

Inhoudsopgave

1	Voorwoord	2
2	Inleiding	3
3	Inhoudelijke hoofdlijnen voor 2011	4
4	Het bedrijf GGD	8
5	Kader bezuinigingen	9
6	Begrotingscijfers 2011 ó 2014	14
7	Risicoparaagraaf	15
8	Lijst met afkortingen	16
9	Bijlagen	17
	9.1 Meerjarenbegroting 2011-2014	17
	9.2 Bijdragen gemeenten	18

Wij staan voor ons product en gaan voor onze klant!

1 Voorwoord

Voor een aantal van u zal dit uw eerste GGD-begroting zijn. De GGD Drenthe is de gemeenschappelijke gezondheidsdienst Drenthe. Dat betekent dat uw gemeente en de andere elf gemeenten eigenaar en aandeelhouder zijn van deze dienst. Daarnaast is de GGD een zorginstelling in de zin van de kwaliteitswet zorginstellingen en valt daarmee onder het toezicht van de inspectie voor de gezondheidszorg. De GGD Drenthe richt zich op de uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wet PG), het betreft dus de uitvoering van wettelijke taken. Daarbij kunt u denken aan de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor de 4 tot 19-jarigen, de uitvoering van de infectieziektebestrijding, de technische hygiënezorg, medische milieukunde, gezondheidsbevordering, beleidsadvisering en epidemiologie.

Daarnaast voert de GGD Drenthe op contractbasis zogenaamde additionele werkzaamheden uit. Dit zijn werkzaamheden die in het verlengde liggen van de publieke gezondheidszorgtaak, maar ook door anderen kunnen worden uitgevoerd. Op basis van de aangeboden kwaliteit en prijs kunnen gemeenten, maar ook anderen zoals bijvoorbeeld de politie Drenthe, deze taken afnemen. Bij deze additionele taken kunt u bijvoorbeeld denken aan reizigersvaccinaties, gemeentelijke lijkschouw, forensische geneeskunde, preventieve logopedie, de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), aanpak kindermishandeling (RAAK), meldpunt huiselijk geweld e.d. Tot slot voert de GGD Drenthe de GHOR¹-taak uit voor de Hulpverleningsdienst Drenthe (HVD).

De GGD Drenthe is van u en is er voor u. De afgelopen jaren is hier fors in geïnvesteerd. Dat betekent dat uw ambtenaren nauw bij de ontwikkeling en uitvoering van het GGD-beleid zijn en worden betrokken. Ditzelfde geldt voor uw colleges. Binnen uw college heeft één wethouder de portefeuille GGD en zit daarmee in het algemeen bestuur van de GGD. Het algemeen bestuur is verantwoordelijk voor de begroting, de jaarrekening en het algemeen beleid. Vanuit het algemeen bestuur wordt een klein dagelijks bestuur van 3 leden gevormd. Deze houden toezicht op de bedrijfsvoering van de GGD en zijn sparringpartner voor de directeur. Daarnaast bereiden zij de vergaderingen van het algemeen bestuur voor. Hierbij zijn uw ambtenaren nauw betrokken.

Op 17 en 19 mei aanstaande organiseert de GGD samen met de Hulpverleningsdienst Drenthe (HVD) en de politie Drenthe en in nauw overleg met de griffiers van de Drentse gemeenteraden een nadere kennismaking met het werk van deze organisaties. Hiervoor ontvangt u nog een separate uitnodiging. Daarnaast kunt u altijd de directeur van de GGD Drenthe uitnodigen om een toelichting te geven en uw vragen te beantwoorden. Hij komt graag naar u toe.

¹ GHOR staat per 1 juli 2010 voor Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio (voorheen Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen)

2 Inleiding

In deze inleiding staan wij eerst kort stil bij de geschiedenis van onze GGD. Dit vinden wij relevant, omdat het bepalend is voor waar de GGD Drenthe nu staat en wat u van de GGD mag en kan verwachten. Hierna gaan wij in op het fenomeen kaderbrief.

Korte geschiedenis

De GGD Drenthe is in 2002 ontstaan als gevolg van een fusie tussen de GGD Zuidoost Drenthe, de GGD Zuidwest Drenthe en de GGD Noord- en Midden Drenthe. In 2005 heeft de inspectie voor de gezondheidszorg aangegeven dat de GGD Drenthe onvoldoende was toegerust voor de uitvoering van de wettelijke taken. Dit heeft geresulteerd in voorstellen van het algemeen bestuur aan de gemeenten om in 2006 de jeugdgezondheidszorg te versterken en in 2008 de algemene gezondheidszorg (AGZ) te versterken. Daarbij is een Drentse uitvoeringsnorm geformuleerd op basis van wetgeving, afspraken binnen de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), het HKZ-systeem² zoals dat op onze GGD van toepassing is en het gezondheidsrisicoprofiel van Drenthe.

In 2006 is de GGD Drenthe geconfronteerd met financiële problemen en problemen in de bedrijfsvoering. In 2007 is daarnaast geprobeerd een nieuwe organisatie te vormen waarbij de GGD, de GHOR en de Hulpverleningsdienst zouden opgaan in één nieuwe organisatie. Dit heeft het niet gered, omdat er op dat moment onder andere nog onvoldoende politiek-bestuurlijk vertrouwen in de GGD bestond. De afgelopen jaren is de bedrijfsvoering van de GGD structureel op orde gebracht, is nadrukkelijk aansluiting gezocht bij het opdrachtgeverschap van en de relatie met de gemeenten, zijn nagenoeg alle HKZ-certificaten gehaald, wordt de GGD Drenthe zowel in het Noorden als landelijk gezien en gerespecteerd en is de uitstraling van de GGD sterk verbeterd. Dit laatste is vooral te danken aan de bijna 180 professionele en enthousiaste medewerkers die staan voor hun product en gaan voor hun klant. Mede dankzij het vertrouwen dat wij van de gemeenten (u dus) kregen, hebben wij daarnaast onze dienstverlening verder kunnen uitbouwen.

Kaderbrief

De afgelopen jaren heeft het GGD-bestuur ervoor gekozen de gemeenten al vroegtijdig bij de totstandkoming van de begroting te betrekken. Dit doet het door alle gemeenten ruim voordat de begroting wordt opgesteld een kaderbrief te sturen, waarin het inhoudelijk beleid en de financiële kaders staan verwoord voor het betreffende begrotingsjaar. Mede op basis van de gemeentelijke reacties stelt het GGD-bestuur vervolgens de begroting op. Deze begroting wordt vervolgens aan de gemeenten voorgelegd in het kader van een zienswijzenprocedure. De termijn die gemeenten hiervoor hebben, heeft de GGD verlengd van 6 naar 10 weken. Hierna stelt het bestuur van de GGD de begroting definitief vast.

