

Feitelijke vragen TU Delft -

5.1.2e

5.1.2e

Inhoud

3. Hoe kijkt u naar het feit dat 1G een grotere groep mensen op basis van een evenredig speelveld de mogelijkheid geeft tot (zo goed als mogelijk) veilige participatie, waar dat bij de andere varianten om een kleinere groep gaat? Is dit een factor die u in overweging neemt? Zo ja, hoe zwaar weegt dit?....	3
24. Heeft u een operationele inschatting van de mogelijkheden om 1G in te voeren? Aan welke testcapaciteit moet dan gedacht worden? Hoe lang duurt het om deze te hebben?.....	4
32. Is de primaire doelstelling van een eventuele invoering van het CTB het voorkomen van besmettingen? Zo ja, in welk scenario zou dan te verklaren zijn om niet de aangetoonde meest effectieve vorm (1G) te hanteren?.....	5
33. Hoe duidt u de conclusie dat 1G in mindere mate afhankelijk is van de immuniteit van participanten? Ziet u hierin mogelijkheden voor een grotere groep mensen in vergelijking met de andere varianten?.....	6
36. Zou 1G ook zonder de hoge boostervaccinatiegraad ervoor hebben gezorgd hebben dat substantieel meer contacten mogelijk zouden zijn geweest?.....	7
44. Wat is de consequentie van het voornemen tot de voortzetting van de CTB's nu blijkt dat op dit moment ruim 6,5 miljoen volwassen Nederlanders de boosterprik niet hebben gehaald? Wat te doen met de door uw voorganger genoemde datum van 1 februari 2022 waarop alle coronatoegangsbewijzen ouder dan negen maanden zouden vervallen indien er niet een derde prik gehaald is?.....	8
45. Wat zegt u tegen de mensen die gedaan hebben wat u als kabinet vroeg, zich twee keer hebben laten vaccineren, zich aan de maatregelen hebben gehouden en geen corona hebben gekregen, maar waarvan binnenkort wel hun groene vinkje vervalt omdat zij geen boosterprik willen?.....	9
46. Bent u voornemens het CTB te laten vervallen voor iedereen die de derde prik niet kan nemen voor een bepaalde datum? Zo ja, welke datum is dat?.....	10
47. Klopt het dat u voor het jaar 2022 drie extra coronaprikken voorstelt, bovenop de twee die al gegeven zijn? Komen alleen mensen die straks alle vijf de prikken hebben gehad in aanmerking voor een CTB? Zo ja, waarom? Hoe zit het met de mensen die de derde prik overslaan omdat ze voorlopig toch niet naar het buitenland gaan en de vierde prik vlak voor de zomervakantie wel nemen? Krijgen ze dan wel of geen CTB? Wat als iemand de eerste en tweede prik wel neemt, de derde en vierde niet, en de vijfde weer wel? Krijgt u dan na de vijfde prik een coronatoegangsbewijs?.....	11
54. In welke situaties (settings) acht u 1G als een realistisch scenario en is dit ook doorgerekend in het model?.....	12
58. Hoe gaan andere landen om met het herstelbewijs nu de omikronvariant dominant is?.....	13
82. Hoe verhouden de gehanteerde testkwaliteit bij toegangstesten in dit onderzoek en de gehanteerde sensitiviteit van toegangstesten in de modellering van het OMT van 22 november 2021 zich tot elkaar?.....	14
86. Zijn 'betere' testen ook daadwerkelijk voorhanden?.....	15

