande inkrimping van het vredesbestand geneeskundig personeel de vulling van het mobilisabel bestand kwantitatief tekortschieten.

- de hogere echelons geneeskundige eenheden. Deze worden ondergebracht in een nieuw te vormen interservice commando (Geneeskundig Commando Krijgsmacht), zonder meerkosten te vormen uit de huidige krijgsmacht-delen-commando's;
- de organisatie- en managementeenheden. Door verdere delegatie van verantwoordelijkheden en taken, door integratie van de inspecties in de militaire staven en door vorming van genoemd interservice commando is een besparing mogelijk van 20% op de "overhead" van de geneeskundige diensten van 3,5 mln per jaar. Uitwerking van deze subvariant zal plaats moeten vinden in directe samenhang met resultaten van een lopend organisatie-onderzoek naar de topstructuur van het Directoraat-Generaal Personeel.

Betere benutting van in eigen beheer geëxploiteerde geneeskundige capaciteit

Bezien is of het aantal militaire artsen en tandartsen kan verminderen en of het aanwezige bestand beter kan worden benut. De eerstgenoemde mogelijkheid blijkt uit operationeel oogpunt bezien niet realistisch¹⁾. De tweede mogelijkheid biedt meer perspectief. Door uitbreiding van de stadsbehandeling (uitbreiding van het rayon van verplichte consultatie van de militaire arts naar omliggende gemeenten) gecombineerd met vermindering van de eigen praktijkfaciliteit voor artsen en tandartsen en aangevuld met een stringenter verwijzingsbeleid voor voortgezette behandeling in militaire voorzieningen kunnen de uitgaven aan derden (huis-

1) Het aantal artsen en tandartsen dat benodigd is in de krijgsmacht is niet te berekenen door een gemiddelde huisartsenpraktijk, een gemiddelde bedrijfsartsenpraktijk en een gemiddelde verzekeringsgeneeskundig praktijk af te zetten tegen het aanwezige bestand aan militairen. Dit aantal (met name de artsen) wordt namelijk onder meer bepaald door het aantal van de te verzorgen eenheden (een arts op een schip bijvoorbeeld verzorg 180 man; een huisartsenpraktijk omvat gemiddeld tenminste 2400 zielen) alsmede door de geïsoleerde ligging van sommige eenheden en het in het kader van oefenprogramma's moeten opereren onder risicovolle werkomstandigheden, waarbij artsen verplicht aanwezig dienen te zijn (schiotoefeningen, rivierovergangen, enz.). Een en ander betekent wel, dat een volledig continue benutting van het artsenbestand moeilijk valt te realiseren.

artsenconsult, specialistische behandelingen en ziekenhuisopname) afnemen. Een actief stimuleringsbeleid in deze voor betere capaciteitsbenutting kan naar de mening van de werkgroep resulteren in een geleidelijk tot 20% oplopende besparing op de uitbestedingskosten (van ca. 45 mln), derhalve 9 mln (in 1989).

2.3.3. Versterkte inschakeling van de civiele sector

Inleiding

Bij de selectie van concrete instellingen of organen die geneeskundige voorzieningen leveren die ook door de civiele sector geleverd zouden kunnen worden heeft de werkgroep twee criteria gehanteerd. In de eerste plaats is van belang het niet in heel directe zin gekoppeld zijn van de instellingen aan het operationele optreden van de krijgsmachtdelen. Dit is het geval voor de hogere echelons van het geneeskundig systeem die voor de gehele krijgsmacht functioneren. In de tweede plaats is de plausibiliteit van een civiel alternatief van invloed. Uiteindelijk heeft het onderzoek naar de mogelijkheden van versterkte inschakeling van de civiele sector zich gericht op de volgende terreinen: de hospitaalfunctie c.q. het Militair Hospitaal Dr. A. Mathijssen (MHAM) te Utrecht en het Marine Hospitaal Overveen (MHO), de genees- en verbandmiddelenvoorziening c.q. het Centraal Depot Geneeskundige Dienstgoederen (CDGD), de Centrale Militaire Apotheek (CMA) en het Magazijn van Geneeskundige Behoeften (MAGEBE), de bloedvoorziening c.q. de Militair Bloedtransfusiedienst (MBTD), de tandtechnische laboratoria en tenslotte het Duik Medisch Centrum¹).

Alleen de hospitaalfunctie leent zich naar het oordeel van de werkgroep in deze heroverweging voor ontwikkeling van een concrete variant voor

¹)De werkgroep heeft gelet op het huidige tekort aan revalidatiecapaciteit in de totale gezondheidszorg het Militair Revalidatiecentrum niet in de variantenontwikkeling betrokken. Op langere termijn is in principe een heroverwegingsbenadering als die voor de militaire hospitalen niet uitgesloten.

inschakeling van de civiele sector. Daarbij zij aangetekend dat op het terrein van de genees- en verbandmiddelen zich ook mogelijkheden voordoen maar dat op dit onderzoeksveld reeds een interdepartementale werkgroep werkzaam is, reden waarom is afgezien van verdere uitwerking²).

Overdracht van de taken van de militaire bloedtransfusiedienst aan de regionale bloedbanken zou wellicht mogelijk zijn. Maar gebleken is dat niet gegarandeerd kan worden dat de regionale bloedbanken in crisis- en oorlogstijd tijdig de benodigde hoeveelheid bloed kunnen leveren. Opheffing van de tandtechnische laboratoria en uitbesteding van de werkzaamheden naar de civiele sector zou een besparing op de exploitatie-uitgaven van ca. 1,5 mln opleveren, waar echter meeruitgaven van uitbesteding tegenoverstaan en derhalve een heel beperkt financieel voordeel. Met betrekking tot het Duik Medisch Centrum bestaan vergevorderde plannen tot landelijke samenwerking voor de behandeling van civiele duikongevallen in een op te richten Stichting Nationaal Duikcentrum. Dit kan resulteren in (geringe) inkomsten voor Defensie.

Militaire hospitalen

Defensie heeft terzake van de hospitaalfunctie twee militaire hospitalen in beheer ten einde met het oog op een maximale personele inzetbaarheid in vreedstijd en in bijzondere (oorlogs-) omstandigheden steeds geneeskundige zorg te kunnen verlenen gericht op het zoveel mogelijk beperken van een verminderde personele inzetbaarheid als gevolg van ziekte of verwonding. Consultatie en behandeling dient in dat verband bij voorkeur te geschieden door een voor de (het) krijgsmacht (-deel) geeigende specialist. Deze beschikt naast de voor zijn specialisme vereiste kennis ook over kennis inzake de specifieke werk- en leefomstandigheden van het

¹) Door de organisatie Civiele Verdediging is in 1984 een interdepartementale werkgroep belast met een rationalisatie-onderzoek genees- en verbandmiddelen voor buitengewone omstandigheden. Bij dit onderzoek is de wens naar voren gekomen het totale proces van genees- en verbandmiddelenvoorziening voor buitengewone omstandigheden te integreren. Een beleidsadvies wordt in 1986 verwacht.

militair personeel alsmede inzake de relatie tussen medische status en inzetbaarheid en de daarbij toe te passen criteria. Op laatstgenoemd terrein heeft hij, als militair arts, tevens bevoegdheden die een civiele specialist niet heeft. De behandeling is naar aard gericht op een zo spoedig mogelijk herstel van de inzetbaarheid.

In de militaire ziekenhuizen MHAM en MHO is evenwel sprake van onderbenutting van de militaire bedcapaciteit²). Dat is voornamelijk het gevolg van de aan de militaire hospitalen inherente geografische concentratie van behandel- en verpleegcapaciteit in relatie tot de geografische spreiding van het verzorgingsbestand. Een mogelijk alternatief is de detachering van militair medische teams in een aantal civiele ziekenhuizen. De voordelen van een dergelijke opzet zijn gelegen in een verbeterd gebruik van civiele zowel als van militaire voorzieningen. De bereikbaarheid van de militaire hospitaalfunctie wordt verbeterd, hetgeen zal leiden tot een betere benutting van de capaciteit met als bijkomend voordeel dat meer militaire zieken en gewonden primair door een militaire arts worden behandeld. Tevens zal een daling optreden van de kosten van uitbestedingen voor medische behandelingen in civiele ziekenhuizen en bij civiele specialisten. De betere benutting van de civiele voorzieningen (bij vele bestaat overcapaciteit) wordt bereikt via de verpleging en ondersteunende medische verrichtingen die tegen betaling door Defensie in civiele ziekenhuizen worden ondergebracht. Ook op puur medisch terrein kunnen er voordelen zijn²). Sluiting van beide militaire

1)De procentuele bezetting van de militaire bedden in MHO en MHAM bedraagt gemiddeld 60% (MHO 40%, MHAM 65%) waar tegenover staat een bezettingsgraad van 83% van de bedden in een gemiddeld civiel ziekenhuis.

2)In de "Nota Gezondheidszorg 2000" wordt de aanbeveling gedaan om specifieke medische know-how en technologie te concentreren in zgn. traumacentra, voor de behandeling van multi-traumapatiënten. Bij een oorlogsverwonding doet zich het probleem voor dat de huidige "high-velocity" munitie grote en multipele verwondingen kan veroorzaken. De behandeling van dergelijke verwondingen, die primair bij militairen zullen voorkomen, vraagt een grote traumatologische deskundigheid. De conclusie dat op dit aspect de behoeften van Volksgezondheid en Defensie samengaan, lijkt dan ook gewettigd. In dit verband ligt een samenwerking tussen de beide departementen in de rede. Deze samenwerking kan in aansluiting op de gesuggereerde "team-formule" gestalte krijgen door gezamenlijk de vorming van de traumacentra te realiseren. De werkgroep merkt op dat de hier gepresenteerde visie eerst op de langere termijn gestalte kan krijgen. De naar verwachting hoge kosten die voor de sector volksgezondheid gepaard gaan met de vorming van deze traumateams zijn hier mede debet aan.

hospitalen biedt bovendien het voordeel dat het leidt tot een reductie van de bedcapaciteit in de volksgezondheidssector met 230 bedden. De werkgroep heeft in het licht van het voorgaande de volgende variant ontwikkeld.

Plaatsing van militair medische teams in civiele ziekenhuizen (sluiting van MHAM en MHO)

Deze variant houdt in plaatsing van een zestal militaire specialistenteams met de daarbij behorende verpleegfunctie in civiele ziekenhuizen die bij grotere militaire concentraties zijn gelegen, onder opheffing van de beide militaire hospitalen. Bij de samenstelling van de specialistenteams wordt gedacht aan een beperkt aantal vaste specialisten per team (chirurg, internist, anaesthesist en psychiater/neuroloog) en andere specialisten die in gevarieerde samenstelling aan de teams worden toegevoegd (bijvoorbeeld cardioloog, KNO-arts, oogarts, orthopaed).

De werkgroep heeft becijferd welke besparingen met deze variant kunnen worden bereikt. In de huidige situatie belopen de kosten van de twee militaire hospitalen ten laste van Defensiebegroting 49 à 56 mln (incl. afschrijving) per jaar, zoals is berekend in bijlage III (nadere gegevens militaire hospitalen). De bedragen betreffen ramingen, omdat de definitieve uitkomsten van beoogde bedreductie en het met ingang van 1985 ingevoerde budgetteringssysteem nog niet bekend zijn. De marge van 7 mln vloeit voort uit de onzekerheid omtrent de vraag of de bedreductie naast daling in de opbrengsten van burgerconsult en -behandeling ook zal leiden tot kostendaling. Vergeleken met genoemde kosten van de militaire hospitalen leidt de samenwerking met civiele ziekenhuizen zoals nader aangegeven in bijlage IV tot een jaarlijkse besparing vanaf 1989 van 9 à 16 mln. Daarbij is echter geen rekening gehouden met kosten verbonden aan eventueel benodigde infrastructurele aanpassing. Eveneens zijn niet verdisconteerd mogelijk extra uitgaven ten aanzien van een aantal voor Defensie belangrijke elementen van de hospitaalfunctie (als p.m.-post opgenomen). Op die elementen wordt navolgend ingegaan.

Aangezien de huidige samenstelling van het specialistenbestand in de militaire hospitalen uitgebreider en gevarieerder is zal uitbesteding plaatsvinden van de verrichtingen door specialisten die in de nieuwe situatie niet zijn opgenomen¹). Ook de kennis binnen het militair geneeskundig systeem op het terrein van deze specialismen zal minder zijn, zowel ten behoeve van de bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige activiteiten als ten behoeve van de oorlogsvoorbereiding. Daarnaast zijn nog andere operationele problemen van belang. Het niet meer beschikken over een eigen hospitaal dwingt er toe op een andere wijze zeker te stellen, dat in crisisomstandigheden kan worden beschikt over de vereiste hospitaalcapaciteit voor de eerste opvang (opblaasfactor). Bovendien is het niet meer mogelijk binnen het eigen bedrijf kennis en ervaring op te doen voor het laten functioneren van een hospitaal terwijl in oorlogstijd toch een twaalftal chirurgische veldhospitalen in het legerkorpsgebied in bedrijf moeten zijn. Aangezien de militaire hospitalen ook een opleidingsfunctie hebben voor het vullen van de mobilisabele bestanden zullen in de nieuwe situatie regelingen moeten worden getroffen om deze functie zeker te stellen.

Voor Defensie is het voorts van belang dat er voldoende zekerheid is dat deze variant niet alleen gerealiseerd kan worden maar ook kan worden gecontinueerd. Bepalend is hierbij de mogelijkheid militaire specialisten in civiele ziekenhuizen te werk te stellen.