De reacties op de kaderbrief van de GGD voor het begrotingsjaar 2011 waren ook nu weer overwegend positief en bevestigend voor de lijn die het GGD-bestuur hierin heeft aangegeven. Wel is aangegeven dat de discussie over de integrale Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zorgvuldig dient plaats te vinden. Een en ander betekent dat u in deze begroting geen nieuwe elementen zult aantreffen behalve dan een nadere uitwerking van hoe het bestuur een en ander ook financieel wil realiseren. Gelet op het feit dat de begroting van de GGD, gelet op het wettelijke takenpakket, op het minimale niveau zit, zal duidelijk zijn dat de voorgestelde bezuiniging toch hard ingrijpt binnen de GGD-organisatie.

² HKZ staat voor Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector.

3 Inhoudelijke hoofdlijnen voor 2011

In dit hoofdstuk beschrijven wij de beleidsvoornemens voor 2011. Daarbij merken wij op dat hierbij geen sprake is van nieuw beleid. Gelet op de bezuinigingen die op ons afkomen, vinden wij dat niet verantwoord. Wel zullen we aan onze wettelijke taken moeten voldoen. Op andere c.q. nieuwe vragen zal de GGD overigens proactief en flexibel blijven reageren.

Zoals eerder aangegeven positioneert de GGD zich nadrukkelijk als de gemeentelijke dienst voor de publieke gezondheidszorg. Waar gewenst en nodig kan de GGD in dit kader ook de regiefunctie op zich nemen voor de uitvoering van een aantal gemeentelijke gezondheidstaken, omdat de GGD als gezondheidsdienst een uitstekende relatie heeft en onderhoudt met de diverse ketenpartners. Daarnaast werken er bij de GGD gezondheidsspecialisten bij uitstek. Bij zowel de regie als uitvoering wordt binnen de financiële en wettelijke kaders zo veel mogelijk gestreefd naar lokaal maatwerk. Waar regionale aanpak vanuit het oogpunt van effectiviteit en efficiëntie de lokale aanpak versterkt, wordt ingezet op bovenlokale samenwerking. Voorbeelden hiervan zijn de recente samenwerking op de preventiethema's alcohol en overgewicht.

Ten opzichte van de andere gezondheidspartners richt de GGD zich op collectieve preventie, openbare gezondheidszorg, risicobeheersing en het zijn van expertisecentrum. Met andere woorden: de GGD houdt zich bezig met de CORE, waar verpleeg- en verzorgingshuizen en bijvoorbeeld de thuiszorg zich bezig houden met de CARE en ziekenhuizen en huisartsen met de CURE. Waar nodig vullen CORE, CARE en CURE elkaar aan of ontwikkelen ze samen specifieke zorgprogramma's om effectieve zorg te kunnen bieden, elk vanuit de eigen verantwoordelijkheid.

Deze elementen zullen zeker een onderdeel gaan vormen van het nieuwe beleidsplan van de GGD zoals dat in 2010 wordt uitgewerkt. Vanzelfsprekend zullen ook de nota's volksgezondheid van de verschillende gemeenten een belangrijke basis vormen voor dit beleidsplan.

In de begroting 2011 zal de ingezette weg van het vergroten van de transparantie van de begroting in meerjarig perspectief worden voorgezet. Met het vaststellen van de activiteitenset van de GGD 2008 en de vertaling daarvan in de begroting 2009, 2010 en volgende jaren heeft het bestuur de GGD-begroting meer transparant gemaakt. Met deze activiteitenset is nu beter inzichtelijk welke taken de GGD wettelijk gesproken voor u moet uitvoeren, welke taken de GGD voor de gemeenten kan uitvoeren en welke taken de GGD voor anderen dan gemeenten uitvoert (de zogenaamde additionele taken). De basistaken zijn daarbij genormeerd, waarbij vooral rekening is gehouden met het uitgangspunt wat minimaal moet. Tevens is in de bedrijfsvoering een duidelijk onderscheid gemaakt in de wijze van dekking van deze verschillende taken en de wijze waarop de bedrijfsvoeringrisico's worden afgedekt. De reguliere bedrijfsvoeringrisico's van de additionele taken drukken namelijk niet meer op de gemeenten. Concreet betekent dit dat de GGD in zijn bedrijfsvoering op dit moment een enorme omslag maakt naar een meer marktconforme werkwijze, waarbij inhoud (lees ook kwaliteit) en efficiency hand in hand gaan. Ook kan de kostprijs van de GGD bijvoorbeeld beter worden vergeleken met andere aanbieders.

In 2010 gaat de GGD voor ieder product prestatie-indicatoren ontwikkelen. Dit proces heeft helaas vertraging opgelopen door de inzet van de GGD bij de aanpak van de Mexicaanse griep, maar in 2010 pakken wij dit met hernieuwde energie op. Daarbij willen wij de

gemeenten als klankbord benutten. Het werken met prestatie-indicatoren betekent niet alleen dat wij als GGD ons inzichtelijker kunnen verantwoorden, maar ook dat de sturingsmogelijkheden toenemen. Dit voor zowel de GGD zelf als voor de gemeenten. Ook dit geeft richting aan het beleid en de inzet in 2011.

Een ander belangrijk vast aandachtspunt voor de GGD blijft het kwaliteitsbeleid. Op dit moment is de jeugdgezondheidszorg en het gros van de producten van de algemene gezondheidszorg HKZ-gecertificeerd. Volgens planning zullen de laatste paar producten in het voorjaar van 2010 HKZ-gecertificeerd zijn. Het HKZ-certificaat biedt geen garantie voor kwaliteit, maar is wel een belangrijke waarborg. Daarnaast betekent het dat er binnen de GGD op een eenduidige wijze door al onze medewerkers (aan kwaliteit) wordt gewerkt.

In de volgende paragrafen zullen wij voor de algemene gezondheidszorg en voor de jeugdgezondheidszorg aangeven wat dit betekent voor 2011.