90. Hoeveel tests per week moeten afgenomen worden om 1G het meest effectief te krijgen (inzet overal behalve in de thuissituatie)?.....	16
105. Hoe kan de waarde van het herstelbewijs worden geïnterpreteerd, nu zichtbaar is dat er bij de omikronvariant veel herbesmettingen zijn?.....	17
107. Wat is bij de omikronvariant de kans op herinfectie en hoe is die kans meegenomen in dit onderzoek, gezien 2G en 3G ook herstelbewijzen bevat?.....	18
118. Hoe vaak moet een test worden afgenomen voor de modaliteit 1G?.....	19
119. Klopt het dat een modaliteit als 1G effectiever wordt in een situatie waar veel besmettingen zijn, zoals op dit moment (onder andere vanwege de positief voorspellende waarde van testen)? En klopt het dat 1G minder effectief en 2G effectiever wordt als er minder besmettingen zijn?.....	20
121. Hoe wordt naar aanleiding van de conclusies van het rapport de mogelijkheid om 1G in te voeren verkend, eventueel in plaats van 2G?.....	21
138. Zijn de onderzoekers, bij een herijking van dit model, van plan om gevaccineerd (bij 2G) te definiëren als: volledig gevaccineerd én geboost? Zo nee, waarom niet?.....	22
142. Kunt u aangeven hoeveel testen dagelijks nodig zullen zijn als overgegaan wordt op een 1G beleid? Welke budgettaire en personele kaders zijn hiermee gemoeid?.....	23

3. Hoe kijkt u naar het feit dat 1G een grotere groep mensen op basis van een evenredig speelveld de mogelijkheid geeft tot (zo goed als mogelijk) veilige participatie, waar dat bij de andere varianten om een kleinere groep gaat? Is dit een factor die u in overweging neemt? Zo ja, hoe zwaar weegt dit?

In het rapport staat dat, op basis van de huidige epidemiologische omstandigheden, 1G een grotere, dempende impact heeft op de verspreiding van het virus, meer dan 3G en 2G. Zoals mijn ambtsvoorganger op 24 november 2021 aan uw Kamer heeft geschreven¹ is de impact van 1G op de groep burgers die niet gevaccineerd of hersteld is gelijk aan 3G en veel kleiner dan 2G. Voor een grote groep burgers die reeds gevaccineerd of hersteld is, is 1G een extra last. De facto bij 1G de last op de bevolking groter zijn, hetgeen zich ook kan vertalen in minder deelname aan 1G-activiteiten. Daarnaast kent 1G een veel grotere uitvoeringslast en hogere kosten, omdat er meer getest moet worden dan bij 3G of 2G het geval is. Het aantal testen dat nodig is voor een brede invoering van 1G is niet uitvoerbaar. 1G kan voor een select type activiteiten en locaties een oplossing zijn, vanwege het grotere effect op de verspreiding van het virus. De inzet van 1G of 3G wordt in zijn totaliteit afgewogen.

¹ Kamerstuk 25295, nr. 1557.

24. Heeft u een operationele inschatting van de mogelijkheden om 1G in te voeren? Aan welke testcapaciteit moet dan gedacht worden?

Hoe lang duurt het om deze te hebben?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. Kosten voor de afgenomen testen via SON kunnen circa €30 miljoen per week worden. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact als het heel breed wordt ingezet; in alle CTB sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. Dan spreken we over 1,2 – 4,3 mln. testen per dag en dat kost dan 19 tot 118 miljoen euro per dag.

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij 2 redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijvers vissen van uitzendbureaus. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. GGD'en en SON gaan dan concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputbaar. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen. Wanneer 1G bijvoorbeeld alleen bij hoog-risico evenementen en activiteiten ingezet wordt, is het volgens SON misschien wel haalbaar met de huidige testcapaciteit, afhankelijk van de afbakening van de inzet.

32. Is de primaire doelstelling van een eventuele invoering van het CTB het voorkomen van besmettingen? Zo ja, in welk scenario zou dan te verklaren zijn om niet de aangetoonde meest effectieve vorm (1G) te hanteren?

De primaire doelstelling van het ctb is de samenleving eerder, meer openen en langer open houden dan gegeven de epidemiologische omstandigheden mogelijk zou zijn. Het ctb maakt locaties en activiteiten veiliger dan zonder het gebruik van ctb, waarbij er altijd restrisiko's zullen blijven bestaan. Restrisico's zijn er bij de inzet van het ctb in alle verschillende modaliteiten (3G, 2G, 1G). De restrisiko's bij 1G zijn, gegeven de huidige epidemiologische omstandigheden, kleiner dan bij 3G en 2G. De afweging welke modaliteit ingezet wordt, wordt breder afgewogen en gehouden tegen de primaire doelstelling. Ook 3G draagt bij aan het eerder, meer openen van de samenleving.

