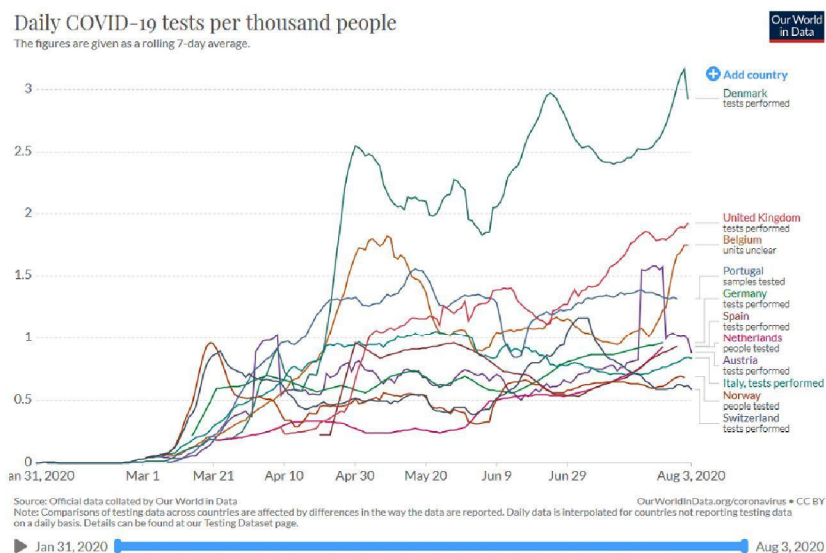


1 Verloop aantal tests

Zie figuur hieronder en de link voor een interactieve figuur. Ik zie in het algemeen nog steeds een stijgende lijn in het aantal uitgevoerde testen. NL laat sinds half juli een sterk stijgende lijn en zat eind juli bijna op het niveau van Duitsland.

Daily COVID-19 tests per thousand people

The figures are given as a rolling 7-day average.



<https://ourworldindata.org/grapher/daily-tests-per-thousand-people-smoothed-7-day?tab=chart&country=AUT~BEL~DNK~DEU~Italy%2C%20tests%20performed~NLD~NOR~PRT~ESP~CHE~GBR>

(10)(2a)

2 – thuisisolatie

Er is relatief weinig heldere informatie beschikbaar over de manier waarop landen thuisisolatie vormgeven. In het overleg dd. 5 augustus met Nordrhein Westfalen blijkt wel dat in de casus van Gütersloh gehandhaafd werd op de verplichting om thuis te blijven. Dit was echter relatief makkelijk omdat het overgrote deel van de besmettingen zich voordeed onder arbeidsmigranten die gezamenlijk woonden. De collega's in NRW gaven dan ook aan dat de handhaving van thuisisolatie in Gütersloh veel beter te doen was dan in Heinsberg, waar de haard meer verweven was in de lokale gemeenschap.

Waar het gaat om separatie van huisgenoten, gaven de collega's in NRW aan dat hier niet op werd toegezien in Gütersloh. Het was simpelweg niet haalbaar om dit te organiseren en dat was een probleem dat men niet kon oplossen.

Het enige goede voorbeeld op dit vlak dat wordt genoemd in de COVID-19 response monitor maar ook door (10)(2e) betreft Denemarken. Aldaar is een wettelijke verplichting voor gemeenten geïntroduceerd om huisvesting te regelen wanneer mensen niet makkelijk thuis in quarantaine kunnen gaan.

3. Hoe ziet de sturingsrelatie PG eruit? (hoe verhouden centraal/decentraal zich tot elkaar)

Dit is een grote vraag die niet 1, 2, 3 te beantwoorden is. Wel zijn enkele algemene principes bekend. (10)(2e) een externe deskundige gevraagd om op basis van internationale vergelijkingen lessen te formuleren, heeft deze kernachtig samengevat. Aangevuld met informatie uit het RIVM rapport 'Preventie, wat kunnen we leren van het buitenland (2015)' leidt dat tot de volgende bijzonderheden in de Nederlandse publieke gezondheidsstructuur:

- Nederland kent een duidelijke scheiding tussen de publieke gezondheid (GGD en veiligheidsregio's) en het zorgsysteem (Zvw, Wlz, Wmo). In andere landen worden meer publieke gezondheidstaken zoals vaccinaties en jeugdgezondheidszorg door zorgpartijen uitgevoerd (vaak de huisarts). Dit is zeker het geval in Duitsland, waar verzekeraars meer wettelijke preventietaken hebben.

- Regionale oriëntatie en ordening in de zorg is, in vergelijking tot bijvoorbeeld Denemarken en Zweden, minder aanwezig. De publieke gezondheid vormt daar met de GGD'en natuurlijk een uitzondering op, maar in voorgenoemde landen rapporteren de regionale gezondheidsdiensten aldaar niet aan meerdere gemeenten maar aan de regionale ministeries van gezondheid. En de verhouding tot de curatieve en langdurige zorg is ook helderder omdat die ook onder de regionale zorgordening vallen. Overigens spelen in deze landen diverse zaken continue haasje over. Preventie is bijvoorbeeld in Denemarken enkele jaren geleden overgeheveld naar gemeenten, maar die gemeenten zijn grote geworden waardoor het toch weer een soort regio's zijn geworden.