Algemene Gezondheidszorg (AGZ)

In het kader van het voldoen aan de landelijke eisen, waarop de inspectie voor de gezondheidszorg toezicht houdt, is een aantal afspraken gemaakt voor 2011. In deze paragraaf gaan wij hierop in. Het betreft de volgende zaken:

- Het uitvoeren van de kwaliteitsslag voor de functie SOA bestrijding en seksuele gezondheid;
- Technische Hygiënezorg;
- Verdergaande samenwerking op Noord-Nederlands niveau;
- Ondersteuning bij de cyclus van het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Kwaliteitsslag SOA bestrijding en seksuele gezondheid

In 2011 ligt het accent op de noodzakelijke versterking van de functie SOA bestrijding en seksuele gezondheid. De uitvoering van deze functie vindt plaats binnen het kader van SENSE Noord Nederland, het centrum voor seksuele gezondheid in Groningen, Friesland en Drenthe. In de productbegroting voor 2011, die in 2010 zal worden voorbereid, zullen wij specifiek aangeven wat onze inwoners hiervan gaan merken.

Technische Hygiënezorg (THZ)

De ontwikkelingen in het kader van de Wet kinderopvang in verband met een herziening van het stelsel van gastouderopvang en de ontwikkelingen van een wettelijk verplicht gesteld Landelijk Register kinderopvang en de Gemeenschappelijke Inspectieruimte (GIR) Kinderopvang betekenen een forse toename van het aantal objecten van toezicht en handhaving. Conform de huidige regelgeving inspecteert de GGD de kindercentra in opdracht van gemeenten op diverse kwaliteitscriteria.

Daarbij zou de GGD rechtstreeks toezicht moeten houden op de kwaliteit op alle adressen waar gastouderopvang plaatsvindt. Omdat het (ook financieel) ondoenlijk is, wordt vanaf 2010 gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe vormen van toezicht binnen de landelijke regelgeving. Hierdoor kan meer maatwerk gerealiseerd worden. Een voorbeeld kan zijn risicogestuurd toezicht voor kindercentra. Dit moet in 2010 uitgewerkt zijn en zal in nauw overleg met gemeenten gebeuren en passen binnen de kaders die gemeenten daarvoor stellen. Gemeenten zijn immers verantwoordelijk voor de handhaving en het toezicht op de kwaliteit

van de kinderopvang. De eerste implementatie zal gebeuren in 2010 waarna in 2011 de uitrol van de totale aanpak van inspecties binnen de kinderopvang, het peuterspeelzaalwerk en de gastouderopvang zal plaatsvinden.

Verdergaande samenwerking op Noord-Nederlands niveau

Om de kwaliteit van de inzet van Algemene Gezondheidszorg (AGZ) te borgen en de kwetsbaarheid van de veelheid aan producten te verminderen, vinden wij samenwerking op Noord-Nederlands niveau van groot belang. Hier zullen wij ook in 2011 nader invulling aan geven.

Ondersteuning cyclus gezondheidsbeleid

De nieuwe cyclus van het volksgezondheidsbeleid start in 2010 weer met de publicatie van Volksgezondheidstoekomstverkenning (VTV) door het RIVM. Deze wordt in het najaar 2010 gevolgd door de Rijkspreventienota en de handleidingen voor de gemeentelijke nota's, die, zoals bepaald in de 2^e tranche van de Wet PG, voor de periode 2011-2015 moeten worden opgesteld. Vanuit de GGD zal integraal vanuit de functies beleidsadvisering, epidemiologie en gezondheidsbevordering, zoals gemeenten gewend zijn, ondersteuning geboden worden bij de gemeentelijke invulling van deze cyclus. Basis hiervoor zijn de gezondheidsprofielen die per gemeente in 2010 worden opgesteld. Op basis hiervan kan iedere gemeente een gericht en effectief openbaar gezondheidsbeleid voeren. Daarbij zal nadrukkelijk worden ingezoomd op de gezondheidsproblemen die vanuit een lage sociaal economische status (SES) ontstaan en op de vraag hoe deze effectief kunnen worden aangepakt. Daarnaast worden specifieke gezondheidsrisico's voor gemeenten in beeld gebracht en aangegeven hoe deze kunnen worden bestreden.

Overigens kunnen gemeenten, indien gewenst, deze integrale ondersteuning vanuit de drie genoemde functies ook verwachten specifiek voor het thema jeugd. Basis hiervoor is het periodieke jeugdonderzoek, waarvan de resultaten ultimo 2009 per gemeente worden gepresenteerd.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Ook voor wat betreft de JGZ zal het in 2011 niet gaan over de ontwikkeling van nieuwe beleidsvoornemens, maar op het verder uitwerken van het in gang gezette beleid en gemaakte afspraken, waar de gemeenten zelf een steeds belangrijkere rol te vervullen krijgen. Wij noemen hier een aantal zaken die wij in 2011 zullen uitvoeren:

- Het leveren van een bijdrage aan (de ontwikkeling van) de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG);
- Integrale Jeugdgezondheidszorg 0 - 19;
- Positief Opvoeden Drenthe;
- Advisering (jeugd-)beleid en uitvoering.

Het leveren van een bijdrage aan (de ontwikkeling van) de CJG's

Ook in 2011 zal de GGD graag blijven bijdragen aan (de verdere ontwikkeling van) de CJG's in Drenthe. Dit jaar is het jaar waarin het dekkend netwerk van CJG's moet ontstaan. Vanuit de ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg, onder meer de invoering van het digitale kinddossier en de invoering van Triage, kan een goede bijdrage geleverd worden en kan beter worden aangesloten op de lokale ontwikkelingen. Ook vanuit de werksoorten OGGZ,

Huiselijk Geweld en de coördinatie van de aanpak Kindermishandeling kan een bijdrage geleverd worden in het CJG. Hierbij is de verbetering van de coördinatie op risicosituaties binnen gezinnen een belangrijk aandachtspunt.

Integrale Jeugdgezondheidszorg 0 - 19

Op 1 januari 2003 zijn de middelen voor de JGZ voor 0 tot 4-jarigen overgeheveld van de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de gemeenten. Gemeenten kregen daarmee de zeggenschap over de totale jeugdgezondheidszorg. Doel van deze verandering was het realiseren van integrale Jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19-jarigen. Het is daarbij van belang dat er sprake is van continuïteit in de zorg aan het kind en de ouders, dus in een doorlopende lijn van 0 tot 19 jaar. Door de VNG, het platform van GGD-bestuurders en de inspectie van de gezondheidszorg wordt naar aanleiding van de evaluatie in 2006 aangegeven dat dit het beste kan worden gerealiseerd door dit ook organisatorisch eenduidig te organiseren. Omdat dit een discussie is die valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en die dus het bestuur van de GGD overstijgt, heeft het bestuur van de GGD de gemeenten gevraagd de discussie hierover binnen VDG-verband te voeren en hierover uiterlijk in de eerste helft van 2010 een advies te laten opstellen. Een en ander kan consequenties hebben voor de activiteiten in 2011.

