



## 50 jaar Medische Dienst

### Interview met de commandant van de Medische Component, generaal-majoor Marc ONGENA

*Interview door Erwin DHONDT*

*Ter gelegenheid van de 50 jaar autonomie van de Belgische militaire Medische Dienst hebben we generaal-majoor Marc Ongena geïnterviewd. Het vraaggesprek focust voornamelijk op de geschiedenis van de Medische Dienst, maar geeft ook op het einde een inkijk in wat de nabije toekomst in petto heeft.*

*Generaal-majoor Marc Ongena is sinds 24 september 2021 commandant van de Medische Component. Afgestudeerd aan de Koninklijke Militaire School (KMS, afdeling Alle Wapens), ving hij in 1990 zijn loopbaan aan als officier van de troepen van de Medische Dienst. Hij keerde van 2012 tot 2016 terug naar de KMS als hoofd en lesgever van de leerstoel Medische Operaties aan het Defensiecollege. Zijn ervaring ligt hoofdzakelijk in het domein van de operaties en training. Zo was hij drie jaar chef van het bureau ‘paraatstelling’ van COMOPSMED.*

*À l’occasion des 50 ans d’autonomie du service médical militaire belge, nous avons interviewé le général-major Marc Ongena. L’entretien se concentre principalement sur l’histoire du service médical, mais donne également un aperçu de ce que l’avenir proche nous réserve.*

*Le général-major Marc Ongena est commandant de la composante médicale depuis le 24 septembre 2021. Diplômé de l’École royale militaire (ERM, section Toutes Armes), il débute sa carrière en 1990 comme officier des troupes du Service médical et retourne à l’ERM de 2012 à 2016 en tant que chef et conférencier de la chaire Opérations médicales au Collège de défense. Son expérience porte principalement sur les opérations et la formation. Il a été chef du bureau Mise en condition de COMOPSMED pendant trois ans.*



**Namens het Belgisch Militair Tijdschrift: Onder het motto ‘laten we maar beginnen bij het begin’, wat was de aanleiding om in de aanloop naar 1974 op te komen voor een onafhankelijke Medische Dienst?**

In volle Koude Oorlog, in 1974 dus, besluit de regering tot deze autonomie in het raam van toenmalige structurele hervormingen van de krijgsmacht. De krijgsmacht beleefde moeilijke budgettaire tijden en tegelijk brak een tijdperk aan van meer medezeggenschap, overleg en inspraak. Ook de samenleving evolueerde naar een gewijzigde sociale dimensie in de relatie tussen patiënten en zorgverstrekkers. En dan was er ook de snelle vooruitgang in het medische denken en handelen, een andere factor die aanleiding gaf tot het herdenken van de Belgische militaire geneeskunde. Vóór 1974 had de gezondheidsdienst te kampen met een aantal moeilijkheden: een dubbele commandostructuur, onvoldoende inspraak bij het beheer van het personeel en van het budget en ten slotte, een gebrek aan erkenning, niet zozeer binnen de Landmacht, maar meer daarbuiten.



© BE Defence

De eerste vrouwen doen hun intrede bij de Medische Dienst

**Waren er toen zoveel hindernissen die het goede functioneren van de ‘medische steun’ in de weg stonden? Met andere woorden, wat had de toenmalige gezondheidsdienst van het leger bij die autonomie te winnen?**

De voornaamste hindernis was dat de machten onvoldoende prioriteit gaven aan de medische steun en dat beslissingen over de medische detachementen/eenheden werden genomen door officieren van andere wapens die niet veel kaas hadden gegeten van militaire geneeskunde en die niet steeds de adviezen van hun artsen volgden.

Als u mij dus vraagt “wat hadden wij te winnen?”, dan zeg ik: op eigen benen staan, professioneler werken en een centrale aansturing en beheer van de capaciteiten voor medische steun.