Bezien is of deze variant haalbaar is in verband met de operationele taakstelling van de krijgsmacht. De werkgroep onderkent dat hieraan bezwaren verbonden zijn. Zij heeft zich de vraag gesteld of deze bezwaren ondervangen kunnen worden op een wijze die een ook even goede realisatie van de Defensietaken mogelijk maakt. In dat verband is een tussenvorm van de variant in beschouwing genomen, inhoudende één (interservice) hospitaal met beperkte militaire bedcapaciteit en het onderbrengen van een viertal militair medische specialistenteams bij civiele ziekenhuizen conform de ontwikkelde variant.

¹) Deze kosten zijn verwerkt in het financieel overzicht van bijlage IV.

Conclusie

Het heeft de werkgroep aan tijd ontbroken de tussenvorm terdege uit te werken. Zij stelt evenwel vast dat zowel bij de ontwikkelde variant als bij de tussenvorm Defensie thans niet door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de garantie kan worden geboden dat de variant of de tussenvorm op aanvaardbare wijze kunnen worden gerealiseerd. Een gericht onderzoek zou moeten uitwijzen of een dergelijke garantie in de toekomst wel zou kunnen worden geboden¹⁾.

Het ministerie van WVC heeft de verwachting dat er mogelijkheden zijn om invulling te geven aan de variant²⁾. De werkgroep concludeert in het licht van deze gegevens dat, indien op politiek niveau het van belang wordt geacht de ontwikkelde besparingsmogelijkheid voor de rijksbegroting te realiseren, een verder onderzoek naar de praktische haalbaarheid van de variant noodzakelijk is.

2.3.4. Toepassing van het profijtbeginsel (variant III)

Inleiding

Toepassing van het profijtbeginsel bij aan de militair van rijkswege verstrekte geneeskundige verzorging heeft tot op heden niet plaatsge-

1) Het ministerie van WVC heeft thans geen bevoegdheden op grond waarvan ziekenhuizen zijn aan te wijzen om medische teams van Defensie op te nemen. Wel kan WVC licht sturend optreden, en Defensie behulpzaam zijn bij de pre-selectie van ziekenhuizen waarmee nader gesproken zou kunnen worden. Dit betekent dat Defensie met ziekenhuisbesturen zou moeten onderhandelen om tot een vergelijk te komen en dat de ziekenhuizen de voorstellen van Defensie intern moeten overleggen. Indien dat overleg ertoe leidt dat de besturen tot een negatief standpunt komen, zijn er in feite geen mogelijkheden om dat standpunt in positieve zin om te buigen.

2) Het ministerie van WVC verwacht, dat binnen de 180 ziekenhuizen in Nederland (8 academische, 5 loondienst- en voor het overige maatschappijziekenhuizen) er zeker een zestal de bereidheid zullen hebben de militaire sector erbij te nemen. Die bereidheid zal worden bevorderd door de budgettering van de ziekenhuizen.

vonden¹⁾). Wel zijn de regelingen op het gebied van de geneeskundige verzorging van militair beroepspersoneel en hun gezinsleden reeds geruime tijd onderwerp van interdepartementaal en politiek beraad. Deze regelingen behoren tot de arbeidsvoorwaarden van het militair personeel en zijn om die reden opgenomen in een tweetal duidelijk van de heroverweging afgescheiden velden:

- a. de arbeidsvoorwaarden collectieve sector, als verantwoordelijkheid van de Minister van Binnenlandse Zaken. In dit verband is Defensie ingeboekt voor een - op de regelingen ziektekosten te realiseren - bezuiniging van 50 mln structureel. Dit bedrag is reeds in de begroting 1986 en de meerjarenraming tot en met 1990 verwerkt;
- b. de pakketvergelijking beroepsmilitairen, die inmiddels geleid heeft tot een Ministerraadbeslissing dat het tijdstip van invoering en de wijze van doorvoering van de vast te stellen wijzigingen van regelingen op het gebied van de ziektekosten van militairen en hun gezinsleden worden gekoppeld aan de nieuwe bezoldigingsstructuur voor beroepsmilitairen.

Voorstellen van het arbeidsvoorwaardenoverleg

In het kader van voornoemd arbeidsvoorwaardenoverleg zijn voorstellen voor wijzigingen aan de orde betreffende geneeskundige en tandheel-

¹⁾ Kort samengevat is de stand van zaken als volgt. De militair heeft aanspraak op geneeskundige en tandheelkundige hulp voor rekening van het Rijk. Die hulp wordt verstrekt door of vanwege de Militair Geneeskundige Diensten. De militair betaalt niet voor zijn geneeskundige verzorging van rijkswege. Wél wordt fiscaal een gering bedrag per jaar bij zijn bruto-inkomen geteld, dat al naar gelang zijn rang is bepaald op f 48,-, f 72,- of f 96,-. De militair die ten behoeve van zijn gezinsleden een vrijwillige ziekenfondsverzekering heeft gesloten heeft aanspraak op volledige restitutie van de daarvoor betaalde premie. Indien hij zo'n verzekering niet heeft gesloten of indien hij daaraan geen aanspraak kan ontlenen, heeft hij aanspraak op een procentuele tegemoetkoming met betrekking tot een limitatief pakket van geneeskundige verstrekkingen waarvoor hij ten behoeve van zijn gezinsleden kosten heeft gemaakt. Voor dat deel van de kosten van geneeskundige verzorging waarin slechts een gedeeltelijke of helemaal geen tegemoetkoming wordt verstrekt, kan hij een particuliere aanvullende verzekering sluiten (voor eigen rekening).

kundige behandeling van de beroepsmilitair zelf alsook betreffende de geneeskundige verzorging van de gezinsleden van militairen. Eerstgenoemde materie is in een (ambtelijke) interdepartementale werkgroep besproken. Deze bespreking heeft inmiddels geresulteerd in een tweetal varianten:

- de militair betaalt een netto eigen bijdrage;
- de militair wordt in de premie- en belastingsfeer belast door middel van een opwaardering van het fiscaal emolument.

Voor het totale militaire bestand leiden de voorstellen tot een (bruto) besparing die varieert tussen 51,3 mln danwel 44,6 mln (géén inconveniëntenkorting) en 12,8 mln danwel 11,2 mln (inconveniëntenkorting 37½% van f 1.800,-). De genoemde bedragen zijn bruto, d.w.z. er is geen rekening gehouden met zgn. weglekeffecten¹).

Op het gebied van geneeskundige verzorging van gezinsleden heeft het Ministerie van Defensie voorstellen ontwikkeld. Deze worden hierna als subvariant weergegeven.

Heroverweging en profijtbeginsel

De realisatietermijn en de inhoud van de voorstellen in het kader van de arbeidsvoorwaarden ontwikkeld met betrekking tot de ziektekostenregelingen militair personeel en hun gezinnen alsmede het stadium waarin de besluitvorming op dit terrein zich thans bevindt, beperken de relevantie van eigen voorstellen vanuit de heroverwegingswerkgroep. Gezien echter de eigen taakstelling van de heroverweging en de daarin vervatte taakop-

¹)In beide varianten wordt het financieel uitgangspunt gevormd door de (totale (verzekerings-) premielast rekeninghoudend met het voorzieningenpakket van de regeling vrije geneeskundige behandeling militair personeel) die voor de gemiddelde burgerambtenaar opgeld doet (f 1.800,- per jaar per persoon). In de rapportage van de bedoelde werkgroep wordt onderkend dat het gemis van de vrije-artsenkeuze voor het militair personeel een inconveniënt vormt, hetgeen via een korting op de bijdrage c.q. premie- en belastingafdracht tot uitdrukking kan worden gebracht. De voorstellen van de werkgroep resulteren gelet op dit laatste in een netto-bijdrage per militair die varieert tussen f 900,- en f 225, of een gemiddelde premie-belasting afdracht tussen f 783,- en f 196,- een en ander afhankelijk van de hoogte van de verleende korting als gevolg van het inconveniënt.

dracht is niettemin de mogelijkheid van toepassing van het profijtbe-
ginsel ten aanzien van de regeling vrije geneeskundige behandeling mili-
tair personeel op basis van een andere op de militaire populatie afge-
stemde berekeningsgrondslag in beschouwing genomen. Ten aanzien van de
ziektekostenregeling gezinnen ziet de werkgroep geen aanleiding om eigen
voorstellen te ontwikkelen. In het kader van de heroverwegingen wordt
volstaan met vermelding van de uit hoofde van de ziektekostenregelingen
realiseerbare besparing. Hiertoe is besloten omdat de uitgaven verbonden
aan de huidige regelingen in het ijkpunt zijn opgenomen.

Geneeskundige verzorging van militair personeel

Bezien is of het vragen van een prijs voor de verleende geneeskundige
diensten tot de mogelijkheden behoort. Om tot een prijsstelling te gera-
ken is onderzocht welk deel van de totale kosten voor doorberekening in
aanmerking komt. Dit deel is niet af te leiden uit het ijkpunt (de De-
fensiebegroting) als zodanig, aangezien geen onderscheid gemaakt kan
worden naar de soorten van gezondheidszorg. De werkgroep heeft met be-
hulp van een indirecte benadering de kosten "algemene gezondheidszorg"
geraamd¹). Samengevat leidt deze benadering tot een in principe te ver-
rekenen kostprijs van ca. 58,7 mln (f 1030,- per militair). Een variatie
in de gemiddeld per jaar te vragen bijdrage op grond van het incon-
veniënt van de verplichte consumptie is mogelijk. Afhankelijk van de
zwaarte van dit inconveniënt resulteert een besparing van maximaal 58,7
mln (géén inconveniëntenkorting) die bij ieder 10% korting vermindert
met 5,9 mln De werkgroep tekent aan dat fiscale en verzekerings-
technische effecten kunnen optreden.

Geneeskundige verzorging van gezinsleden van militairen

Het Ministerie van Defensie heeft in het kader van eerdergenoemd

¹)Hierbij is gebruik gemaakt van statistische gegevens met betrekking
tot de leeftijdsopbouw van de militaire populatie en de kosten voor
een vergelijkbare populatie in het verplichte ziekenfonds.

arbeidsvoorwaardenoverleg voorstellen ontwikkeld om te komen tot een herziening van de aanspraken op restitutie van de premie voor een vrijwillige ziekenfondsverzekering en van de aanspraken op tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verzorging. De voorstellen behelzen in algemene zin een verlaging van de aanspraken van militair personeel op dit punt tot het niveau waarop de burgerambtenaar op grond van de interimregeling ziektekosten voor zijn gezinsleden recht heeft. De besparing die met deze aansprakenverlaging gepaard gaat wordt geraamd op ca. 17,5 mln per jaar.

De realisatie van de regelingen op het gebied van de ziektekosten zijn in de tijd gekoppeld aan de invoering van de nieuwe bezoldigingsstructuur voor militair personeel. De aansprakenverlaging kan in dat verband per 1 januari 1987 gefaseerd worden ingevoerd.

2.3.5. Versobering van het huidige voorzieningenniveau (variant IV)

Het huidige curatieve voorzieningenpakket ten behoeve van militairen bevindt zich voor de gemiddelde militair praktisch op het ziekenfondsniveau. Gezien de bijzondere omstandigheden en het zich bevinden in geïsoleerde positie (op schepen, oefeningen, Libanon, Noorwegen) zal het pakket evenwel soms uitgebreider moeten zijn, zeker indien dit de operationele inzetbaarheid van individu of eenheid in directe zin beïnvloedt.

Bij het bezien wat nu als "luxe" kan worden aangeduid is dit in het algemeen nergens te vinden en kan men daar mogelijk alleen van spreken bij bijzondere groepen die extra verstrekkingen krijgen op basis van hun operationele functie (zoals het gratis verstrekken van kroon- en brugwerk bij vliegers en duikers). Overwogen zou kunnen worden of dit medisch gezien niet als luxe moet worden betiteld en of de eventuele "grotere noodzaak tot verstrekking ten aanzien van andere militairen" niet in hun toelage geacht kan worden te zijn verzekerd.

De groep "bijzondere verstrekkingen" blijft ook bij alle ziektekostenfinanciers een onderwerp dat steeds in beweging is. Defensie kan niet al te zeer achterblijven bij of verschillen met de overige groeperingen in Nederland. Er zal bekeken moeten worden in hoeverre de "eisen" om ver-

goeding van verleende verstrekkingen die, ondanks negatief advies, toch vergoed dienen te worden (conform het AMAR) niet alsnog kunnen worden afgewezen.

Bezuiniging op alternatieve geneesmethoden, extreem kostbare ingrepen (harttransplantatie) en verzoeken om ingrepen in het buitenland zullen kritischer worden bekeken. Wel zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen de economische wens tot bezuiniging en het verlangen van het individu, verwoord door de belangenverenigingen, voor een maximale inspanning ten behoeve van zijn gezondheid.

Bezien is wat in de huidige situatie wordt uitgegeven aan geneeskundige verstrekkingen/voorzieningen. Het totaal van deze uitgaven bedraagt thans ca 25 mln. Omvangrijke besparingen zullen niet haalbaar zijn. Het is echter reëel ervan uit te gaan dat bij toepassing van een consequent doorgevoerd versoberingsbeleid, rekening houdend met operationele eisen, een besparing van ca 10% op de uitgaven mogelijk is, derhalve 2,5 mln., te realiseren rond 1989.