Positief Opvoeden Drenthe

In 2011 werken we verder aan de implementatie van Positief Opvoeden Drenthe. Positief Opvoeden Drenthe richt zich op het voorkomen van psychosociale problematiek bij alle kinderen. Het programma kan worden ingepast in het bestaande aanbod van organisaties, dus ook het aanbod van de GGD. Deze methodiek zorgt er voor dat ketenpartners gezamenlijk dezelfde taal spreken bij het bieden van opvoedingsondersteuning van licht tot zwaar en er wordt gewerkt met dezelfde materialen. Hierdoor wordt de herkenbaarheid voor ouders vergroot. Ook de verdeling van verantwoordelijkheden tussen ketenpartners wordt duidelijker en interventies sluiten beter op elkaar aan. De implementatie van Positief Opvoeden Drenthe start in 2010 en wordt vanaf dan over alle gemeenten uitgerold. Daarbij krijgt Positief Opvoeden een duidelijke plek binnen de Centra voor Jeugd en Gezin.

4 Het bedrijf GGD

Het bedrijf GGD ontwikkelt zich in een hoog tempo. Naast de gebruikelijke zaken als bijvoorbeeld de verdere ontwikkeling en borging van het sociaal beleid en bijvoorbeeld ICT-beleid, de continue aandacht voor het ziekteverzuim en opleiding/ontwikkeling staan voor 2011 de volgende zaken op het programma:

- Het werken met een productbegroting inclusief prestatie-indicatoren;
- De gewenste integratie van de middelenfunctie met die van de hulpverleningsdienst Drenthe;
- Samenwerking met de GGD Fryslân en de GGD Groningen;
- De mogelijke integratie van de jeugdgezondheidszorg 0 ó 19.

Productbegroting en prestatie-indicatoren

In 2010 wordt een geheel nieuwe productbegroting inclusief een aantal daarbij behorende prestatie-indicatoren uitgewerkt. Met ingang van 2011 is deze productbegroting een belangrijk instrument binnen de bedrijfsvoering van de GGD. Op basis van deze productbegroting zal ook een productrekening worden gemaakt, die de basis vormt voor de programmarekening zoals deze aan de gemeenten zal worden aangeboden, voordat deze ter goedkeuring aan het algemeen bestuur van de GGD wordt voorgelegd.

Integratie middelenfunctie met die van de HVD

Ook de directie en het bestuur van de hulpverleningsdienst Drenthe heeft inmiddels de noodzaak voor een integratie van de middelenfunctie onderschreven. Het is nu de bedoeling dat in 2010 een gezamenlijk plan van aanpak wordt ontwikkeld op basis waarvan deze integratie uiteindelijk een feit zal zijn. Een belangrijk vraagpunt daarbij is de termijn waarop dit moet zijn gerealiseerd. Voor wat betreft de GGD is de insteek dat dit uiterlijk in 2012 moet zijn gerealiseerd.

Samenwerking Noordelijke GGDøen

In 2009 is een convenant gesloten om te kijken of en in hoeverre met name de functies binnen de algemene gezondheidszorg zouden kunnen gaan samenwerken. De achterliggende gedachte was hierbij dat samenwerking noodzakelijk is om de kwaliteit en continuïteit, ook op regionaal niveau, te kunnen blijven waarborgen. In 2010 moet dit leiden tot de eerste concrete plannen om hieraan vorm en inhoud te geven. Naar verwachting zal dit in 2011 dan kunnen leiden tot de uitvoering ervan.

Mogelijke integratie jeugdgezondheidszorg

Wanneer de gemeenten in 2010 zouden besluiten tot de integratie van de jeugdgezondheidszorg in Drenthe, dan zal dat in 2011 zeker gevolgen hebben voor het bedrijf GGD. Omdat de besluitvorming hierover nog niet zover is, kunnen we daar op dit moment niet nader op ingaan.

5 Kader bezuinigingen

Al eerder heeft het algemeen bestuur van de GGD aangegeven dat een gemeenschappelijke regeling ook financieel met de gemeenten samen de trap op en de trap af gaat. Dat betekent dat ook de GGD zich aansluit bij de 0-lijn voor 2011, exclusief de nominale ontwikkeling waarvan mogelijk nog sprake zal zijn. Tevens heeft het GGD-bestuur besloten om de huisvestingsproblematiek zoals eerder aangegeven in de risicoparagraaf, binnen de eigen begroting op te lossen. Deze beide zaken betekenen dat de GGD zich gesteld ziet voor een feitelijke bezuiniging binnen het basistakenpakket.

Belangrijk uitgangspunt is de in 2008 vastgestelde meerjarenbegroting. Zoals hierboven aangegeven zal met deze meerjarenbegroting als basis voor 2011 de 0-lijn worden gevolgd. In deze meerjarenbegroting is uitgegaan van het minimale uitvoeringsniveau waaraan de GGD landelijk moet voldoen. Dat betekent dat het bestuur er vanuit gaat dat de uitvoering van het basistakenpakket minimaal blijft voldoen aan de eisen vanuit de VNG, de kwaliteitseisen vanuit de HKZ en de eisen die de inspectie voor de gezondheidszorg stelt. Daar waar dit door samenwerking kan worden gerealiseerd, heeft dit de voorkeur van het bestuur.

Twee scenario's

Het bestuur heeft twee bezuinigingsscenario's voor 2011 laten uitwerken. Het scenario zoals reeds aangekondigd in de kaderbrief en het scenario op basis van de brief van het VDG-bestuur.

Scenario kaderbrief

Het scenario zoals dat in de kaderbrief is aangegeven, betreft het volgende:

- Het hanteren van de 0-lijn voor 2011 ten opzichte van het jaar 2010;
- Het zelf oplossen van de huisvestingsproblematiek. Dit laatste betekent dat binnen en met de bezuinigingstaakstelling de huisvestingsproblematiek ook financieel kan worden opgelost.