**In termen van benchmarking, wat hebben andere landen – al dan niet NAVO-lidstaten – in het verleden of zelfs ook nog op de dag van vandaag gedaan?**

Er zijn verschillende strekkingen naargelang de tradities en inzichten. Voor de NAVO behoort de medische steun tot de *combat service support*, naast o.a. de logistiek, *movement control*, *field accommodation units*, enz. In se wil dit zeggen dat alle lidstaten zelf moeten opdraaien voor deze diensten, dat het met andere woorden een “nationale verantwoordelijkheid” is om hun strijdkrachten te ondersteunen waar nodig. Daarom bestaan er veel verschillen als het gaat om de positie van de Medische Dienst binnen de strijdkrachten, gaande van het Belgische model van volledige centralisatie en eenheid van commando tot modellen waarbij alle middelen verdeeld zijn over de krijgsmachtdelen en structuren en er maar enkele stafofficieren te vinden zijn op het hoogste niveau die met gezondheid en gezondheidszorg belast zijn. Een land zoals Jordanië heeft bijvoorbeeld een enorme Medische Dienst ten opzichte van het geheel van de strijdkrachten en neemt daar een belangrijke plaats in, omdat hij instaat voor de zorg niet enkel van militairen en hun families maar ook van andere rechthebbenden. De kwaliteit van die zorg is namelijk zeer hoog aangeschreven en is trouwens de best verkrijgbare in het hele land. Daar kunnen we zelfs beschouwen dat het nationale gezondheidssysteem door het leger wordt gedragen. Zoals steeds heeft elke oplossing zijn voordelen en nadelen en is het de politiek van een land die beslist in welke positie de Medische Dienst van de strijdkrachten wordt geplaatst, zoals ook in 1974 in België geschiedde.

### **Zijn er nog landen die een soortgelijke weg zijn opgegaan om dan uiteindelijk aanvaard te worden als een volwaardig ‘krijgsmachtdeel’?**

Ja, Duitsland bijvoorbeeld, dat toch als het leidende land op het vlak van prestatievermogen van de militaire gezondheidsdienst binnen de NAVO wordt beschouwd. Mijn collega zei in 2022 dat de *Sanitätsdienst* van de *Bundeswehr* 6 miljard euro zou krijgen van het *Sondervermögen* van 100 miljard euro dat Duitsland vrijmaakte na de Russische inval in Oekraïne om zijn leger op korte termijn te versterken. Ondertussen is dat wat afgezwakt, maar het toont wel aan over welke middelen onze burens beschikken.

### **Of andersom: zijn er landen die zich bedacht hebben en hun medische korps opnieuw verdeeld hebben en ingedeeld volgens de klassieke land-, lucht- (en nu ook ruimte-), marine- (en cyber-) domeinen?**

Niet bij mijn weten. Er zijn echter heel wat landen die nooit zijn overgegaan naar een centralisatie, zoals de Verenigde Staten, omdat ze voldoende middelen hebben om alle krijgsmachtdelen terdege te ondersteunen. De Medische Component is pas ontstaan in 2002, bij de invoering van de eenheidsstructuur binnen Defensie. Dat gebeurde door alle operationele middelen en medische eenheden samen te voegen. Voordien stonden de medische capaciteiten van het eerste en tweede echelon nog onder het bevel van de Land-, Lucht- en Zeemacht, en dat sedert 1974. De verandering in 2002 moet gezien worden als de oplossing voor een kleiner wordend leger, waar *pooling & sharing* van schaarse middelen gemeengoed werd, uit noodzaak eerder dan vanuit de idee dat het beter zou werken. Met andere woorden, indien de intentie zou bestaan om de Medische Dienst terug te verspreiden, dan vereist dit een versterking van de capaciteiten, een personeelsgroei, investeringen in materieel en hogere werkingsmiddelen. Ik zie dat niet gebeuren in de eerstkomende jaren. We kunnen dromen van een arts in elke eenheid en in elke kazerne van Defensie en voldoende chirurgen, anesthesisten, urgentieartsen, enz. in een *role 2 medical treatment facility*<sup>1</sup> (MTF) bij elke component apart, maar de realiteit van de arbeidsmarkt en de voorspelde evolutie in België op het vlak van zorgverstrekkers doorprikken deze droom. Wat vandaag geldt, is dat de rol 1-capaciteiten gespecialiseerde steun leveren,

---

<sup>1</sup> rol 2 veldhospitaal

omdat ze per gesteunde component in onze twee medische bataljons zijn verzameld: een medische compagnie voor steun aan het Special Operations Regiment, de Luchtcomponent en de Marine in één bataljon en twee medische compagnies in een tweede bataljon voor de gemotoriseerde brigade van de Landcomponent.