2.3.6. 20%-variant geneeskundige verzorging (variant V)

Teneinde een 20% besparing ten opzichte van het financieel ijkpunt van 455,6 mln. te kunnen realiseren is nagegaan of een integrale toepassing van de ontwikkelde varianten I t/m IV een 20% reductie van de kosten (91 mln.) mogelijk maakt met behoud van de doelstelling van de militair geneeskundige verzorging. Omdat er geen onderling tegenstrijdige elementen in de ontwikkelde varianten I t/m IV voorkomen kan tot een integrale toepassing daarvan worden overgegaan. Zoals blijkt uit bijlage I (Samenvattend overzicht besparingen geneeskundige verzorging) leidt een dergelijke toepassing tot een besparing die varieert van 57,5 mln tot 111,9 mln per jaar. De grote bandbreedte wordt voornamelijk veroorzaakt door de uitkomsten van variant III toepassing profijtbeginsel (opbrengst eigen bijdrage: 12,8 tot 58,7 mln).

Geconcludeerd kan worden, dat de 20% besparing bereikt kan worden als de eigen bijdrage van de militair nagenoeg gelijk wordt gesteld aan de voor

burgerambtenaren in het kader van de interimregeling ziektekosten overheidspersoneel geldende netto premielast. De werkgroep merkt op, dat hiermede een "valkuil" in de 20%-variant besloten ligt. Deze vloeit voort uit het gegeven dat bij invoering van de variant, het militair personeel met betrekking tot de financiële arbeidsvoorwaarden in een nagenoeg gelijke positie als het overig rijksoverheidspersoneel is gebracht.

Voor het verkrijgen van geneeskundige verzorging dient de militair zich echter tot de Militair Geneeskundige Dienst (MGD) te wenden. Deze onevenwichtigheid kan een proces op gang brengen dat er uiteindelijk toe leidt, dat handhaving van de doelstelling, taken en werkwijze van de MGD niet langer mogelijk is. Integrale toepassing van de voorgaande varianten, die juist van een dergelijke handhaving uitgaan is in dat geval niet mogelijk.

Dit laatste heeft de werkgroep ertoe gebracht om naast een financieel gelijke behandeling ook de inhoudelijk gelijke behandeling van militair en overige rijksoverheidspersoneel in haar beschouwingen te betrekken. Deze gelijke behandeling noopt tot een herbezinning omtrent de doelstelling, taak en werkwijze van de MGD en daarmee omtrent de organisatie-opzet.

Wijziging van de reorganisatie-opzet

Voor wat betreft de door de MGD te verlenen zorg: deze zal zich beperken tot bedrijfsgezondheidszorg. Gegeven de taakstelling van de krijgsmacht zal daarnaast een oorlogsvoorbereidende operationele taakuitvoering en een aantal overige activiteiten nodig zijn, te weten:

- a. een, zij het een beperkte, capaciteit voor curatieve verzorging in bijzondere vredesomstandigheden (zoals varen, oefenen, plaatsing buitenland, militaire steunverlening/bijstand);
- b. een capaciteit voor de selectie en keuring van instromend personeel in verband met de verantwoordelijkheid het personeel in te delen (operationele taakstelling) en gericht op de bescherming van de individu;

- c. verzekeringsgeneeskundige zorg, teneinde greep te hebben op de ziekteverzuimproblematiek en het vaststellen van de (on-)geschiktheid van de militair in diens te vervullen functie;
- d. organisatie en management voor de sturing van de voorgaande elementen.

Uit de gelijke behandeling vloeit voort dat de beroepsmilitair zich evenals de burgerambtenaar voor zijn ziektekosten dient te verzekeren. De werkgever (i.c. Defensie) zou dan in het kader van de interimregeling ziektekosten overheidspersoneel in de premielast moeten bijdragen. De uit deze bijdrage voortvloeiende uitgaaf bedraagt 196,5 mln, zoals blijkt uit bijlage II (Berekening besparing van wijziging organisatie-opzet). Dit leidt tot een totale besparing in eerste aanleg van 132,7 mln. Deze besparing wordt voor een deel te niet gedaan door de kosten van een te vormen militair bedrijfskundig element in het geneeskundig verzorgingssysteem. Rekeninghoudend met het per krijgsmachtdeel verschillend uitwerken van het wegvallen van een aantal curatieve taken is een 40% reductie ten opzichte van de huidige medische zorgorganisatie mogelijk. Dit betekent dat de kosten van het militair bedrijfsgeneeskundig element, curatieve zorg in bijzondere vredesomstandigheden, opleiding en oefening van geneeskundig personeel en een ziekt huis controlesysteem kunnen worden geraamd op 59 mln op jaarbasis. Per saldo bedraagt de totale besparing van de variant daarmee ca. 74 mln per jaar.

De variant impliceert door de gelijke behandeling van het militair personeel opheffing van de inconveniënten terzake. Verdere effecten liggen enerzijds op het terrein van de oorlogsvoorbereiding en de gereedheid van de militair geneeskundige dienst voor buitengewone omstandigheden, en de anderzijds op (kennis over) de inzetbaarheid van het militair personeel. Omdat de militair geneeskundige dienst in vreedstijd uitsluitend als bedrijfsgeneeskundige dienst functioneert, zal deze dienst geen curatieve taken mogen verrichten. Hierdoor zal het personeel niet kunnen worden bestemd voor een curatieve vaardigheden en ervaring vergende oorlogsfunctie, terwijl in deze variant behalve de militaire hospitalen

ook de overige met curatieve taken belaste voorzieningen (centrale ziekenboegen, ziekenverblijven, e.d.) buiten werking zijn gesteld. Bovendien zal het verkrijgen (en onderhouden) van de benodigde vaardigheden voor het functioneren in oorlogstijd binnen de krijgsmacht niet meer mogelijk zijn. Voor zowel het geneeskundig hulppersoneel (gewondenverzorgers etc.) als voor de militaire artsen bestemd voor oorlogsfuncties, is een daarop gerichte opleiding in de civiele gezondheidszorg. In het huidige systeem van geneeskundige verzorging kan sprake zijn van een soepele overgang van vreedstijd naar oorlogstijd. Alleen een accentverlegging van taken en uitbreiding van de organisatie is nodig (opblaasfactor). In de onderhavige variant zal daarentegen een volledige omschakeling nodig zijn. Dit brengt de operationele eis van een soepele overgang in gevaar.

Met betrekking tot de inzetbaarheid kan worden opgemerkt, dat het militair personeel de curatieve verzorging buiten de krijgsmacht dient te verkrijgen. Dit kan leiden tot een operationeel bezwaarlijke langduriger afwezigheid in geval bijvoorbeeld een huisarts in de woonplaats wordt gekozen. Daar komt bij, dat de gedragsregels van huisartsen en specialisten het geven van een oordeel over de inzetbaarheid en/of functiegeschiktheid niet toelaten. De militair zal hierdoor bij ziekte of ongeval pas na een volledig herstel bij zijn onderdeel terugkeren¹).

2.4. Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten geneeskundige verzorging

De besparingen van de variant toepassing van het profijtbeginsel kunnen in 1987 volledig zijn gerealiseerd. De besparingen van de overige varianten zullen eerst in 1989 de volle omvang bereiken. In onderstaande tabel 3 is voor de jaren 1987-1990 een overzicht opgenomen van de budgettaire effecten van de varianten, verdeeld naar economische categorieën.

¹)Er zal geen sprake meer zijn van het geven van mutaties bij gedeeltelijke geschiktheid. Bovendien zal na terugkeer van de militair bij zijn onderdeel pas na een uitvoerig onderzoek (en vaak nog tijd vergend informatie vragen bij de huisarts) worden vastgesteld waartoe de militair in staat is.

Tabel 3 Besparingen van de beleidsvarianten geneeskundige verzorging naar economische categorieën (in mln gld.)

Beleidsvariant/economische categorie	1987	1988	1989/1990
Rationalisatie taakuitvoering (I)			
- personeel	0,85	2,25- 2,85	6,25- 7,35
- materieel	<u>3,15</u>	<u>6,15</u>	<u>9,65-10,05</u>
totaal	4,0	8,4- 11,0	15,9 -17,4
Versterkte inschakeling civiele sector (II)			
- personeel			49,9 -54,9
- materieel			minus <u>41,1 -39,1</u>
totaal			8,8 -15,8
Profijtbeginsel (III)			
- gebruikersbijdrage	30,3-76,2	30,3-76,2	30,3 -76,2
Versobering voorzieningen-niveau (IV)			
- personeel		--	--
- materieel		1,0	2,5
totaal			
subtotaal varianten I t/m IV	34,3-80,2	39,7-88,2	57,5-111,9
20%-variant (V)			
- personeel			107,4
- materieel			96,3
meeruitgaven werkgevers-deel ziektekostenregeling			minus 130,0

Hoofdstuk 3 Heroverweging deelonderwerp cantineverzorging

3.1. Doelstelling en organisatie van de cantineverzorging

Zoals in par. 1.2. is aangegeven valt ook de cantineverzorging onder de zorgplicht van Defensie. Dit houdt in dat Defensie zo goed mogelijk zorgdraagt voor de cantinevoorzieningen voor haar militair - en burgerpersoneel. De cantineverzorgingstaken worden door Defensie in eigen beheer uitgevoerd. De uitvoering geschiedt door twee organisatie-onderdelen: de Cantinedienst (CADI) en de Stichting Marine Cantinedienst (MARCANDI). De CADI heeft tot taak de cantineverzorging van het militair- en burgerpersoneel dat is tewerkgesteld bij het Ministerie van Defensie - daaronder begrepen de ministeriële delen van de krijgsmachtdelen - en de cantineverzorging van het in hoofdzaak militaire personeel van de (operationele) eenheden, die ressorteren onder de bevelhebbers van de Koninklijke Landmacht (KL), de Koninklijke Luchtmacht (KLu) en de Koninklijke Marine (KM). De cantineverzorging ten behoeve van de KM voor wat betreft walinrichtingen en schepen wordt verricht door de MARCANDI. Deze Stichting (personeelsomvang 13 personen), die beschikt over eigen gebouwen, terreinen en transportmiddelen, werkt kostendekkend, reden waarom de werkgroep de Stichting niet in de variantenontwikkeling heeft betrokken¹).

De CADI-organisatie heeft, in vergelijking tot cantinevoorzieningen in de civiele sector, een bijzonder karakter dat inhaerent is aan de organisatie van de krijgsmacht. Zo is bijvoorbeeld een zeer groot deel van het militair personeel dat is tewerkgesteld bij eenheden van de krijgsmachtdelen ook in zijn vrije tijd gebonden aan de kazerne, de basis, het schip. Deze situatie wordt nog versterkt tijdens oefeningen (ook in

¹) MARCANDI hanteert prijzen met geringe opslag ter dekking van inkoop- en distributiekosten. CADI hanteert hogere prijzen, omdat naast inkoop- en distributiekosten tevens de kosten van bedienend personeel in de manschappencantines gedekt moeten worden.

NATO-verband) en bij eenheden in het buitenland. In al deze gevallen heeft de CADI een "huiskamerfunctie" te vervullen. Voorts heeft de CADI ook zijn taken in oorlogstijd. De CADI beschikt over verzorgend personeel. De totale begrotingssterkte is 792 personeelsleden (773 burgerpersoneel, 18 beroepsmilitairen en één dienstplichtige). De daadwerkelijke personeelssterkte bedraagt 779 personen.

3.2. Kosten van het beleid

De kosten die met de cantineverzorging door de CADI zijn gemoeid bedragen thans (1985) 103.2 mln. Daar staan (geraamde) inkomsten tegenover ten bedrage van 84,4 mln. Dit betekent een negatief saldo van 18.8 mln. Uit het in tabel 4 opgenomen overzicht van kosten en opbrengsten blijkt, dat het negatief saldo sinds 1975 bijna is verdrievoudigd en dat ook voor de komende jaren een verdere stijging is voorzien.

Tabel 4. Kosten en opbrengsten (CADI-) cantineverzorging (in mln. gld)

	1975	1980	1985	1989 a)
Kosten				
- personeel	27,3	35,8	39,7	39,0
- materieel(incl.inkoop)	<u>46,2</u>	<u>59,8</u>	<u>63,5</u>	<u>61,3</u>
Totaal	73,5	95,6	103,2	100,3
opbrengst	<u>66,9</u>	<u>81,4</u>	<u>84,4</u>	<u>79,0</u>
Negatief saldo	6,6	14,2	18,8	21,3

a) De voor 1989 begrote bedragen zijn gebaseerd op de herziene begroting 1985

Bron: Ministerie van Defensie

Gewoonlijk wordt de voor het heroverwegingsonderzoek verplicht 20% variant berekend over de totale uitgavenpost. Aangezien bij de cantineverzorging tegenover de uitgaven een hoge middelenpost staat, is door de werkgroep in plaats van 20%-variant de mogelijkheid van een volledig-kostendekkende variant onderzocht.

3.3. Beleidsvarianten cantineverzorging

3.3.1. Inleiding

In het verleden is door de rijksoverheid gepoogd voor cantineverzorging (overdagverzorging) een algemeen beleid te formuleren met daaraan gerelateerde normen. Daarin is men echter niet geslaagd. Ieder ministerie regelt dan ook de cantineverzorging op eigen wijze. Er zijn derhalve geen criteria beschikbaar waaraan de cantineverzorging van het Ministerie van Defensie kan worden getoetst. In het bijzonder voor de avondverzorging is geen vergelijkingsmateriaal voorhanden, omdat dit facet van personeelszorg bij de andere ministeries ontbreekt. Rekeninghoudend met dit gegeven heeft de werkgroep met het oog op vergroting van de kostendekkendheid c.q. het terugbrengen van het in 1989 voorziene negatieve saldo van de CADI van 21.3 mln de mogelijkheden onderzocht van achtereenvolgens rationalisatie en doelmatigheidsvergroting, versterkte toepassing van het profijtbeginsel, verlaging van het voorzieningenniveau en privatisering.