Begroting 2010		Begroting 2011	
þ	8.785.000	þ	8.958.000
	0-lijn	þ	173.000
	Huisvesting	þ	207.000
	Scenario 1	þ	380.000

Scenario VDG-brief

Het scenario zoals dat in de brief van het VDG-bestuur staat aangegeven, betreft een bezuiniging van 5%. Daarbij is het GGD-bestuur net als in scenario 1 eerst uitgegaan van de 0-lijn en het binnen de bezuiniging oplossen van de huisvestingsproblematiek.

Begroting 2010		Begroting 2011	
þ	8.785.000	þ	8.958.000
	0-lijn	þ	173.000
	-5%	þ	440.000 ³
	Scenario 2	þ	613.000

Inhoudelijke uitgangspunten bezuinigingen

Het bestuur heeft bij de bespreking van de bezuinigingen een aantal inhoudelijke uitgangspunten gehanteerd. Dit vanuit de bestuurlijke verantwoordelijkheid die het GGD-bestuur heeft voor de uitvoering van de wettelijke taken en het toezicht dat daarop plaatsvindt. Daarbij is ook gekeken naar de risico's die gemeenten gaan lopen wanneer de bezuinigingen ten koste gaan van het vastgestelde uitvoeringsniveau van het basistakenpakket. Deze inhoudelijke uitgangspunten zijn:

- De bezuinigingen betreffen het basistakenpakket. Het basistakenpakket wordt betaald door alle Drentse gemeenten op basis van de gemeenschappelijke regeling;
- Het basistakenpakket bestaat uit de wettelijke taken die de GGD Drenthe moet uitvoeren op basis van de Wet PG;
- Met het besluit de Jeugdgezondheidszorg en de Algemene Gezondheidszorg op het minimale niveau te brengen, voldoet de GGD en daarmee het GGD-bestuur aan het minimale wettelijke- en kwaliteitskader voor de uitvoering van het basistakenpakket;
- De GGD Drenthe voldoet hiermee derhalve aan de eisen en normen voor de uitvoering van de verschillende basistaken zoals deze door de inspectie voor de gezondheidszorg, maar voor een aantal taken ook door de VNG zijn gesteld;
- Op basis van deze eisen en normen voor de verschillende basistaken voldoet de GGD daarnaast aan de eisen van de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitseisen Zorginstellingen), waarmee de GGD voldoet aan de kwaliteitswet zorginstellingen;
- Een en ander betekent dat de risico's voor de volksgezondheid van onze inwoners in Drenthe bij de uitvoering van dit basistakenpakket afdoende kunnen worden beheerst.

Financiële uitgangspunten bezuinigingen

Naast een aantal inhoudelijke uitgangspunten heeft het GGD-bestuur ook een aantal financiële uitgangspunten geformuleerd. Deze zijn:

- De bezuinigingen dienen concreet en realistisch te zijn;
- Incidentele kosten als gevolg van de bezuinigingen moeten zoveel mogelijk worden voorkomen. Bezuinigingen kunnen incidentele kosten met zich meebrengen, bijvoorbeeld omdat het sociaal statuut van toepassing moet worden verklaard;
- Eventuele toch aanwezige incidentele kosten moeten zo mogelijk binnen de begroting van de GGD worden opgevangen;
- Bezuinigingen binnen de GGD mogen niet leiden tot structurele meeruitgaven elders c.q. bij gemeenten.

³ Hierbinnen wordt een bedrag van þ 207.000 gereserveerd om het huisvestingsprobleem van de GGD op te lossen. Dit is analoog aan scenario 1.

Uitwerking scenario 1

Gelet op de geformuleerde uitgangspunten is in eerste instantie gekeken naar de mogelijkheden die de GGD heeft om te bezuinigen binnen de bedrijfsvoering van de GGD. Hiermee zou de uitvoering van het basistakenpakket voor gemeenten op het vereiste minimale niveau moeten kunnen blijven plaatsvinden. Deze exercitie levert een bezuinigingsresultaat op van p 415.000 structureel. Om gemeenten een indruk te geven hoe deze bezuinigen binnen de GGD worden gerealiseerd, laten wij onderstaand staatje zien:

Bezuinigingsmaatregelen	
Contracten/inkoop	p 100.000
Interne bedrijfsvoering	p 115.000
Personeel	p 145.000
Doorberekening secundaire kosten additioneel	p 55.000
Totaal	p 415.000

Uitwerking scenario 2

Scenario 2 betekent dat ten opzicht van scenario nog \pm p 200.000 meer wordt bezuinigd. Dit lukt alleen wanneer dit ten koste gaat van het basistakenpakket. Omdat hierbij sowieso geen rekening meer kan worden gehouden met de inhoudelijke uitgangspunten is vooral gekeken naar de geformuleerde financiële uitgangspunten. Op basis hiervan komt het bestuur tot de volgende insteek:

Bezuinigingsmaatregelen scenario 2	
Uitkomst scenario 1	p 415.000
Minimaliseren medische milieukunde tot incidentenregie	p 150.000
Schrappen bereik- en beschikbaarheid zorg & veiligheid	p 50.000
Totaal	p 615.000

De reden dat het bestuur voor bovenstaande zaken kiest, is vooral ingegeven door de volgende argumenten:

- Beide zaken maken deel uit van de kwaliteitsslag zoals deze per 1 januari 2010 zou worden uitgevoerd. Door dit stil te leggen wordt niet alleen de betreffende bezuiniging gerealiseerd, maar worden ook incidentele kosten voorkomen;
- Een alternatief voor het schrappen van beide zaken is het doorvoeren van een bezuinigingstaakstelling die alle basistaken van de GGD raakt, de zogenaamde kaasschaafmethode. Gelet op het geformuleerde minimale uitvoeringsniveau betekent dit echter dat alle taken niet meer voldoen aan het wettelijk minimale niveau en de

eisen en normen vanuit de HKZ en de VNG. Om deze reden prefereert het bestuur dan forsere ingrepen binnen enkele basistaken.