© BE Defence

Ontplooiing van een veldlabo in Burkina Faso



**Stel dat je vandaag – 50 jaar later dus – zou mogen kiezen, zou je opnieuw pleiten voor complete autonomie of toch net niet?**

Wel, eerst misschien even verduidelijken dat er in feite geen complete autonomie voor de Medische Dienst is geweest. Nooit. In 1974 werd er overgegaan tot een gedeeltelijke ontvoogding. Het was een Belgisch compromis, waarbij de gezondheidsdienst zijn eigen beleid zou kunnen uittekenen en het bevel zou voeren over medische formaties hoger dan die van het tweede echelon. De formaties van het eerste en tweede echelon bleven in de schoot van de Land-, Lucht- en Zeemacht en van de Rijkswacht, evenwel onder technische en deontologische supervisie van de chef van de Gezondheidsdienst. In een koninklijk besluit van 3 maart 1974 werd vastgelegd dat de staf van de Gezondheidsdienst voortaan, op gelijke voet met de staven van de Land-, Lucht- en Zeemacht, deel uitmaakte van de Generale Staf.

En ook vandaag, ook al zijn de eenheden onder één commando geplaatst, kunnen we niet stellen dat de Medische Dienst compleet autonoom werkt. De Medische Component en de andere componenten vormen de zogenaamde ‘interventiemacht’. Ze levert inzetbare detachementen voor de medische ondersteuning van de operaties, maar het beheer van de middelen is gecentraliseerd in de algemene directies en de strategie en het beleid worden centraal bepaald. In zekere zin bevinden we ons eerder in de toestand van vóór 1974 als het om autonome bevoegdheden voor de Medische Component gaat, alleen is dit vandaag ook het geval voor de andere componenten. We hebben eind 2023 een herziening van de processen in de Defensiestaf doorgevoerd, waarbij een duidelijk onderscheid werd gemaakt tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus en een verbeterde strategische sturing van Defensie als hoofddoelstelling werd vooropgesteld.

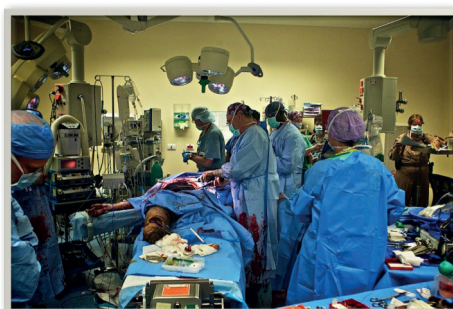
**Of is er misschien een nog ‘betere’ tussenoplossing na te streven?**

Het kan altijd beter, maar verbetering zal in hoge mate afhangen van wat de politiek en met name een volgende federale regering zal voorzien op het vlak van werkingsmiddelen voor Defensie.

**Ongeveer 20 à 25 jaar na de onafhankelijkheid – we schrijven dan 1994 – doen zich heel wat veranderingen voor, voornamelijk ingegeven door een gewijzigd geopolitiek landschap, met in 1989 de val van de Berlijnse Muur, om hem niet te noemen. Zo wordt in 1993 de dienstplicht opgeschort en worden de Belgische strijdkrachten in Duitsland (BSD) stelselmatig teruggetrokken; na een bijna 60 jaar militaire aanwezigheid in ons buurland.**

**Dat keerpunt halveert bijna – bij wijze van spreken – de 50-jarige periode van autonomie, die we vandaag vieren. Welk effect had dit op de organisatie en de werking van de MD, in zijn rol van combat service support ‘par excellence’?**

Het belangrijkste effect was het wegvallen van de dienstplichtige zorgverstrekkers in alle medische disciplines en beroepen. Waar zij voorheen rechtstreeks na het beëindigen van hun studies aan een periode van minstens tien maanden – en voor de artsen zelfs vijftien maanden – bij het leger begonnen en zo heel veel patiëntenzorg op zich namen, viel de Medische Dienst plotseling terug op een veel kleinere groep van beroeps- en tijdelijke militairen. Het zorgaanbod kreeg toen een lelijke knauw. De militairen die naar België terugkeerden, moesten voor hun behandelingen naar de civiele zorgverstrekkers en zorginstellingen gaan. En aldus moest een volledig nieuw stelsel van terugbetalingen van medische kosten geïmplementeerd worden. Er moesten speciale medicatievoorschriften in gebruik genomen worden en uiteindelijk werd er ook een systeem opgezet van civiele zogenaamde ‘aangenomen zorgverstrekkers’ die zich ertoe verbonden zich aan de conventionele tarieven voor de betaling van hun prestaties te houden.