Alleen op het vlak van rationalisatie en doelmatigheidsvergroting en het voorzieningenniveau heeft de werkgroep uiteindelijk concrete beleidsvarianten ontwikkeld. Toepassing van het profijtbeginsel zou een prijsverhoging van de cantine-artikelen inhouden. Een dergelijke prijsverhoging als instrument ter verbetering van de kostendekkendheid is echter niet realistisch om de volgende reden. De verkoopprijzen van koffie en thee worden vastgesteld door de Minister van Binnenlandse Zaken. Voor de rest van het artikelenpakket is het Ministerie van Defensie in beginsel vrij een eigen prijsbeleid te voeren. In het vigerende prijsstelsel zijn de inkoop- en distributiekosten alsmede de verkoopkosten verdisconteerd. In de praktijk leverde dat een zodanige prijsstelling op dat regelmatig "buiten de CADI om" werd ingekocht. Elke prijsverhoging zal bij gelijkblijvend beleid het verlies aan omzet alleen maar doen stijgen en daarmee het exploitatieresultaat negatief beïnvloeden.

Met betrekking tot de mogelijkheden van privatisering van de cantine-

verzorging rapporteert de werkgroep het volgende. In het kader van de zogenaamde 2e ronde privatisering onderzoekt een extern adviesbureau thans ondermeer de cantinefunctie bij Defensie. Indien uit het onderzoek zou blijken dat de kosten van de cantineverzorging bij het ministeriële deel van Defensie hoger uitvallen dan de kosten bij andere Ministeries, dan is het evident dat zo snel mogelijk overgegaan moet worden op het systeem dat ook bij de andere ministeries geldt. Hetgeen aanleiding kan geven tot privatisering.

De cantineverzorging voor de (operationele) eenheden van de krijgsmachtdelen lijkt zich niet voor privatisering te lenen. Voor degene die een dergelijke cantine wil exploiteren zal de sterk wisselende sterkte (door oefeningen, e.d.) zeker niet attractief zijn. Een belangrijkere overweging is echter dat cantineverzorging als vorm van personeelszorg niet daar mag ophouden waar het voor een exploitant niet meer rendabel is. De verantwoording die de overheid heeft strekt zich ook uit over die onderdelen en locaties die qua omvang en sterkte van dien aard zijn, dat zij nooit een kostendekkend object kunnen vormen. Niettemin zijn er een aantal goedlopende cantines waar het strikt genomen mogelijk is te privatiseren. Juist deze cantines dragen echter juist relatief veel bij aan de inkomsten van de CADI, terwijl als gevolg van een privatisering aan de uitgavenkant weinig zal veranderen daar de organisatie en structuur van de inkoop- en distributiefunctie vrijwel ongewijzigd blijft. De werkgroep heeft zich overigens - in afwachting van de studie die thans wordt verricht - onthouden van het trekken van definitieve conclusies op het punt van privatisering.

3.3.2. Rationalisatie en doelmatigheidsvergroting (variant I)

Een viertal mogelijkheden zijn onderzocht, te weten:

- a. besparing op overheadkosten door integratie CADI-MVA-7 (inkoop) en CADI-119 LVMDEP (distributie);
- b. rationalisatie van de taakuitvoering;
- c. vergroting van de omzet;
- d. invoering van een zgn. Basis Cantine Verzorgingssysteem bij de Kl.

Hieronder worden de resultaten weergegeven.

Integratie van inkoop- en distributiefuncties

Inventariserende onderzoeken gericht op integratie van de inkoop- en de distributiefuncties van de cantine- en voedingsverzorging zijn afgerond. Geconcludeerd kan worden, dat bedoelde integratie geen gevolgen heeft voor de afnemers en een besparing oplevert door het vervallen van 6 arbeidsplaatsen van 0,9 mln (0,25 mln taakgebonden en 0,65 mln eenheidgebonden kosten), te realiseren ca. 1 jaar na besluitvorming. Voorstellen in deze zin zijn reeds intern Defensie ontwikkeld.

Rationalisatie van de taakuitvoering

Een rationelere taakuitvoering is mogelijk bij de (operationele) eenheden van de krijgsmachtdelen door de cantineverzorging daar ingrijpend te herzien op twee punten: de prijsstelling en de wijze en mate van dienstverlening. In het kader van de prijsstelling kan gedacht worden aan het volgende:

- volledige doorberekening van de inkoop- en distributiekosten in de cantineprijzen, en
- voor rekening van de werkgever laten van de overige kosten (infrastructuur, personeel en exploitatie).

Ten aanzien van de wijze van dienstverlening kan zoveel mogelijk worden overgegaan tot het gebruik van één multifunctionele ruimte voor zowel voedingsverstrekking als cantinedienstverlening. Daarnaast kunnen normen worden toegepast voor de inzet van buffetpersoneel.

Als gevolg van genoemde maatregelen kunnen op termijn 150-175 functies komen te vervallen. Tevens is te verwachten dat op langere termijn minder uitgaven op infrastructureel gebied nodig zijn. Op eenheidsgebonden kosten kan jaarlijks een besparing worden verwezenlijkt van 1,0 à 1,5 mln. Deze besparing kan in vijf jaar een maximale hoogte bereiken van 7,0 mln.

Omzetvergroting CADI

Naast de cantines en messes bestaat er in kazernes/legerplaatsen/-

inrichtingen de zogenaamde onderdeelcantines. De onderdeelcantines worden geëxploiteerd door het betreffende onderdeel volgens vastgestelde regels. Onderzoek heeft aangetoond dat juist door die cantines goederen buiten de CADI om worden ingekocht. Dit verlies aan omzet wordt geraamd op 15 mln. Teneinde het inkopen buiten de CADI om sterk in te dammen is de regelgeving inmiddels aangescherpt. In het uiterste geval kan een onderdeelcantine zelfs worden gesloten. Deze aanscherping in combinatie met een lagere prijsstelling als hierboven aangeduid zal naar verwachting de omzet van de CADI doen stijgen. Indien alle cantinegoederen via de CADI worden betrokken, zal op basis van een omzetstijging ter grootte van 15 mln het brutoresultaat met ca. 4,5 mln toenemen.

Invoering Basis Cantine Verzorgingssysteem bij de KLu

Het Basis Cantine Verzorgingssysteem (BCV-systeem) houdt in, dat de verwerving en verstrekking van cantineartikelen per onderdeel onder de verantwoordelijkheid van de basiscommandant worden uitgevoerd (dan wel in bepaalde gevallen nog centraal via MVA-7 geschieden). Bij invoering van dit systeem bij de KLu wordt het werk van de buffetbedienden en chefs niet meer verricht door Cadipersoneel maar door KLu-personeel. Assistentie wordt hierbij verleend door personeel dat op grond van de operationele inzetbaarheid wel aanwezig moet zijn, maar dat op dat moment geen operationele taak heeft te verrichten. De exploitatiekosten van het BCV-systeem worden gedekt met een opzetpercentage op de verkochte artikelen. De besparing is gelegen in het wegvallen van het totaal van de loonkosten van het bij de luchtmacht werkzame CADI-personeel (ca. 60 arbeidsplaatsen) en bedraagt ca. 3,0 mln. Deze besparing is te bereiken op een termijn van vijf jaren na besluitvorming.

Realisatie van de ontwikkelde vier subvarianten terzake van rationalisatie en doelmatigheidsvergroting levert op termijn een besparing op van in totaal ca. 15,4 mln.

3.3.3. Verlaging van het voorzieningenniveau (variant II)

In het kader van verlaging van het voorzieningenniveau kan gedacht wor-

den aan het in meer of mindere mate sluiten dan wel beperkt openstellen van cantines. Onderzocht is welke besparing voortvloeit uit het sluiten van cantines in de avonduren en op zon- en feestdagen. Dit blijkt een bruto-besparing van ca. 5 mln (eenheidsgebonden kosten) op te leveren waarbij ca. 100 arbeidsplaatsen komen te vervallen. Daartegenover staat een niet te kwantificeren omzetsdaling bij met name die kazernes/bases/inrichtingen waar onderdeelcantines ontbreken. Onderhavige maatregel die één jaar na besluitvorming kan worden geëffectueerd betekent een aantasting van de doelstelling (met name de huiskamerfunctie).

3.3.4. Volledige kostendekkendheid (variant III)

Het is niet mogelijk gebleken tot een afzonderlijke variant te komen waarmee het exploitatietekort tot nihil wordt teruggebracht. Combinatie van de maatregelen op het punt van rationalisatie en doelmatigheidsvergroting (variant I) met maatregelen die een verlaging van het voorzieningenniveau inhouden (variant II) heeft dit effect grosso modo wel. Bedoelde maatregelen leveren tesamen op termijn namelijk een besparing op van in totaal ruim 20 mln. De berekeningen zijn echter te globaal om verzekerd te zijn van dit effect. Bovendien moet worden bedacht, dat bij verlaging van het voorzieningenniveau een omzetsdaling plaatsvindt die thans niet valt te kwantificeren.

3.4. Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten cantineverzorging

De besparingen van de voorzieningenniveau-variant (II) en van de subvarianten (I) integratie inkoop- en distributiefuncties en omzetvergroting kunnen in 1987 volledig zijn gerealiseerd. De besparingen van de overige (sub-)varianten en daarmee ook van de volledige kostendekkendheid-variant (III) zullen eerst na 5 jaar tot hun maximale omvang zijn gerealiseerd waarbij 315 à 340 arbeidsplaatsen zijn komen te vervallen. In onderstaande tabel 5 is een overzicht opgenomen van de budgettaire effecten van de varianten, verdeeld naar economische categorieën, ten opzichte van de meerjarenramingen voor het huidige beleid.

Tabel 5 Besparingen van de beleidsvarianten cantineverzorging naar economische categorieën (in mln gld.)

Variant/economische categorie	1987	1988	1989	1990
Rationalisatie en doelmatigheidsvergroting (I)				
a. integratie ink. en distr.functies				
- personeel	0,65	0,65	0,65	0,65
- materieel	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>
totaal	0,9	0,9	0,9	0,9
b. rationalisatie en doelm.				
- personeel	1,5	3,0	4,5	7,0
- materieel	-	-	-	-
totaal	<u>1,5</u>	<u>3,0</u>	<u>4,5</u>	<u>7,0</u>
c. omzetvergroting(inkomsten)	4,5	4,5	4,5	4,5
d. invoering BCV				
- personeel		1,0	2,0	3,0
- materieel		-	-	-
totaal		<u>1,0</u>	<u>2,0</u>	<u>3,0</u>
Voorzieningenniveau (II)a)				
- personeel	5,0	5,0	5,0	5,0
- materieel	-	-	-	-
totaal	<u>5,0</u>	<u>5,0</u>	<u>5,0</u>	<u>5,0</u>
Volledige kostendekkenheid (III, zijnde I +II)				
- omzetvergroting	4,50	4,50	4,50	4,50
- personeel	7,13	9,65	12,13	15,65
- materieel	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>	<u>0,25</u>
totaal	<u>11,9</u>	<u>14,4</u>	<u>16,9</u>	<u>20,4</u>

a) Exclusief een PM-post omzetzaling (niet te kwantificeren)

Hoofdstuk 4 Heroverweging deelonderwerp welzijnszorg

4.1. Doelstelling, activiteiten en organisatie van de welzijnszorg

Vanuit haar in par. 1.2. geschetste zorgplicht besteedt Defensie in vreedetijd aandacht aan het aspect welzijnszorg. De welzijnszorg richt zich op het scheppen van mogelijkheden voor de personeelsleden - en voor wat betreft buiten Nederland dan wel aan boord van varende schepen geplaatst personeel ook voor hun gezinsleden - te voorzien in hun behoeften op het gebied van persoonlijke ontwikkeling c.q. vorming en vrijetijdsbesteding. In de onzekere en onvoorspelbare situaties in oorlogstijd is het ter handhaving en verbetering van het moreel van essentieel belang dat de welzijnszorg - aangepast aan de omstandigheden - wordt voortgezet.

De op het terrein van de welzijnszorg (WZZ) te verrichten taken activiteiten hebben betrekking op ontwikkeling, ontspanning en enkele overige onderwerpen:

- ontwikkeling: studievoorlichting en studiefaciliteitenregeling, excursies en bezoek sociaal culturele evenementen;
- ontspanning : filmvoorstellingen, amusementsvoorstellingen, recreatieve sportbeoefening, hobby-clubs, bibliotheek en bezoek recreatieve evenementen;
- overige : WZZ-winkels, tentoonstellingen, muziekbeoefening en audiovisuele voorzieningen.

De voor het taakgebied WZZ benodigde organisatie bestaat uit full-time functies en nevenfuncties. De organisatie omvat:

- op het niveau van de centrale organisatie van het Ministerie van Defensie, van de leiding van de krijgsmachtdelen en van ondercommandanten van de bevelhebbers: het Centraal Filmbureau Krijgsmacht (CFK) en stafsecties en functionarissen WZZ, totaal omvattend 110 formatieplaatsen en 5 functionarissen met neventaak WZZ;

- op onderdeel-/kazerneniveau: per onderdeel/kazerne één of meer WZZ-functionarissen (afhankelijk van de grootte), totaal 257 formatieplaatsen; bij de varende vloot een aan de omstandigheden aan te passen aantal functionarissen die o.a. WZZ als neventaken in hun takenpakket hebben.