Natuurlijk heeft scenario 2 consequenties voor de gemeenten. Deze zullen wij hieronder zo goed mogelijk proberen te duiden:

- Het alleen uitvoeren van incidentenregie op het gebied van medische milieukunde betekent dat gemeenten bij incidenten en calamiteiten geen beroep meer kunnen doen op de reguliere ondersteuning van de GGD, maar alleen op een deskundige verwijfsfunctie en dat alleen tijdens kantoortijden;
- Ook de reguliere advies- en onderzoeksfunctie zal zijn geminimaliseerd. Dat betekent dat gemeenten in veel gevallen externe deskundigheid bij medisch milieukundige vraagstukken zullen moeten inhuren. Zaken waarbij onze medisch milieukunde de afgelopen jaren betrokken werden, zijn bijvoorbeeld: de uitstoot van mogelijk gevaarlijke stoffen door een fabriek voor de inwoners, de advisering over de locatie van hoogspanningsmasten in het kader van een nieuw bestemmingsplan voor woningbouw, de gevolgen van een brand waar mogelijk gevaarlijke stoffen bij zijn vrijgekomen voor het al dan niet binnen moeten houden van vee en het geschikt zijn van de melk voor consumptie, klachten van bewoners ten aanzien van de klimaatinstallatietechnologie die in de woningen is toegepast, onrust bij omwonenden over de locatie van een aantal GSM-zendmasten e.d.;
- Daarnaast zal de bezuiniging bij medische milieukunde betekenen dat de noodzakelijke kennis onvoldoende zal kunnen worden bijgehouden en dat de continuïteit niet kan worden gewaarborgd en daarmee gegarandeerd;
- Voor wat betreft het kunnen garanderen van een actiecentrum GGD zoals dat beschikbaar moet zijn bij incidenten en calamiteiten, mede ter ondersteuning van de GHOR, is dit buiten kantooruren niet meer mogelijk. Hierover zal vanzelfsprekend overleg met het bestuur van de veiligheidsregio moeten plaatsvinden. Een belangrijk gemeentelijk proces zoals nazorg, dat feitelijk direct na de gewaarwording van een incident of ramp wordt geïnitieerd, wordt daarmee ook voor het medische domein buiten kantooruren een verantwoordelijkheid van de gemeenten;
- Tot slot betekent dit dat gemeenten feitelijk zelf verantwoordelijk en aansprakelijk worden voor deze functies zoals in de wet vastgelegd. Dat betekent dat de inspectie voor de gezondheidszorg in voorkomende gevallen door de GGD naar de betreffende gemeente zal worden doorgestuurd.

In de tabel op de volgende pagina hebben wij overigens aangegeven wat de meeropbrengsten van scenario 2 voor de gemeenten betekenen. Naast de aangegeven inhoudelijke argumenten zouden in financieel opzicht deze meeropbrengsten moeten worden afgezet tegen de kosten van een incidentele inzet.

Gemeente	Inwoners *	Bedrag pro-rata
Borger-Odoorn	26.169	10.688
Coevorden	35.903	14.663
Emmen	109.465	44.707
Hoogeveen	54.643	22.317
Meppel	32.075	13.100
De Wolden	23.480	9.590
Westerveld	19.295	7.880
Aa en Hunze	25.644	10.473
Assen	66.215	27.043
Midden Drenthe	33.566	13.709
Noordenveld	31.038	12.676
Tynaarlo	32.202	13.152
Totaal Drenthe	489.695	190.000

* Inwoneraantal CBS voorlopige aantallen per 1-1-2009

Andere bezuinigingsmogelijkheden

Binnen het GGD-bestuur is ook nagedacht over mogelijke alternatieve bezuinigingsmogelijkheden voor gemeenten, die wel een relatie hebben met het basistakenpakket van de GGD c.q. de wettelijke taken waarvoor gemeenten verantwoordelijk zijn. Daarbij zijn twee alternatieven aan de orde gekomen die wij de gemeenten ter overweging willen meegeven.

De eerste betreft de wijze waarop gemeenten op dit moment regelmatig externe inhuur plegen om een aantal taken op het gebied van de volksgezondheid te kunnen uitvoeren. Naar de mening van het GGD-bestuur zou dit goedkoper moeten kunnen worden georganiseerd door hierbij de GGD als gemeentelijke dienst beter te benutten. Het voorstel is daarom hiervoor een werkgroep van ambtenaren en medewerkers van de GGD in te stellen die de gemeenten en het GGD-bestuur hierover nog dit jaar zal adviseren. Omdat het voor een aantal gemeenten in de praktijk moeilijk blijkt de kwaliteit en continuïteit van het beleidsterrein volksgezondheid te kunnen waarborgen, zou de idee in de opdracht meegenomen kunnen worden, om te onderzoeken wat bundeling van deze functies bij de GGD in dit kader zou opleveren.

Een tweede alternatief heeft te maken met de discussie die thans gevoerd wordt over de integrale jeugdgezondheidszorg. Naar verwachting van het GGD-bestuur moet het onderbrengen van de jeugdgezondheidszorg 0 - 4 en de jeugdgezondheidszorg 4 - 19 voor gemeenten tot een financiële besparing kunnen leiden. Het GGD-bestuur vindt dit in ieder geval de moeite van het onderzoeken waard.

Conclusie

Op basis van bovenstaande kiest het GGD-bestuur, mede op basis van het kunnen waarmaken van de eigen verantwoordelijkheid en daarmee feitelijk met de verantwoordelijkheid van gemeenten voor het opnemen van scenario 1 in de begroting voor 2011 en volgende jaren. In het volgende hoofdstuk treft u de uitwerking hiervan derhalve aan in de concept GGD-begroting 2011 ó 2014.

6 Begrotingscijfers 2011 ó 2014

Zoals aangegeven in de begroting die u vorig jaar is aangeboden en de reacties die wij daarop vanuit de gemeenten hebben gekregen, is de begroting 2011 verder aangepast. Dat betekent dat wij de lasten en baten per programma en onderscheiden naar gemeenten en derden hebben opgenomen. Een andere verandering ten opzichte van het jaar 2010 (zie bijlagen) is dat het additionele product forensische geneeskunde sterk in prijs, maar ook in inkomsten, lijkt te zijn gestegen. De belangrijkste reden voor deze stijging is echter dat de kosten en inkomsten van dit product vanuit de avond-, nacht- en weekenduren nu ook via de GGD-begroting lopen. Zoals u in onderstaande tabel kunt afleiden aan de inwonerbijdrage is bezuinigingsscenario 1 geheel verwerkt. Dat betekent dat de 0-lijn ten opzichte van de begroting 2010 is gerealiseerd, evenals het opvangen van de huisvestingsproblematiek in de eigen begroting. Hiermee is een bezuiniging van circa 5% gerealiseerd, zonder dat de uitvoering van het basistakenpakket op het vastgestelde minimale niveau in gevaar komt.