© BE Defence

Inzet van het specialistisch medische personeel van de Medische Dienst in een multinational medical unit role 3 te Kandahar Air Field (Operation Green Skander 2011-2013)



Op operationeel vlak werd de periode na de val van de Muur gekenmerkt door talrijke opdrachten in het buitenland. Onze militairen van de Medische Dienst namen daar telkens aan deel in vaak moeilijke omstandigheden. Ver van de gespecialiseerde medische hulp in ziekenhuizen op eigen bodem moesten ze de medische ondersteuning verzekeren van de ingezette militairen. Gaandeweg werden dan ook de procedures voor een dergelijke operationele inzet geperfectioneerd en aangepast; van missie tot missie, wat uiteindelijk is uitgemond in een heel professioneel georganiseerde medische steuncomponent met ervaring in wereldwijde expeditionaire operaties en in een breed gamma van inzetscenario's. Wat we vanaf de jaren '90 echter niet meer oefenden, waren operaties in het hoogste geweldsspectrum of een echte oorlog op grote schaal tegen een even sterke vijand. Het waren de tijden van het vredesdividend, het einde van de strijd tussen de beschavingen en de illusies van de hegemonie van de Westerse democratische wereld en een globale welvaart binnen ieders bereik. Al deze operaties hebben een grote invloed gehad op de medische doctrine. Ten gevolge van het streven naar een geperfectioneerde medische ondersteuning, vonden bijzondere concepten hun ingang: ik citeer graag het *golden hour*-principe, *damage control surgery* en noties zoals *medical planning timelines*, *en route care*, *forward aeromedical evacuation*. Die waren erop gericht om zoveel mogelijk levens van gewonde soldaten te redden – en dat hebben ze ook gedaan. Dit streven naar excellentie is in die tijd de drijvende kracht geweest voor innovatie en de ontwikkeling van nieuwe technologie en verbeterde procedures en behandelingsprotocollen. Het domein van de toegepaste militaire geneeskunde was eerst een niche voor wetenschappelijk onderzoek bij onze intelligentsia. Dat vond echter internationaal vanaf de terreurdreiging en dito aanslagen zoals 9/11 al snel een bredere weerklank bij de burgercollega's. Ook in ons land kwam zo het oorlogstrauma van de slachtoffers in beeld voor het nationale publiek. Sedert enkele jaren, na o.a. de terugtrekking uit Afghanistan en Afrika, zien we een nieuwe wending in de globale veiligheidsomgeving en zijn wij Belgen genoodzaakt om ons weer anders voor te bereiden op wat komen kan.

**De situatie is opnieuw ontvlamd in het zuiden van Libanon, het gebied tussen de Litanirivier en de Blauwe Linie (*Blue Line*), de grens met de zuidelijke buur van Libanon: Israël. Dat gebied is maar al te goed bekend bij onze medics. Het is immers de regio waar de Medische Component een kleine 20 jaar geleden ooit**

**zijn eerste en tot nu toe enige zelfstandige buitenlandse operatie organiseerde in het kader van de aanwezigheid van de Belgian-Luxemburg Forces in Lebanon (BELUFIL). Hoe kijkt u daarop terug?**

Persoonlijk heb ik positieve herinneringen aan de zes maanden die ik zelf doorbracht in het zuiden van Libanon van bij de start van deze Belgische deelname aan UNIFIL<sup>2</sup>. De eenheid waarover ik toen het bevel had, heeft het veldhospitaal in Tibnin ontplooid en het gros van het eerste medische detachement geleverd. Opnieuw, het was voornamelijk de regering en de buitenlandse politiek van België die bepaalden dat de Medische Component werd ontplooid – en wel voor een vredesondersteunende opdracht onder VN-mandaat. Dat mandaat werd echter aangepast na de Israëliische bombardementen in Libanon in de zomer van 2006. Deze inzet valt m.i. in te delen in het geloof dat het Westen de leiding diende te nemen in het beheersen van conflicten, want samen met BELUFIL waren er nog NAVO- en Europese landen die nieuwe contingents aan UNIFIL leverden. Voordien – en sinds 1976 – bestond die vooral uit derdewereldlanden. De toenmalige Belgische minister van Defensie hechtte veel belang aan deze opdracht en ook aan de humanitaire hulp die werd geboden aan de lokale bevolking. Dat leidde trouwens regelmatig tot fricties met UNIFIL, omdat dat buiten hun mandaat viel.