4.2. Kosten van het beleid

De kosten van de welzijnszorg belopen thans en voor de komende jaren voorzien ca. 28 mln. In onderstaande tabel 6 is een nadere specificatie opgenomen. Als ijkpunt voor de variantenontwikkeling is door de werkgroep het bedrag van 28,3 mln aangehouden zijnde de taak- en eenheidsgebonden kosten die ten laste van de Defensiebegroting worden gebracht¹⁾.

Tabel 6. Kosten van de welzijnszorg (x 1000 gld) a)

	1975	1980	1985	1990
Eenheidgebonden kosten				
- personeelskosten	13.481	17.888	17.658	17.658
- huisvestingskosten	1.875	3.029	3.832	3.832
Taakgebonden kosten	5.508	7.220	6.604	6.604
Subsidies	0.087	0.270	0.252	0.252
Totaal	20.951	28.407	28.346	28.346

a) De uitgaven in de jaren 1975 en 1980 zijn gebaseerd op de realisatiecijfers uit de desbetreffende jaren; voor 1985 en 1989 geldt het prijspeil 1985. Gegevens over het jaar 1970 zijn niet meer voorhanden.

Bron: Ministerie van Defensie

In het kader van de welzijnszorg worden subsidies verstrekt aan de Stichting Vakantie Faciliteiten Militairen (VAFAMIL) (0,04 mln) en aan

¹⁾ De eenheidgebonden kosten zijn doorgaans niet per activiteit toe te rekenen, daar de WZZ-functionarissen meerdere (soms alle) van deze activiteiten in hun takenpakket hebben; de verdeling van de onderwerpen over de functionarissen kan naar tijd en plaats verschillen. De taakgebonden kosten zijn in werkelijkheid hoger: de opbrengsten uit de activiteiten zijn gedesaldeerd en binnen en buiten de sfeer van deze activiteiten worden bepaalde evenementen georganiseerd die volledig kostendekkend zijn.

een tweetal Marine-watersportverenigingen, de Koninklijke Marine Jachtclub (KMJC) en de Marine Watersport Vereniging (MWV) (totaal 0,21 mln). In 1985 besteedt Defensie op jaarbasis ca. f 260,- per militair aan welzijnszorg, exclusief studiefaciliteiten. Bij de vergelijking met het bedrijfsleven is gebleken dat aldaar aan de personeelsverenigingen op jaarbasis een subsidie van f 50,- à f 80,- per verenigingslid wordt verleend. De geboden faciliteiten zijn echter gebaseerd op het uitgangspunt dat het personeel voor de vrijetijdsbesteding gebruik maakt van de mogelijkheden buiten het bedrijf. Hetzelfde geldt voor de niet-Defensie ministeries. Voor het Defensiepersoneel is dit in het algemeen niet of niet altijd mogelijk, zodat een kwalitatieve en kwantitatieve vergelijking niet zinvol is.

4.3. Beleidsvarianten welzijnszorg

4.3.1. Inleiding

Bij de ontwikkeling van besparingsvarianten op het terrein van de welzijnszorg is als uitgangspunt genomen dat er een zorgplicht op dit terrein voor Defensie bestaat. Het betreft hier met name de welzijnszorg voor personeel dat door Defensie in bijzondere omstandigheden wordt gebracht waarin het (vrijwel) niet mogelijk is gebruik te maken van de in de civiele maatschappij geboden voorzieningen. Ook het tijdelijke karakter van het verblijf in militaire dienst vormt voor Defensie reden voor speciale zorgplicht ten aanzien van de betrokken categorieën, in het bijzonder met betrekking tot hun terugkeer naar de burgermaatschappij. Vervolgens heeft de werkgroep met betrekking tot elk van de activiteiten van de welzijnszorg de mogelijkheden bezien tot vergroting van de doelmatigheid, (versterkte) toepassing van het profijtbeginsel, verlaging van het voorzieningsniveau en privatisering. In een aantal gevallen bleek verdere uitwerking van die mogelijkheden weinig zinvol. Navolgend zijn de wel ontwikkelde varianten beschreven.

4.3.2. Vergroting van de doelmatigheid (variant I)

Gelet op de noodzakelijkerwijs decentrale organisatie van de uitvoering

van de welzijnszorg bij Defensie - realisatie van de activiteiten dient de activiteiten dient te geschieden op de locaties waar de eenheden zich bevinden- en gegeven reeds eerder uitgevoerde doelmatigheidsonderzoeken resteren naar het oordeel van de werkgroep de volgende mogelijkheden tot doelmatigheidsvergroting:

- a. bibliotheek: reorganisatie van de studie- en ontspanningsbibliotheek leidt tot inkrimping met 3 formatieplaatsen en daarmee tot een besparing van 0,1 mln;
- b. audio-visuele voorzieningen: reorganisatie van deze activiteit in de zin van verdergaande samenwerking tussen de krijgsmachtdelen, leidend tot inkrimping met 3 formatieplaatsen en daarmee tot een besparing van 0,1 mln¹⁾);
- c. filmvoorstellingen: reorganisatie van het Centraal Filmbureau Krijgsmacht (CFK) in verband met uitbesteding van het filmvoorzieningsproces (par. 4.3.5). Besparing p.m.;
- d. reorganisatie van de sectie WZZ bij de Koninklijke Landmacht, gericht op herverdeling van taken en doelmatiger procedures, leidend tot inkrimping met 5 formatieplaatsen en daarmee tot een besparing van 0,3 mln.

De besparingen van deze doelmatigheidsvariant op de (eenheidsgebonden) kosten belopen in totaal 0,5 mln. Nadelige effecten op de uitvoering van het welzijnszorgbeleid zijn niet te verwachten.

4.3.3. Verdere toepassing van het profijtbeginsel (variant II)

Ondanks de zorgplicht van Defensie wordt in het algemeen voor de welzijnszorgactiviteiten van de deelnemers toch een beperkte financiële bijdrage in de kosten gevraagd. Bijstelling in opwaartse zin van deze bijdragen betekent evenwel een zekere aantasting van de specifieke zorg van Defensie voor haar vaak in bijzondere omstandigheden gebracht perso-

¹⁾ De activiteit audio-visuele voorzieningen omvat de productie van geluids- en videobanden van Nederlandse radio- en TV-programma's voor buiten Nederland en aan boord van varende schepen geplaatst personeel, alsmede groetenprogramma's voor laatstgenoemde categorie.

neel. Dit geldt in het bijzonder voor de studiefaciliteiten. Deze worden met het oog op de terugkeer naar de burgermaatschappij op verzoek verleend aan dienstplichtigen en Kort Verband Vrijwilligers voor het volgen van opleidingen ter voorbereiding op beroep of bedrijf. Daardoor kunnen zij hun positie op de arbeidsmarkt bij het verlaten van de militaire dienst, waarin zij tijdelijk verblijven, verbeteren¹). De werkgroep heeft verdere toepassing van het profijtbeginsel op de studiefaciliteiten hier dan ook buiten beschouwing gelaten (wel aan de orde bij de 20%-variant). Bij de overige WZZ-activiteiten kan gedacht worden aan gedacht worden aan een verhoging van de thans gevraagde bijdragen met in totaal 0,8 mln²), met als consequentie een aantasting van de zorgplicht van Defensie.

In het kader van de toepassing van het profijtbeginsel zijn tevens de twee eerder aangeduide subsidieverleningen bezien. De relatief geringe subsidie (f 40.000,=) aan de Stichting VAFAMIL wordt van essentieel belang geacht voor het functioneren van het centraal bureau. De aan de watersportverenigingen KMJC en MWV verstrekte subsidiëring zou kunnen vervallen door de in het geding zijnde kosten geheel ten laste van de verenigingen te brengen³). In geval van doorberekening aan de verenigingsleden zal de contributie stijgen van f 86,- tot ca f 200,- per lid per jaar (excl. de voor bootgebruik verschuldigde huur). Niet nader aan te geven is het effect van een dergelijke maatregel op het ledenbestand.

1) Waren deze categoriën niet in militaire dienst, dan zouden zij desgewenst gebruik kunnen maken van algemene regelingen en programma's gericht op verbetering van de positie op de arbeidsmarkt. De regeling is te vergelijken met de studiefaciliteitenregeling voor burgerlijk rijksperoneel. Het betreft hier een dermate specifieke zorg van Defensie voor bepaalde categorieën personeel, dat de faciliteiten in rechtspositie-regelingen zijn vastgelegd.

2) Het bedrag van 0,8 mln wordt gevonden door verhoging van de bijdragen aan film- en amusementsvoorstellingen met 25% (resp. 0.35 en 0.1 mln), en verhoging van de bijdragen aan excursies en sociaal-culturele en recreatieve evenementen alsmede hobbyclubs met resp. f 4,-- en f 2,-- per bezoek (0,1 en 0,25 mln).

3) De aan deze verenigingen verstrekte subsidies zijn feitelijk geen subsidies; het betreft het in de begroting zichtbaar maken van de kosten voor onderhoud, door de Rijkswerf bij tijdelijke overcapaciteit verricht.

4.3.4. Verlaging van het voorzieningenniveau (variant III)

Besparingen die voortvloeien uit een verlaging van het niveau van voorzieningen op het terrein van de welzijnszorg zullen vooral betrekking hebben op de taakgebonden kosten. Ook bij een aanzienlijke vermindering van de diverse soorten voorzieningen blijft een decentrale organisatie noodzakelijk en zullen de besparingen op de eenheidsgebonden kosten zeer beperkt van omvang zijn. Daarnaast zij opgemerkt dat verlaging van het voorzieningenniveau bij de WZZ-winkels en de filmvoorstellingen niet tot besparingen zal leiden¹). Bij beperking van de overige soorten voorzieningen moet worden bedacht dat het goed functioneren van de WZZ zowel binnen de actieve als de passieve vrijetijdsbesteding een redelijke diversiteit in voorzieningen vergt, en dat grote beperking kan leiden tot minder zinvolle vormen van vrijetijdsbesteding c.q. ongewenst gedrag.

Tegen deze achtergrond is door de werkgroep een verlaging van het voorzieningenniveau gevonden in de vorm van beëindiging van activiteiten die in relatief gering mate de noodzakelijke diversiteit bepalen, te weten bezoek aan sociaal/culturele en recreatieve evenementen en amusementsvoorstellingen. Dit levert een besparing op van in totaal ca 0,8 mln. (0,1 mln. eenheidsgebonden kosten en 0,7 mln. taakgebonden kosten). In deze variant blijven gehandhaafd de amusementsvoorstellingen voor langdurig buiten Nederland verblijvende troepen en voor bepaalde groepen personeel in Nederland (geconsigneerd, in hospitalen of in revalidatiecentra). Consequentie van de beperking van de amusementsvoorstellingen (gemiddelde bezettingsgraad 80%) is, dat in een duidelijke behoefte niet meer wordt voorzien.

4.3.5. Privatisering (variant IV)

Sommige activiteiten zijn thans geheel of gedeeltelijk geprivatiseerd

¹) Bij de WZZ-winkels worden de taakgebonden kosten door de opbrengsten ten minste gecompenseerd. De eenheidsgebonden kosten betreffen personeel, dat behalve de verkoopfunctie ook andere WZZ-werkzaamheden verricht. Bij filmvoorstellingen wordt met de herziening van het filmvoorzieningsproces o.m. beoogd de activiteiten tenminste kostendekkend te maken.

(bijvoorbeeld amusementsvoorstellingen, vervoer bij excursies e.d., studies worden gevolgd bij civiele instituten). Andere lenen zich krachtens hun aard niet voor privatisering (recreatieve sportbeoefening, hobbyclubs, WZZ-winkels). Ten aanzien van twee activiteiten heeft de werkgroep de mogelijkheden tot privatisering nader bezien, te weten filmvoorstellingen en de bibliotheekfunctie.

Wat betreft de activiteit filmvoorstellingen is kortelings een projectgroep ingesteld, belast met het realiseren van een herziening van het filmvoorzieningsproces en de daarmee samenhangende reorganisatie van het CFK. De herziening houdt onder meer in dat gefaseerd wordt overgegaan van orthodoxe film naar videobanden. Het voornemen is de thans door het CFK verrichte taken gelegen op het gebied van de filmvoorziening zo veel mogelijk uit te besteden. De vertoning blijft in eigen beheer. Tevens wordt hierbij gestreefd naar grotere doelmatigheid. Uitsplitsing van de besparingen over elk van deze twee mogelijkheden is nauwelijks mogelijk.

Wat betreft de bibliotheek-functie blijft de mogelijkheid tot afstoten beperkt tot die locaties waar zich civiele bibliotheken op redelijke afstand van de kazernes bevinden. Voor de bemanningen van varende schepen is deze oplossing niet mogelijk. Uitbesteding van de distributie-functie vereist een civiele bibliotheekdienst die in de specifieke behoeften van het krijgsmacht personeel kan voorzien. Dit heeft onder meer betrekking op soort boeken, uitleentermijnen en ter beschikking stellen van catalogi bij de onderdelen. Bij het beoordelen van de mogelijkheid tot privatiseren is mede van belang het resultaat van een thans lopend onderzoek naar het leesgedrag. De omvang van een eventuele besparing is thans nog niet te bepalen.