Een tweede opmerking die voor u van belang is dat het RIVM ons heeft gevraagd vanaf 2010 het Rijksvaccinatieprogramma te verzorgen. Dit is een basistaak voor de GGDën in Nederland (de GGD Drenthe was nog de enige GGD die dit niet deed) en wordt geheel betaald met Rijksgeld. U treft dit apart aan onder het programma basistaken Jeugdgezondheidszorg.

Programmabegroting 2011		2011		
		Lasten	Baten	Saldo
Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg	Gemeenten	5.144.296	9.180	5.135.116
Rijksvaccinatieprogramma	Derden	107.694	107.694	-
Basistakenpakket Algemene Gezondheidszorg	Gemeenten	3.608.065	88.934	3.519.131
Additionele taken Jeugdgezondheidszorg	Gemeenten	188.488	-	188.488
Product praktijkopleiding	Derden	4.500	4.500	-
Product KDC Promens	Derden	9.000	9.000	-
		201.988	13.500	188.488
Additionele taken Algemene Gezondheidszorg	Gemeenten	1.116.910	-	1.116.910
Vaccinaties	Derden	607.674	607.674	-
Forensische geneeskunde	Derden	459.590	459.590	-
		2.184.175	1.067.264	1.116.910
GHOR-bureau	Bestuur VR	782.753	782.753	-
Totaal		12.028.970	2.069.325	9.959645
Bijdrage per inwoner voor basistakenpakket				17,67
Was in 2010				17,75

7 Risicoparagraaf

De afgelopen jaren heeft qua financiële beheersing vooral in het teken gestaan van risicobeheersing. De risico's vanuit de financiële bedrijfsvoering van de GGD zijn de afgelopen jaren verder teruggebracht. Op dit moment zijn er nog twee risico's die de aandacht vragen. Dit betreft de ontwikkeling van de algemene reserve en de afhandeling van de dienstverbanden van de forensisch geneeskundigen.

Ontwikkeling van de algemene reserve

Mede gelet op de vorige paragraaf zal de algemene reserve van de GGD niet op het minimale niveau van 5% van het volume van de begroting voor het basistakenpakket zitten. Op dit moment is dat echter bestuurlijk aanvaardbaar. Dit heeft onder andere te maken met de ontwikkeling van deze risicoparagraaf.

Afhandeling dienstverbanden forensisch geneeskundigen

Vorig jaar hebben wij onderzoek laten doen naar de wijze waarop de dienstverbanden met onze forensisch geneeskundigen waren vormgegeven. Daarbij bleek de situatie zoals deze sinds de fusie bestond de toets der kritiek niet te kunnen doorstaan voor een aantal fiscale aspecten. Per 1 januari 2010 hebben wij een en ander fiscaal correct vormgegeven en zijn wij met de belastingdienst in gesprek over de wijze van afhandeling voor wat betreft de voorgaande jaren.

8 Lijst met afkortingen

AGZ	-	Algemene Gezondheidszorg
AWBZ	-	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CJG	-	Centrum voor Jeugd en Gezin
GGD	-	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHOR	-	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de regio (vanaf 1 juli 2010)
GIR	-	Gemeenschappelijke Inspectieruimte
HKZ	-	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HVD	-	Hulpverleningsdienst Drenthe
JGZ	-	Jeugdgezondheidszorg
KDC	-	Kinderdagcentrum
OGGZ	-	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RAAK	-	Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling
RIVM	-	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SES	-	Sociaal economische status
SOA	-	Seksueel overdraagbare aandoening
THZ	-	Technische Hygiënezorg
VDG	-	Vereniging Drentse Gemeenten
VNG	-	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VTV	-	Volksgezondheidstoekomstverkenning
Wet PG	-	Wet publieke gezondheid

9 Bijlagen

9.1 Meerjarenbegroting 2011-2014

Programma			2011			2012		
			lasten	baten	saldo	lasten	baten	saldo
1	Basistakenpakket Jeugdgezond	Gemeenten	5.144.296	9.180	5.135.116	5.221.460	9.318	5.212.142
	Rijks Vaccinatie Programma	Derden	107.694	107.694	-	109.309	109.309	-
			5.251.990	116.874	5.135.116	5.330.769	118.627	5.212.142
2	Basistakenpakket Algemene ge	Gemeenten	3.608.065	88.934	3.519.131	3.662.186	90.268	3.571.918
3	Additionele taken Jeugdgezond	Gemeenten	188.488	-	188.488	192.258	-	192.258
	Product Praktijkopleiding	Derden	4.500	4.500	-	4.500	4.500	-
	Product KDC Promens	Derden	9.000	9.000	-	9.000	9.000	-
			201.988	13.500	188.488	205.758	13.500	192.258
4	Additionele taken Algemene ge	Gemeenten	1.116.910	-	1.116.910	999.458	-	999.458
	Vaccinaties	Derden	607.674	607.674	-	621.868	621.868	-
	Forensische zorg	Derden	459.590	459.590	-	470.590	470.590	-
			2.184.175	1.067.264	1.116.910	2.091.915	1.092.458	999.458
5	GHOR bureau	GHOR	782.753	782.753	-	798.408	798.408	-
Totaal			12.028.970	2.069.325	9.959.645	12.089.036	2.113.260	9.975.776

Programma			2013			2014		
			lasten	baten	saldo	lasten	baten	saldo
1	Basistakenpakket Jeugdgezond	Gemeenten	5.299.782	9.457	5.290.324	5.379.279	9.599	5.369.679
	Rijks Vaccinatie Programma	Derden	110.949	110.949	-	112.613	112.613	-
			5.410.731	120.407	5.290.324	5.491.892	122.213	5.369.679
2	Basistakenpakket Algemene ge	Gemeenten	3.717.118	91.622	3.625.497	3.772.875	92.996	3.679.879
3	Additionele taken Jeugdgezond	Gemeenten	196.103	-	196.103	199.045	-	199.045
	Product Praktijkopleiding	Derden	4.568	4.568	-	4.636	4.636	-
	Product KDC Promens	Derden	9.135	9.135	-	9.272	9.272	-
			209.806	13.703	196.103	212.953	13.908	199.045
4	Additionele taken Algemene ge	Gemeenten	1.019.447	-	1.019.447	1.034.738	-	1.034.738
	Vaccinaties	Derden	634.305	634.305	-	646.991	646.991	-
	Forensische zorg	Derden	477.649	477.649	-	484.813	484.813	-
			2.131.401	1.111.954	1.019.447	2.166.543	1.131.805	1.034.738
5	GHOR bureau	GHOR	810.384	810.384	-	822.539	822.539	-
Totaal			12.279.439	2.148.068	10.131.371	12.466.803	2.183.461	10.283.341

Conform de door de Hulpverleningsdienst Drenthe opgestelde meerjarenbegroting is ingaande 2012 vooralsnog rekening gehouden met een indexatie van 1,5%.