**Hoe kijken de ‘anciens’ onder uw manschappen daarop terug, zij die daar gediend hebben?**

Het veldhospitaal is meer dan twee jaar geopend gebleven voor blauwhelmen en vooral lokalen, zou ik zeggen. Er werd daar een enorm aantal medische prestaties verricht. Velen van onze medische specialisten zijn meer dan een keer naar Libanon vertrokken doordat er onvoldoende collega’s in de rangen van de Medische Component waren, actieven of reservisten. De meesten hebben zeer positieve herinneringen aan de opdracht, net omdat ze patiënten konden verzorgen. Jammer genoeg zijn er ook moeilijke momenten geweest. We hebben er immers enkele soldaten verloren en voor zij die daar toen waren, zal dat ongetwijfeld ook een blijvende herinnering zijn. Dat toont alleen maar aan dat we elke keer dat we op operatie vertrekken, we wel degelijk aan significante risico’s worden blootgesteld.

---

<sup>2</sup> United Nations Interim Force in Lebanon

Ik vermoed dat, sinds de nieuwe escalatie in het conflict tussen Israël en Hezbollah, de veteranen van BELUFIL, net zoals ik, met een bijzondere bekommernis kijken naar wat zich momenteel in Libanon afspeelt – en ook naar de situatie van de blauwhelmen. Ik hoop dat het recente staakt-het-vuren standhoudt en dat het menselijke leed niet verder toeneemt.

**Een interview over het weliswaar recente verleden, is natuurlijk ook het moment om even een blik te werpen op de toekomst van de Medische Dienst. Vandaar mijn vraag: hoe bent u gestart aan de implementatie van het *NATO Medical Support Capstone Concept*, het fameuze NMSCC<sup>3</sup>?**

Het NAVO-concept dat u vermeldt, vormt een goede basis voor de versterking van de medische steuncapaciteiten in de gewijzigde strategie van de Alliantie, de DDA<sup>4</sup> genaamd. Het is op strategisch niveau uitgewerkt en is het resultaat van een akkoord tussen alle lidstaten. In eerste instantie is het aan de NAVO-commandostructuren om dit te implementeren, maar zoals ik eerder al zei: medische ondersteuning wordt klassiek beschouwd als een nationale verantwoordelijkheid van elke lidstaat. De vertaalslag van de NAVO-strategie in nationaal beleid gebeurt aan de hand van de Belgische strategische plannen die door de regering worden opgesteld. Het laatste dergelijke plan is het zogenaamde STAR-plan. Dat dateert echter van juni 2022, dus van vóór het NMSCC en het werd trouwens ook geschreven vóór de inval in Oekraïne. Het is dus wachten op een nieuw plan voor Defensie, dat verder gaat dan 2030 en ook verder dan wat is opgenomen in het STAR-plan en de militaire programmeringswet die daaraan is gekoppeld. De nieuwe federale regering zal deze taak op zich nemen. Op het niveau van de Medische Component zijn we met de beschikbare capaciteiten de paraatstelling aan het veranderen om ons te trainen op operaties van collectieve verdediging van het bondgenootschap en het grondgebied. Er is echter nog een groot tekort aan uitrusting om naast de kwaliteit ook de kwantiteit aan de noodwendigheden te laten voldoen. We zijn dus in volle transformatie, waarbij het ritme wordt opgelegd door de transformatie van Defensie in haar geheel en dat van de componenten in het bijzonder – zoals bijvoorbeeld het CAMO-project van

<sup>3</sup> Het NMSCC is het allereerste strategische medische steunconcept voor collectieve verdediging van de NAVO dat op 8 december 2022 als deel van het *NATO Warfighting Capstone Concept* door het Militair Comité werd goedgekeurd.

<sup>4</sup> *Deterrence and Defence of the Euro-Atlantic Area*

de Landcomponent met zijn verhoopte timings voor de overgang naar de nieuwe gevechtsdoctrines en formaties.

In NAVO-verband werken we momenteel samen aan de uitwerking van een *medical action plan* dat moet tegemoetkomen aan de vijf belangrijkste uitdagingen waarmee alle militaire medische diensten geconfronteerd worden. Het is nog iets te vroeg om hier meer over te zeggen.