De besparingen die met de privatiseringsvariant zijn te bereiken bedragen 1 mln (filmvoorstellingen, eenheidsgebonden kosten) + p.m. (bibliotheken). Wat betreft filmvoorstellingen (i.c. video) zijn voor de uitvoering van de activiteit geen nadelige consequenties te verwachten. Wel gaan in geval van privatisering bij Defensie naar verwachting ca 16

arbeidsplaatsen verloren. Bij eventuele uitbesteding van de distributiefunctie bij de bibliotheek zal enige bemoeienis van WZZ-zijde noodzakelijk blijven.

4.3.6. 20%-variant welzijnszorg (variant V)

De werkgroep heeft getracht invulling te geven aan de opdracht 20% besparing te vinden ten opzichte van het financieel ijkpunt - derhalve 5,7 mln besparing - door toepassing van een zgn. 80% "finance-base" benadering. Een dergelijke benadering via prioriteitenstelling bleek in de praktijk niet of nauwelijks mogelijk vanwege de optredende verschillen tussen de krijgsmachtdelen en daarbinnen tussen eenheden, samenhangend met de specifieke aard en de omvang daarvan en met de daarop afgestemde behoefte aan bepaalde activiteiten. Om die reden is invulling gegeven aan de verplichte 20%-variant door toepassing allereerst van alle voorgaande varianten I t/m IV. Bedoelde sommering leidt tot een totaalbesparing van 3,0 mln + p.m., rekening houdend met verminderde opbrengst van het profijtbeginsel door verlaging van het voorzieningenniveau. De resterende besparing van 2,7 mln zou gevonden kunnen worden in:

- a. een beperkte verdere verlaging van het voorzieningenniveau dan met variant III is beoogd, namelijk algehele beëindiging van de amusementsvoorstellingen. Additionele besparing: 0,45 mln (bruto 0,5 mln minus derving extra bijdrage profijtbeginsel 0,05 mln).
- b. verdergaande toepassing van het profijtbeginsel dan bij variant II is beoogd, namelijk een verdere verhoging van de financiële bijdrage van de gebruikers van de voorzieningen (exclusief studiefaciliteiten) ten bedrage van 1,05 mln en het verlagen van de financiële tegemoetkomingen van Defensie in de kosten van de studiefaciliteiten met 1,2 mln. Deze tegemoetkoming is thans 1,7 mln¹⁾, en wordt met de maatregel derhalve met 70% verminderd.

¹⁾ Daartoe moet de toegangsprijs voor filmvoorstellingen met 75% in plaats van 25% worden verhoogd, moeten de bijdragen voor hobbyclubs op f 4,= in plaats van f 2,= per bezoek worden gesteld en moeten de kosten van excursies geheel door de deelnemers worden gedragen (ca. f 8,= meer per excursie).

Resumerend is de 20%-variant welzijnszorg als volgt samengesteld:

- verhoging van de doelmatigheid	0,5 mln
- (verdere) toepassing profijtbeginsel	2,95 mln
- verlaging voorzieningenniveau	1,25 mln
- privatisering	<u>1,0 mln</u>
Totaal	5,7 mln

Omdat bij toepassing van de 20%-variant het voorzieningenniveau - zij het in beperkte mate - moet worden verlaagd en voor de resterende voorzieningen het profijtbeginsel in versterkte mate moet worden toegepast, leidt deze variant tot aantasting van de zorgplicht van Defensie op welzijnsgebied c.q. van haar doelstelling op dit terrein.

4.4 Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten welzijnszorg

De besparingen als gevolg van toepassing van de varianten welzijnszorg kunnen in het algemeen worden gerealiseerd binnen een jaar na besluitvorming. Bij amusementsvoorstellingen moet rekening worden gehouden met afgesloten contracten. Bij de studiefaciliteiten moet bovendien rekening worden gehouden met de formalisering van de rechtspositionele aanpassingen, waarvoor ten minste 6 maanden moet worden gerekend. De met filmvoorstellingen samenhangende besparingen zullen naar verwachting eerst in 1989 volledig worden bereikt, daar de herziening van het filmvoorzieningsproces inclusief de overgang van film naar video niet eerder kan worden voltooid. In onderstaand overzicht (tabel 7) is voor elk van de beleidsvarianten aangegeven welke besparingen, gespecificeerd naar economische categorieën, kunnen worden bereikt ten opzichte van de meerjarenramingen voor het huidige beleid.

Tabel 7 Besparingen van de beleidsvarianten welzijnszorg
naar economische categorieën (in mln gld.)

Variant/economische categorie	1987	1988	1989	1990
Doelmatigheidsvariant (I)				
- personeel	0,5	0,5	0,5	0,5
- materieel	-	-	-	-
totaal	0,5	0,5	0,5	0,5
Profijtbeginselvariant (II)	0,8	0,8	0,8	0,8
Voorzieningenniveau-variant (III)				
- personeel	-	0,1	0,1	0,1
- materieel	0,3	0,7	0,7	0,7
totaal	0,3	0,8	0,8	0,8
Privatiseringsvariant (IV)				
- personeel			1,0	1,0
- materieel			-	-
totaal a)			1,0	1,0
20%-variant (V)				
- personeel	0,5	0,7	1,7	1,7
- materieel	0,3	1,05	1,05	1,05
- gebruikersbijdragen	2,95	2,95	2,95	2,95
totaal	3,75	4,7	5,7	5,7

a) Exclusief p.m.-post bibliotheek

Hoofdstuk 5 Heroverweging deelonderwerp sociale diensten

5.1. Doelstelling, activiteiten en organisatie van de sociale diensten

Een van de doelstellingen in het kader van de personeelszorg van Defensie is het zo goed mogelijk verlenen van maatschappelijke zorg aan haar personeel. Deze zorg heeft betrekking op het behandelen van hulpvragen, het geven van indirecte arbeidsbemiddeling, het verlenen van rechtshulp aan militairen, en het verlenen van rechtsbijstand aan dienstplichtigen. Vanwege de specifieke aard worden deze activiteiten uitgevoerd door afzonderlijke organisatie-eenheden, te weten de Militair Sociale Dienst, de secties Bemiddeling Overgang Burgermaatschappij, het Bureau Militaire Strafzaken en de Stichting Rechtsbijstand Dienstplichtigen.

De Militaire Sociale Dienst (MSD) heeft als hoofdtaken het verlenen van (gevraagde) hulp aan individuen en groepen (curatief) alsmede het bijstellen van het sociaal beleid op grond van ervaringsgegevens (preventief) en zorg voor post-actieven. De hulpvragen hebben betrekking op de werksituatie en daaruit voortvloeiende problemen en op persoonlijke problematiek in de relatie met de werkgever Defensie. Daarnaast heeft de MSD een sociale taakstelling in tijden van verhoogde spanning, oorlogsdreiging en oorlog. Vanwege de spreiding van het militair personeel geschiedt de taakuitvoering geregionaliseerd en bestaat de dienst uit in totaal 16 kantoren in Nederland (12), West-Duitsland (3), en de Nederlandse Antillen (1). De huidige personeelssterkte bedraagt 157½ personeelsleden. In de laatste 10 à 15 jaar heeft de MSD zich vooral door professionalisering door middel van vakgerichte opleiding van haar medewerkers ontwikkeld van een organisatie die maatschappelijk werk in het bedrijf uitvoerde tot een organisatie met als hoofdtak bedrijfsmaatschappelijk werk.

De taak van de Bemiddeling Overgang Burgermaatschappij (BOB) is het geven van indirecte arbeidsbemiddeling en -voorlichting ten behoeve van (voornamelijk jonge) militaire dienstverlaters. Hierbij speelt ook een

financieel motief: het zoveel mogelijk beperken van de verplichting aan bepaalde categorieën personeel een uitkering te verschaffen in geval van werkloosheid. Defensie ondersteunt met bedoelde arbeidsbemiddeling het overheidsbeleid gericht op het terugdringen van de jeugdwerkloosheid. Hoewel terzake een nauwe coördinatie met het Ministerie van Sociale Zaken plaatsvindt, is Defensie genoodzaakt zelf deze activiteiten uit te voeren als gevolg van de verspreide huisvesting van de militairen in kazernes en in het buitenland, de verwevenheid van voorbereiding op de dienstverlating met andere processen in het personeelsbeheer en de personeelszorg en de specifieke kenmerken van de militaire doelgroep. Het Ministerie van Sociale Zaken beschikt niet over de capaciteit om afzonderlijk arbeidsbemiddeling voor militairen te verrichten. De activiteiten in het kader van de arbeidsbemiddeling betreffen voorlichting aan aanstaande dienstverlaters, het werven en onderhouden van contacten met werkgevers en het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod. De personeelssterkte van de BOB bedraagt thans 13 personen.

De taak van het Bureau Militaire Strafzaken (BMS) is het verlenen van rechtshulp aan militairen die zich voor de militaire strafrechter moeten verantwoorden. Deze rechtshulp houdt in pleitbezorging ter terechtzitting, vroeghulp en bijstand na veroordeling. Vanuit rechtsfilosofisch en ethisch oogpunt is het een vereiste, militaire justitiabelen de mogelijkheid te bieden een militaire raadsman te kiezen die qua deskundigheid is opgewassen tegen de zittende en staande militaire magistratuur. Daarnaast dienen in oorlogstijd bij de krijgsraden te velde ingevoerde militaire raadslieden beschikbaar te zijn. Vroeghulp aan voorlopige arrestanten kan om diverse redenen alleen door medewerkers van het BMS worden verleend. Het huidige personeelsbestand van het BMS bestaat uit 4 personeelsleden. De bij de volksvertegenwoordiging ingediende wijzigingen van het militaire straf- en tuchtrecht zullen de werklast van het BMS de komende 15 jaar doen toenemen.

De Stichting Rechtsbijstand Dienstplichtigen (SRD) heeft tot taak het verlenen van rechtsbijstand aan dienstplichtigen, ondermeer in geval van uitstel van militaire dienst en civielrechtelijke geschillen, waarbij

Defensie al dan niet tegenpartij is. De activiteiten betreffen het opstellen en indienen van rekestten, het informeren bij en overleg voeren met de betrokken instanties en/of personen, het bepleiten van de belangen van dienstplichtigen in procedures bij bijvoorbeeld Raden van Beroep, het Ambtenarengerecht te 's-Gravenhage en de Centrale Raad van Beroep en het zonodig inschakelen van een advocaat, indien tot schadeverhaal naar burgerlijk recht moet worden overgegaan. Gedurende de laatste vijf jaar heeft in circa 25% van de gevallen de door de Stichting verleende bijstand voor betrokkenen tot een positief resultaat geleid. Voorts leidt het optreden van de Stichting in een niet onbelangrijk aantal zaken - tengevolge van door haar verleende voorlichting aan betrokken dienstplichtigen - tot het voorkomen van het aanspannen van overbodige procedures. Hierdoor is de belasting van de administratie van Defensie en van de rechterlijke macht verminderd. De Stichting heeft 3 medewerkers in volledige dienst en beschikt daarnaast over een medisch adviseur voor één dag in de week.

5.2. Kosten van het beleid

De uit de taakuitvoering van de sociale diensten voortvloeiende kosten bedragen thans en voorzien voor 1989 in totaal 12.4 mln. In tabel 8 is voor de verschillende jaren een nadere specificatie per sociale dienst en voor het totaal opgenomen.

Als financieel ijkpunt voor de variantenontwikkeling is genoemd bedrag van 12.4 mln. aangehouden.

Tabel 8 kosten van de sociale diensten (x 1.000 gld.) a)

	1975	1980	1985	1989
MSD	8.710	11.455	10.813	10.813
BOB	-	0.878	0.899	0.899
BMS	0.140	0.254	0.272	0.272
SRD	0.373	0.426	0.450	0.450
MSD/BOB/BMS/SRD:				
- personeel	8.015	11.097	10.218	10.218
- materieel	0.835	1.490	1.766	1.766
- subsidie (SRD)	<u>0.373</u>	<u>0.426</u>	<u>0.450</u>	<u>0.450</u>
Totaal	9.223	13.013	12.434	12.434

a) De uitgaven in de jaren 1975 en 1980 zijn gebaseerd op realisatiecijfers uit de desbetreffende jaren. Gegevens over 1970 zijn niet meer voorhanden.

Bron: Ministerie van Defensie.

5.3. Beleidsvarianten sociale diensten

5.3.1. Vergroting van de doelmatigheid (variant I)

In haar onderzoek naar de mogelijkheden via verhoging van de doelmatigheid bij de sociale diensten tot besparingen te komen constateert de werkgroep dat bij de BOB en het BMS geen besparingen van dien aard zijn te vinden. Wel is dat het geval bij de MSD en - in relatief geringe mate - bij de SRD. Bij de MSD is in de jaren 1982 en 1983 reeds een herstructureringsoperatie uitgevoerd met betrekking tot de regiostructuur hetgeen tot een feitelijke reductie van acht formatieplaatsen leidde. Maar door een verdergaande doelmatige samenwerking met het bedrijfsmaatschappelijk werk ten behoeve van het burgerpersoneel van Defensie kan het aantal formatieplaatsen verder worden gereduceerd met 10. Dit levert een besparing op van f 710.000,=. Realisatie van de samenwerking is in verband met een lopende proefperiode eerst twee jaar na besluitvorming

mogelijk. De consequenties van de maatregel voor het voorzieningenniveau van het maatschappelijk werk voor het burgerpersoneel van Defensie - ontleend aan het beleid voor het totale rijksoverheidspersoneel - zijn moeilijk in te schatten en zullen binnen genoemd kader moeten worden bezien.