9.2 Bijdragen gemeenten

Bijdragen per gemeente		2011		2012		2013		2014	
Gemeenten	1-1-2009 inwoner aantal	AGZ		AGZ		AGZ		AGZ	
Aa en Hunze	25.644	p 7,19	p 184.287	p 7,29	p 187.052	p 7,40	p 189.857	p 7,51	p 192.705
Assen	66.215	p 7,19	p 475.846	p 7,29	p 482.983	p 7,40	p 490.228	p 7,51	p 497.582
Borger-Odoorn	26.169	p 7,19	p 188.060	p 7,29	p 190.881	p 7,40	p 193.744	p 7,51	p 196.650
Coevorden	35.903	p 7,19	p 258.012	p 7,29	p 261.883	p 7,40	p 265.811	p 7,51	p 269.798
De Wolden	23.480	p 7,19	p 168.736	p 7,29	p 171.267	p 7,40	p 173.836	p 7,51	p 176.444
Emmen	109.465	p 7,19	p 786.656	p 7,29	p 798.456	p 7,40	p 810.433	p 7,51	p 822.589
Hoogeveen	54.643	p 7,19	p 392.685	p 7,29	p 398.575	p 7,40	p 404.554	p 7,51	p 410.622
Meppel	32.075	p 7,19	p 230.503	p 7,29	p 233.960	p 7,40	p 237.470	p 7,51	p 241.032
Midden-Drenthe	33.566	p 7,19	p 241.218	p 7,29	p 244.836	p 7,40	p 248.509	p 7,51	p 252.236
Noordenveld	31.038	p 7,19	p 223.051	p 7,29	p 226.396	p 7,40	p 229.792	p 7,51	p 233.239
Tynaarlo	32.202	p 7,19	p 231.416	p 7,29	p 234.887	p 7,40	p 238.410	p 7,51	p 241.986
Westerveld	19.295	p 7,19	p 138.661	p 7,29	p 140.741	p 7,40	p 142.852	p 7,51	p 144.995
TOTAAL AGZ	489.695	p 7,19	p 3.519.131	p 7,29	p 3.571.918	p 7,40	p 3.625.497	p 7,51	p 3.679.879

Gemeenten	Inwoneraantal 4 - 19 jaar	JGZ		JGZ		JGZ		JGZ	
Aa en Hunze	4.767	p 56,40	268.859	p 57,25	272.892	p 58,10	276.986	p 58,98	281.140
Assen	12.855	p 56,40	725.023	p 57,25	735.899	p 58,10	746.937	p 58,98	758.141
Borger-Odoorn	4.838	p 56,40	272.864	p 57,25	276.957	p 58,10	281.111	p 58,98	285.328
Coevorden	6.542	p 56,40	368.969	p 57,25	374.504	p 58,10	380.122	p 58,98	385.823
De Wolden	4.733	p 56,40	266.942	p 57,25	270.946	p 58,10	275.010	p 58,98	279.135
Emmen	19.540	p 56,40	1.102.058	p 57,25	1.118.589	p 58,10	1.135.367	p 58,98	1.152.398
Hoogeveen	10.034	p 56,40	565.919	p 57,25	574.407	p 58,10	583.023	p 58,98	591.769
Meppel	5.939	p 56,40	334.960	p 57,25	339.985	p 58,10	345.084	p 58,98	350.261
Midden-Drenthe	6.486	p 56,40	365.811	p 57,25	371.298	p 58,10	376.868	p 58,98	382.521
Noordenveld	5.775	p 56,40	325.711	p 57,25	330.596	p 58,10	335.555	p 58,98	340.588
Tynaarlo	6.171	p 56,40	348.045	p 57,25	353.266	p 58,10	358.565	p 58,98	363.943
Westerveld	3.368	p 56,40	189.956	p 57,25	192.805	p 58,10	195.697	p 58,98	198.632
TOTAAL JGZ	91.048	p 56,40	p 5.135.116	p 57,25	p 5.212.142	p 58,10	p 5.290.324	p 58,98	p 5.369.679

Gemeenten	Inwonertal per 1-1-2009	BASIS		BASIS		BASIS		BASIS	
Aa en Hunze	25.644	p 17,67	p 453.147	p 17,94	p 459.944	p 18,20	p 466.843	p 18,48	p 473.846
Assen	66.215	p 18,14	p 1.200.869	p 18,41	p 1.218.882	p 18,68	p 1.237.165	p 18,96	p 1.255.723
Borger-Odoorn	26.169	p 17,61	p 460.924	p 17,88	p 467.838	p 18,15	p 474.855	p 18,42	p 481.978
Coevorden	35.903	p 17,46	p 626.982	p 17,73	p 636.386	p 17,99	p 645.932	p 18,26	p 655.621
De Wolden	23.480	p 18,56	p 435.678	p 18,83	p 442.213	p 19,12	p 448.846	p 19,40	p 455.579
Emmen	109.465	p 17,25	p 1.888.714	p 17,51	p 1.917.045	p 17,78	p 1.945.800	p 18,04	p 1.974.987
Hoogeveen	54.643	p 17,54	p 958.603	p 17,81	p 972.983	p 18,07	p 987.577	p 18,34	p 1.002.391
Meppel	32.075	p 17,63	p 565.463	p 17,89	p 573.945	p 18,16	p 582.554	p 18,43	p 591.292
Midden-Drenthe	33.566	p 18,08	p 607.029	p 18,36	p 616.134	p 18,63	p 625.376	p 18,91	p 634.757
Noordenveld	31.038	p 17,68	p 548.761	p 17,95	p 556.993	p 18,21	p 565.347	p 18,49	p 573.828
Tynaarlo	32.202	p 17,99	p 579.461	p 18,26	p 588.152	p 18,54	p 596.975	p 18,82	p 605.929
Westerveld	19.295	p 17,03	p 328.617	p 17,29	p 333.546	p 17,55	p 338.549	p 17,81	p 343.627
TOTAAL GGD	489.695	p 17,67	p 8.654.246	p 17,94	p 8.784.060	p 18,21	p 8.915.821	p 18,48	p 9.049.558