### **Aansluitend op het voorgaande, welke uitdagingen staan er u vandaag en morgen te wachten?**

Het gaat om uitdagingen die het gevolg zijn van de opdracht die ik als *Medical Component Commander* (MCC) heb gekregen: de inzetbaarheid van de actuele troepen van de Medische Component maximaal verhogen en tegelijk de transformatie voorbereiden en uitvoeren op de gepaste ogenblikken.

De staf van de Medische Component heeft voor enkele weken de toekomstige medische modules gedefinieerd die nodig zijn om samen een robuuste behandelings- en evacuatieketen te vormen. Die keten voorziet tevens in een aantal gespecialiseerde modules, zoals ‘CBRN’<sup>5</sup> of ‘preventieve geneeskunde’. Deze definities zijn erkend en bekrachtigd door de Defensiestaf en geven dus aan welke veranderingen in de toekomst moeten aangebracht worden en welke bijkomende middelen hiervoor nodig zullen zijn. Wat dat betreft, verwacht ik duidelijkheid in 2025.

Vandaag werken we aan de medische ondersteuning van de lopende activiteiten en van de operaties van alle componenten of diensten van Defensie die voor 2025 zijn gepland – reële of *stand-by* operaties. Onze paraatstelling is erop gericht om in eerste instantie de kwaliteit te garanderen van die medische ondersteuning en zorgverstrekking, – en dat op een gelijkwaardig niveau met dat van onze burgercollega’s in België. Dat betekent bekwaam, ervaren en getraind medisch personeel in alle functies die moeten worden ingevuld; performante en voldoende uitrusting en voorraden die medische interventies op hoogtechnologisch en therapeutisch niveau toelaten; voorbereidende trainingsactiviteiten tezamen met te steunen detachementen zodat een vlekkeloze integrale samenwerking in het inzetgebied wordt verzekerd; en tot slot, een medisch-ethische training die onze mensen weerbaar maakt voor de realiteit waarmee zij kunnen worden geconfronteerd.

---

<sup>5</sup> Chemische, biologische, radiologische of nucleaire incidenten



**Wat zijn uw beschouwingen en concrete krachtlijnen daaromtrent om uw beleid in de komende drie jaar vorm te geven en/of te ondersteunen?**

Als component *commander* vervul ik geen grote rol in het beleid. Deze rol is weggelegd voor de rechtstreekse medische adviseur van de chef Defensie die begin dit jaar werd aangesteld. Samen met mijn staf zijn wij er vooral om advies te geven inzake de haalbaarheid van bepaalde beleidsopties die ter studie liggen bij de algemene directies en/of stafdepartementen of om te duiden welke implicaties dergelijke opties hebben voor de organisatie, werking, uitrusting of bemanning. Dit is de rol die ik als *Medical Component commander* al drie jaar vervul en waarmee ik mijn bijdrage lever aan de toekomst van Defensie. Beleid voeren vraagt geld en het bepalen van prioriteiten bij het uitgeven ervan. Als Medische Component beheren we amper budgetten en leggen we zeker niet de prioriteiten vast. We zijn een ondersteunende component, een *enabler*, die ook geen gevechtsoverdrachten heeft, maar wel altijd in elk gevecht aan de zijde van de strijders zal staan.



© BE Defence

Montage van het Rol 2 veldhospitaal 2021

**Ten slotte, welke boodschappen en aanbevelingen wil je meegeven aan je manschappen enerzijds en aan de chef Defensie (CHOD) en de overheden van dit land anderzijds? Die moeten binnenkort – laat het ons hopen – de nieuwe politieke koers bepalen.**

Hier kan ik overnemen wat ik vaak poneer: “Invest more in the medical capacities. It is your cheapest weapon system, but one that can save lives”.

De Medische Component groeit al geruime tijd, de verjonging is volop ingezet, de motivatie en het moreel zijn hoog, de drang naar prestaties en de honger naar excellentie in wat we doen, is groot. Op het vlak van mentale en materiële weerbaarheid en uithoudingsvermogen is er nog ruimte voor verbetering en het ‘totale welzijn’ van een heel aantal medewerkers verdient ook nog bijkomende aandacht.

**Dank u, Marc.**

**De trefwoorden zijn: Medische Dienst,  
Medische Component, autonomie, 50ste verjaardag**