Bij de SRD kan zonder nadelige consequenties f 10.000,= worden bespaard op de huisvestingskosten door de Stichting onder te brengen in een rijksgebouw, bij voorkeur niet bij Defensie in verband met het waarborgen van objectiviteit. Gegeven lopende huurcontracten kan de maatregel in twee jaar na besluitvorming worden gerealiseerd.

5.3.2. Versterkte inschakeling van/samenwerking met civiele of overheidssector (variant II)

Mogelijkheden om via versterkte inschakeling van en/of samenwerking met de civiele of overheidssector te komen tot reële besparingen acht de werkgroep niet aanwezig bij de BOB, het BMS en de SRD. Wel is versterkte inschakeling mogelijk bij de MSD met betrekking tot haar taken ten aanzien van de pre-actieve zorg en de zgn. interservice personeelsdienst-taken. Inschakeling op dat vlak van de arbeidsinspecties en afdelingen militaire zaken van gemeenten terzake van beoordelen en rapporteren van gegevens die met lokaal uitgevoerd onderzoek worden verkregen levert een besparing in formatieplaatsen (3) op van f 201.000,=. Deze besparing zal eerst twee jaar na besluitvorming kunnen worden gerealiseerd, omdat uitvoeringsbesluiten van de Dienstplichtwet en de Wet Gewetensbezwaren Militairen alsook van het Algemeen Militair Ambtenarenreglement en het Reglement Rechtstoestand Dienstplichtigen zullen moeten worden aangepast. De variant zal kunnen leiden tot problemen van organisatorische, personele en methodische aard bij gemeentelijke overheden, arbeidsinspecties en militaire commandanten.

5.3.3. Verlaging van het voorzieningenniveau (variant III)

Mogelijkheden tot besparingen door reductie van het voorzieningenniveau acht de werkgroep niet aanwezig bij het BMS en de SRD. Wel kan bij de

SRD een besparing worden gerealiseerd door toepassing van het profijtbeginsel. Gegeven de relatief geringe omvang van deze besparing wordt die variant presentatietechnisch hier onder de voorzieningenniveau-variant weergegeven. Het betreft toepassing van het profijtbeginsel ten aanzien van verleende rechtsbijstand bij civielrechtelijke geschillen waarbij Defensie geen tegenpartij is, op basis van "no cure no pay". De Stichting brengt als tegemoetkoming in de kosten 10% van het bedrag van de gerealiseerde schadeclaim aan haar cliënt in rekening. Dit levert ca. f 80.000,= aan inkomsten op. Realisatie van deze maatregel is op vrij korte termijn na besluitvorming mogelijk, met dien verstande dat de lopende procedures op de oude voet afgewikkeld moeten worden. De Stichtingsdoelstellingen worden op deze wijze niet beperkt, de (politiek) vereiste objectiviteit ten opzichte van Defensie wordt onverkort gehandhaafd.

Bij de MSD kan bij reductie van het voorzieningenniveau gedacht worden aan beëindiging van de taken op het terrein van de gezinsverzorging in West-Duitsland en België en beperking van de hulpverlening bij problematieken van algemene aard (schulden, relatie- en gezinsproblemen) tot doorverwijziging naar niet-Defensie instanties¹). De beëindiging van genoemde taken levert een besparing op van f 1.233.000,- in de vorm van het komen te vervallen van 19 formatieplaatsen. Realisatie is mogelijk ca. één jaar na besluitvorming. Nodig is een afvloeiingsregeling voor het zittend personeel.

Het wegvallen van de gezinsverzorging zal indirecte consequenties hebben voor de operationele gereedheid van de krijgsmacht voorzover en in de mate waarin militairen in verband met de verzorging van gezinsleden thuis zullen moeten zijn¹). Inschakeling van lokale gezinshulp is in

¹)De kosten van de daadwerkelijk verleende gezinshulp, welke aan het betrokken gezin in rekening worden gebracht, zijn gelijk aan de bedragen, die daarvoor in Nederland gelden. De (alternatieve) mogelijkheid van verdere toepassing van het profijtbeginsel alleen voor de in het buitenland verblijvende militairen zou tot rechtsongelijkheid leiden.

West-Duitsland en België vrijwel onmogelijk omdat deze vorm van hulpverlening daar niet of nauwelijks aanwezig is. Het op contractbasis danwel declaratiebasis inschakelen van lokale gezinshulp vormt een onzekere basis. Overigens kunnen gemaakte kosten worden gedeclareerd via de Regeling Indirecte Ziektekosten Militairen.

Verwijzing van de behandeling van problematiek van algemene aard - gebruikelijk bij grotere bedrijven en instellingen in Nederland - zal een verhoogde druk geven op hulpverleningsinstanties in de burgermaatschappij die door bezuinigingen van de overheid reeds zijn gekort in taakuitvoering en formatiesterkte. Langere wachttijden en dus langer disfunctioneren van hulpvragers kunnen het gevolg zijn (aantasting operationele gereedheid).

Bij de BOB kan een direct te realiseren besparing van f 121.000,= (1½ formatieplaats) gevonden worden in het minimaliseren van de wervingscapaciteiten voor arbeidsplaatsen. Naar verwachting zal een daling optreden van het rendement van de arbeidsbemiddeling. De vraag naar militaire sollicitanten zal verminderen en het bedrag aan overbruggingsuitkeringen voor werklozen dienstverlaters zal toenemen.

5.3.4. 20%-variant sociale diensten (variant IV)

Een 20%-besparing ten opzichte van het financieel ijkpunt sociale diensten kan worden gevonden door het volgende samenstel van maatregelen:

- a. toepassing van de drie in het voorgaande aangeduide varianten bij de MSD (doelmatigheidsvergroting, versterkte inschakeling overheidssector en verlaging voorzieningenniveau) hetgeen een besparing op de uitgaven oplevert van in totaal f 2.144.000,=. De taken van MSD worden daarmee beperkt tot bedrijfsmaatschappelijk werk op een verder

¹) Daarnaast zijn er ook nadelige effecten te verwachten op het gebied van de onderwijs capaciteit, voor zover het onderwijzend personeel gedwongen zal zijn voor de verzorging van gezinsleden thuis te blijven.

- verlaagd dienstverleningsniveau, medisch maatschappelijk werk en de zorg voor post-actieven;
- b. toepassing van de hiervoor aangegeven voorzieningenniveau-variant bij de BOB inhoudende vermindering van wervingsactiviteiten en leidend tot een besparing van f 121.000,=, gecombineerd met een additionele direct te realiseren besparing van f 94.000,= door minimalisering van de voorlichting aan aanstaande dienstverlaters (reductie met 1½ formatieplaats);
 - c. reductie van het personeelsbestand (4) van de BMS met 1 formatieplaats hetgeen een jaar na besluitvorming een besparing van f 64.000,= oplevert;
 - d. toepassing van de twee hierboven aangeduide varianten bij de SRD (doelmatigheidsverbetering en verlaging voorzieningenniveau) hetgeen leidt tot een besparing van in totaal f 90.000,=.

De 20%-variant sociale diensten betekent een besparing van in totaal f 2.513.000,= ten opzichte van de meerjarenramingen 1989. Doorvoering van de maatregelen van deze variant heeft het volgende samenstel van nadelige effecten:

- ten aanzien van het bedrijfsmaatschappelijk werk (MSD) zal door de verlaging van het voorzieningenniveau een verdere vergroting ontstaan van de relatieve achterstand van het militair personeel ten opzichte van het burgeroverheidspersoneel¹).
- Daarnaast zal een zwaardere werklast optreden bij de arbeidsinspecties en gemeentelijk instellingen;
- de reductie van formatieplaatsen bij de BOB heeft negatieve gevolgen voor het rendement van de arbeidsbemiddeling en kan een verhogend effect hebben op de omvang van de overbruggingsuitkeringen aan werkloze dienstverlaters;
 - de behandelcapaciteit van het BMS zal met ongeveer de helft dalen tot ca. 275 zaken per jaar, terwijl de behoefte de komende jaren juist zal

¹) Ter illustratie worden de huidige normeringen voor het bedrijfsmaatschappelijk werk (werker per aantal personeelsleden) vermeld voor enkele categorieën personeel: personeel Belastingdienst 1:1000, burgerlijk rijksperoneel 1:1000 à 1250, personeel ABN 1:1500, militair personeel 1:1750.

toenemen. Een negatief substitutie-effect op de rijksbegroting treedt op van ruim 0,3 mln per jaar (excl.). De omzet van de advocatuur zal met een gelijk bedrag toenemen. Gezien de specifieke militaire verhoudingen is het te verwachten dat de kwaliteit van de rechtspleging ernstig zal lijden onder deze maatregel.

Bij de SRD zijn geen nadelige effecten te verwachten.

5.4. Overzicht van de budgettaire effecten van de varianten sociale diensten

De besparingen van de varianten sociale diensten kunnen in 1988 volledig zijn gerealiseerd, met uitzondering van de besparingen van de voorzieningenniveau-variant die reeds in 1987 zijn in te boeken. In onderstaande tabel 9 zijn de budgettaire effecten van de ontwikkelde varianten verdeeld naar economische categorieën weergegeven ten opzichte van de meerjarenramingen voor het huidige beleid.

Tabel 9 Besparingen van de beleidsvarianten sociale diensten
naar economische categorieën (x 1000 gld.)

Variant/economische categorie	1987	1988	1989	1990
Doelmatigheidsvariant (I)				
- personeel		607	607	607
- materieel		<u>113</u>	<u>113</u>	<u>113</u>
totaal		720	720	720
Inschakelingsvariant (II)				
- personeel		170	170	170
- materieel		<u>31</u>	<u>31</u>	<u>31</u>
totaal		201	201	201
Voorzieningenniveau-variant (III)				
- personeel	1143	1143	1143	1143
- materieel	211	211	211	211
- gebruikersbijdragen	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>
totaal	1434	1434	1434	1434
20%-variant (IV)				
- personeel	1301	2078	2078	2078
- materieel	211	355	355	355
- gebruikersbijdragen	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>	<u>80</u>
totaal	1592	2513	2513	2513

BIJLAGE I Samenvattend overzicht besparingen van de varianten geneeskundige verzorging.

B E S P A R I N G E N (in mln gld)

	IJkpunt	Personeel	Huisvesting	Taakgebonden	Totaal
<u>Rationalisatie taakuitvoering</u>					
<u>Exogene ontwikkelingen</u>					
a. Selectieve zorg:	14,2	1,4 - 2,0	0 - 0,4	-	1,4 - 2,4
b. Tandheelk.zorg :	22,5	1,0 - 1,5	-	-	1,0 - 1,5
<u>Interne bedrijfsvoering</u>					
Integratie MGD	18,4	3,85	0,65	-	4,5
<u>Benutting capaciteit</u>					
Mil. medische zorg	183,6	-	-	9,0	9,0
<u>Totaal</u>	238,7	6,25 - 7,35	0,65 - 1,05	9,0	15,9 - 17,4
<u>Inschakeling civiele sector</u>					
<u>Militaire hospitalen:</u>					
a. besparing pers. lasten	183,6	57,9 - 62,9			
b. besparing mat. lasten			22,6 - 24,6		
c. wegvallen burgerontvangsten				-/- 31,4	
d. totaal besparing.					49,1 - 56,1
e. meeruitgaven med. teams		-/- 8,0		-/- 32,3	40,3 + P.M.
<u>Totaal</u>		49,9 - 54,9	-/-39,1 - 41,1		8,8 - 15,8 -/-PM
<u>Toepassing profijtbeginsel</u>					
<u>Geneesk.behandeling:</u>					
Militair (N.B.)	183,6	-	-	12,8 - 58,7	12,8 - 58,7
<u>Geneesk.verzorging:</u>					
Gezinsleden	55,7	-	-	17,5	17,5
<u>Totaal</u>	239,3	-	-	30,3 - 76,2	30,3 - 76,2
<u>Verlaging voorzieningenniveau</u>					
Voorz. en verstrekkingen mil.personeel	183,6	-	-	2,5	2,5
<u>Totaal varianten</u> 1 t/m 4	294,4	56,15 - 62,25	0,65 - 1,05	0,7 - 41,2	57,5 - 111,9 -/-PM

NB: De in het overzicht verwachte besparing bij toepassing van het profijtbeginsel op de geneeskundige behandeling van militair personeel voor wat betreft de ondergrens uit de eigen bijdrage variant zoals die vanuit het arbeidvoorwaardenverleg is ontwikkeld. De bovengrens bestaat uit de maximale profijtbijdrage die uit de kostprijs "algemene gezondheidszorg" voortvloeit.

1. Voor de realisatie van de doelstelling in vreedstijd zijn de volgende elementen minimaal benodigd:

a. Selectie en keuring van instromend personeel	f	14,20 mln
b. Gezondheidsbevordering, -voorlichting en opvoeding	-	0,35 mln
c. Voorziening geneeskundig dienst materieel	-	26,60 mln
d. Oorlogsvoorbereiding MGD	-	122,90 mln
e. Verzekeringsgeneeskundige zorg	-	1,35 mln
f. Organisatie en management t.b.v. a t/m e	-	10,00 mln
		<hr/>
	f	175,40 mln

Noot: Bij het toerekenen van de kosten aan de onderscheidene punten van de grosselijst ter vaststelling van het ijkpunt zijn door de onderlinge samenhang van de functies toeschattingen gemaakt. Bij het weglaten van de curatieve zorg uit de post militair medische zorg (zijnde de grootste post nl. 40% van het ijkpunt) dient als correctie een marge van 10% aan de hierboven genoemde elementen onder a t/m f te worden toegevoegd. D.w.z. het bedrag ad f 175,4 miljoen dient te worden verhoogd tot f 192,9 miljoen.

2. Het eerste effect van de doelstelling in vreedstijd is dat de gezondheid van de militair niet langer de verantwoordelijkheid van defensie is. Dit wil zeggen dat conform burgerambtenaren de beroepsmilitair zich voor zijn ziektekosten zal dienen te verzekeren. De werkgever (i.c. defensie) draagt in het kader van de interimregeling ziektekosten overheidspersoneel bij in de premielasten. De uit deze bijdrage voortvloeiende uitgaaf bedraagt:

a. Nettovergoeding premielast militair zelf	ca	40	mln
gezinsleden	ca	40	mln
totaal netto	ca	<hr/>	80,0 mln
b. Werkgeverslasten a.g.v. brutering netto-interimuitkering:			
loonbelasting (32%)		35	mln
premie AOW/AWW (13,1%)		15	mln
premie AAW/AKW/AWBZ (14,25%)		16,5	mln
		<hr/>	66,5 mln
c. Voor het dienstplichtig personeel kan worden gedacht aan opname in het ziekenfonds, uitgaande van een premielast (verplicht ziekenfonds) van ca. f 1.100,-- per jaar volledig ten laste van defensie ontstaat een extra-uitgaaf van ca			<hr/> f 50,0 mln
d. Totaal t.b.v. begroting defensie			<hr/> f196,5 mln

Rekening houdend met bovenstaande zal bij verlagings van het voorzieningsniveau een reductie van 40% t.o.v. de huidige medische zorg organisatie mogelijk zijn, waardoor de kosten van het militair bedrijfsgeneeskundig element, curatieve zorg in bijzondere vredestandigheden, opleiding en oefening van rol. (vliegvelden, opleidingen).

Hergeen gesteld is t.a.v. de KM/KL geldt in mindere mate voor de KLu. Toch speelt de specifieke bedrijfsvoering ook hier een belangrijke rol. (vliegvelden, opleidingen).

dingprogramma (veroorzaakt door het grote contingent dienst- oortlogsvoorbereiding en het strakke en omvangrijke oplet- civiele gezondheidszorg instellingen, de verwetenheid met de sche spreiding van de eenheden, de bereikbaarheid van de organisatie. Bij de KL is rekening gehouden met de geografische spreiding van de eenheden, de bereikbaarheid van de grote invloed zal zijn bij het bepalen van de omvang van de organisatie. Hetgeen inhoudt dat het wegvallen van curatieve activiteiten niet van voornamelijk in het vlak van de oortlogsvoorbereiding. Hetgeen De taken van de huidige gezondheidszorg bij de KL liggen sing van militairen met gezinsleden buiten Nederland. Met name geldt e.e.a. voor de vele varende eenheden en plaat- tot een drastische vermindering van de curatieve zorg. deel uitmaken van de normale activiteiten, niet kunnen leiden feit dat de bijzondere vredestandigheden een belangrijk Bij de KM zal de verlagings van de doelstelling, geliet op het werkt.

4. Kosten te vormen militair bedrijfsgeneeskundig element

Bij de opzet van dit element is uitgegaan van de huidige situatie zoals die in het tijkpunt medische zorg is verwerkt. Gebieden is dat per krijgsmachtdeel de verlagings, te weten het wegvallen van een aantal curatieve taken, verschillend uit-

c. Totale besparing in eerste aanleg 132,75 mln

Noot: Voor de berekening van de totale besparing van deze deelvariant 5b zijn de werkgeverslasten die sa- menhangen met de interimregeling teruggejut. Het betreft hier namelijk uitgaven t.b.v. de Defen- siebegroting die elders in de col- lectieve sector tot hetzelfde be- drag tot inkomsten leiden.

af: Werkgeverslasten interimregeling (zie 2 b) 66,5 mln

389,4 mln

192,9 mln punt 1
196,5 mln punt 2

a. huidige financieel tijkpunt 455,65 mln

b. nieuw financieel tijkpunt

3. Financiële gevolgen in eerste aanleg.

geneeskundig personeel en een ziekenhuis controlesysteem worden geraamd op f 59 miljoen op jaarbasis.

5. Totale opbrengst van deze deelvariant.

a. Besparing in eerste aanleg (zie onder punt 3) f 132,75 mln

b. Af geschatte kosten bedrijfsgeneeskundig element (punt 4) f 59,-- mln

saldo circa f 73,75 mln

=====

BIJLAGE III Nadere gegevens militaire hospitalen

1. Algemeen

In de huidige situatie heeft de hospitalisatiefunctie haar neerslag gevonden in een tweetal militaire hospitalen. Deze hospitalen vervullen naast de militaire functie een civiele functie als algemeen ziekenhuis in de regio's Kennerland (MHO) en Utrecht (MHAM). Beide ziekenhuizen hebben in het kader van de beddenreductie-operatie van WVC een aandeel geleverd. Het MHO zal met ingang van 1987 een capaciteit van 100 bedden, verdeeld in 50 civiel en 50 militair erken krijgen. Het MHAM zal in hetzelfde jaar en erkenning krijgen voor 340 bedden, als volgt verdeeld: militair 150 somatisch (incl. 18 PAAZ) en civiel 154 somatisch (incl. 18 PAAZ).

Ten aanzien van het MHO heeft nadere besluitvorming in de Ministerraad geleid tot bovengenoemde capaciteit waarbij is aangetekend dat definitieve besluitvorming over de vaststelling van de capaciteit plaats dient te vinden naar aanleiding van de politieke toetsing van de uitkomsten van de vijfde ronde heroverweging Personeelszorg Defensie. Beide militaire hospitalen zijn met ingang van 1985 opgenomen in het ziekenhuisbudgetteringssysteem van WVC en doen derhalve mee in de percentuele bezuinigingsrondes voor deze sector.

In onderstaande tabel zijn rekeninghoudend met het voorgaande een aantal kwantitatieve gegevens over beide hospitalen voor 1987 samengebracht. Het betreft hier deelsramingen, omdat de definitieve uitkomst van de bedreductie en de budgettering nog niet bekend is.

	<u>MHO</u>	<u>MHAM</u>	<u>Gemiddeld ziekenhuis</u>
militaire bedden	50	168 (incl. 18 PAAZ)	
bezettingsgraad	20 (40%)	110 (65%)	
civiele bedden	50	172 (inc. 18 PAAZ)	
bezettingsgraad	100	100	83%
verpleegdagen (1984)	31.200	116.000	
poliklinische consulten (1984)	35.000	161.000	
Kosten uitbesteding civiel (geraamd):			
- verpleging		ca. f 20 mln	
- honoraria specialisten		ca. f 12 mln	

2. Kosten militaire hospitalen

Beide militaire hospitalen kosten Defensie 49 à 56 mln op jaarbasis. Ze leveren gezamenlijk de verpleging en behandeling voor ca. 5400 opnames equivalent aan ca. 47.500 verpleegdagen en ca. 100.000 poliklinische consulten (gemiddelden over de afgelopen 6 jaar). Het betreft hier een "all-in" prijs inclusief specialistensalarissen. In onderstaand overzicht is de kostenberkening voor 1985 opgenomen.

	<u>MHO</u>	<u>MHAM</u>	<u>Totaal</u>
<u>Budget ziekenhuisfunctie 1985</u>	15,4	51,0	
- waarvan ten laste van Defensie	7,0 ¹⁾	28,0 ¹⁾	28 à 35,0
- inbegrepen rentebestanddeel in budget (vormt geen uitgave)	1,0	2,8	-/- 3,8
Kosten ziekenhuisfunctie t.l.v. Defensie			24,2 à 31,2
<u>Niet-ziekenhuisfunctie</u>			
- kosten militair apparaat	1,1	9,5	10,6
- personeelskosten militair specialistische functie	2,0	9,5	11,5
- kosten militaire opleidingen	1,7	1,1	2,8
<u>Totaal ten laste van Defensie</u>			49,1 à 56,1
<u>Productiegegevens 1984:</u>			
- militaire verpleegdagen	7.500	40.000	47.500
- militaire opnamen	1.100	4.500	5.600
- militaire polikliniek bezoeken	12.000	85.000	97.000

¹⁾ De genoemde bedragen zijn de geraamde kosten ten laste van Defensie waarbij rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de bedreductie en de budgettering. De bedragen kunnen in totaliteit ca. 7 mln lager worden, wanneer de bedreductie naast een daling in de burgeropbrengsten ook leidt tot een daling van de kosten.

BIJLAGE IV

Kosten militaire medische teams in civiele ziekenhuizen (mln. per jaar)

1. Verpleging 47.500 verpleegdagen à f 480,=	f 22,8 p.j.
2. Personeelskosten militair specialistische functie	
3. Poliklinische consulten (ziekenhuisdeel) 70.000 à f 100,=	f 7,0 p.j.
4. Bijkomende specialisten honoraria	f 2,5 p.j.
5. Personeelskosten militaire opleidingen (zie bijlage III)	f 2,8 p.j.
6. Verminderde uitbestedingen	minus f 3,0 p.j.
7. Overige hospitaalfunctie-elementen (incl. overheveling oneigenlijke ziekenhuistaken)	3 mln + p.m.
	<hr/>
	Totaal f 40,3 + p.m.

Toelichting

1. De huidige aantallen mil.verpleegdagen MHO en MHAM worden in de civiele ziekenhuizen ondergebracht. Het tarief ad f 480,= is een gemiddeld verpleegtarief (bron NZI) (specialist-out).
2. Voor de specialistische behandeling van militaire specialisten (klinisch en poliklinisch) worden de huidige militaire specialisten van MHO en MHAM in team bij civiele ziekenhuizen gedetacheerd.
3. Per poliklinisch consult is een gemiddeld bedrag van f 100,= gerekend voor de ziekenhuisverrichtingen (lab., röntgen, etc.).
4. In de militair medische teams zijn een aantal specialismen niet vertegenwoordigd. Dit impliceert dat, voorzover de klinische en/of poliklinische behandeling van militaire patiënten, inschakeling van deze specialismen behoeft, de honoraria-kosten voor rekening van Defensie zullen komen. Het betreft hier zowel alle horizontale specialismen als ook de niet in de teams vertegenwoordigde poortspecialismen. Indien rekening wordt gehouden met de in de teams wél aanwezige specialismen en de omvang van het klinische en poliklinische activiteiten ontstaat de volgende uitgaven-post:
 1. Totaal honoraria-kosten (klinische én poliklinische)behandeling militaire patiënten MHAM: f 5,7 mln per jaar (Ziekenfondstarief).
 2. Totaal honoraria-kosten (klinische én poliklinische)behandeling militaire patiënten MHAM én MHO: f 7,1 mln per jaar.
 3. Aandeel specialismen in de teams: ca. 70%.
 4. Honoraria van niet in de teams opgenomen specialismen f 2,5 mln (Ziekenfondstarief vermeerderd met 10%).
 5. Thans wordt voor uitbesteding aan civiele ziekenhuizen en specialisten jaarlijks ca. f 25 mln uitgegeven. De betere bereikbaarheid van de militaire specialistische capaciteit leidt hoogst waarschijnlijk tot een daling van de uitbestedingskosten. De omvang van deze daling is van vele factoren afhankelijk (locatiekeuze, aard militaire specialisten etc.). Met de voor de onderhavige berekening gehanteerde uitgangspunten lijkt een reductie met + 10% haalbaar.

BIJLAGE V Samenstelling van de werkgroep Heroverweging Personeelszorg Defensie

dr. B. Buiten (voorzitter)	Ministerie van Defensie Directeur-Generaal Personeel
ir. F. Uit den Bogaard (secretaris)	Ministerie van Financiën Inspectie der Rijksfinanciën
mw. T.C.L. Sesink (adj.-secretaris)	Ministerie van Defensie Directoraat-Generaal Personeel
J.H. Bal	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur Directie Civiele verdediging en vredescalamiteiten
C.L. Berg	Ministerie van Defensie Directoraat-Generaal Economie en Financiën
C. Debets	Ministerie van Binnenlandse Zaken Directoraat-Generaal voor het Overheidspersoneel
cdre.mr. A.J.K. Dörenberg	Ministerie van Defensie Directie Militaire Personeelszaken
drs. T.S. Endenburg	Ministerie van Financiën Inspectie der Rijksfinanciën
kol. L.H.J. Hardy	Ministerie van Defensie Directie Militaire Personeelszaken
H. Hartmeijer	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid Directoraat-Generaal van de Arbeid
brig.-gen. A.A. Herweijer	Ministerie van Defensie Landmachtstaf
1kol. A.H.M. Hofstee	Ministerie van Defensie Landmachtstaf
drs. J.W. Holtslag	Ministerie van Algemene Zaken Kabinet van de Minister-President
drs. A. de Jager	Ministerie van Binnenlandse Zaken Directoraat-Generaal voor het Overheidspersoneel (per 1-7-'85 mr. U.A. Koesoemo Joedo)
gen.-maj. arts R.G. Nypels	Ministerie van Defensie Directie Militair Geneeskundige Diensten
drs. M.F. Slierings	Ministerie van Financiën Inspectie der Rijksfinanciën
mr. H. Wieringa	Ministerie van Defensie Directie Militaire Personeelszaken