33. Hoe duidt u de conclusie dat 1G in mindere mate afhankelijk is van de immuniteit van participanten? Ziet u hierin mogelijkheden voor een grotere groep mensen in vergelijking met de andere varianten?

Ik onderschrijf de conclusies in het rapport. De inzet van 1G is effectiever dan de inzet van 3G en 2G, maar bij de inzet van 1G in plaats van 3G dient een brede afweging gedaan te worden. De impact van 1G op de groep burgers die niet gevaccineerd of hersteld is gelijk aan 3G en veel kleiner dan 2G. Voor een grote groep burgers die reeds gevaccineerd of hersteld is, is 1G een extra last. De facto bij 1G de last op de bevolking groter zijn, hetgeen zich ook kan vertalen in minder deelname aan 1G-activiteiten. Daarnaast kent 1G een veel grotere uitvoeringslast en hogere kosten, omdat er meer getest moet worden dan bij 3G of 2G het geval is. Het aantal testen dat nodig is voor een brede invoering van 1G is niet uitvoerbaar. 1G kan voor een select type activiteiten en locaties een oplossing zijn, vanwege het grotere effect op de verspreiding van het virus. De inzet van 1G of 3G wordt in zijn totaliteit afgewogen.

36. Zou 1G ook zonder de hoge boostervaccinatiegraad ervoor hebben gezorgd hebben dat substantieel meer contacten mogelijk zouden zijn geweest?

1G is in mindere mate afhankelijk van de immuniteit van de bevolking. De boostervaccinatiecampagne draagt los van de inzet van 1G bij aan de reductie van verspreiding van het virus. Een groot deel van de bevolking die zich bij 1G beleid zou moeten laten testen, is tevens gevaccineerd en heeft reeds een boostervaccinatie gehad. Als deze mensen zich ook nog laten testen dan wordt het remmend effect verder versterkt en zouden er meer contacten toegestaan kunnen worden. Zonder boostervaccinatie is 1G minder effectief. Onder 1G zonder boostervaccinatiecampagne kunnen minder contacten plaatsvinden dan onder 1G met boostervaccinatiecampagne.

44. Wat is de consequentie van het voornemen tot de voortzetting van de CTB's nu blijkt dat op dit moment ruim 6,5 miljoen volwassen Nederlanders de boosterprik niet hebben gehaald? Wat te doen met de door uw voorganger genoemde datum van 1 februari 2022 waarop alle coronatoegangsbewijzen ouder dan negen maanden zouden vervallen indien er niet een derde prik gehaald is?

Het kabinet heeft op 24 januari 2022 een wijziging van de Tijdelijke regeling maatregelen naar uw Kamer gestuurd waarin dit voornemen wordt bekrachtigd.

45. Wat zegt u tegen de mensen die gedaan hebben wat u als kabinet vroeg, zich twee keer hebben laten vaccineren, zich aan de maatregelen hebben gehouden en geen corona hebben gekregen, maar waarvan binnenkort wel hun groene vinkje vervalt omdat zij geen boosterprik willen?

Naar mate iemand langer geleden zijn primaire serie vaccinaties heeft doorlopen, is de bescherming van het vaccin tegen verspreiding en besmetting kleiner. Dit betekent dat het effect van het ctb op basis van die vaccinatie kleiner wordt. Wanneer dat effect kleiner is, is de kans op verspreiding en besmetting op een locatie groter. Daarom heeft het kabinet ervoor gekozen om een geldigheidsduur voor deze bewijzen in te voeren. Alle mensen met een ctb op basis van vaccinatie ouder dan 270 dagen kunnen toegang verkrijgen door zich te laten boosten of te laten testen.

46. Bent u voornemens het CTB te laten vervallen voor iedereen die de derde prik niet kan nemen voor een bepaalde datum? Zo ja, welke datum is dat?

Het ctb op basis van vaccinatie verloopt 270 dagen na de afronding van de primaire vaccinatieserie. Iedereen die korter dan 3 maanden geleden de primaire serie heeft afgerond of geïnfecteerd is geweest en inmiddels hersteld, kan een boostvaccinatie krijgen. Wanneer iemand geen boostvaccinatie kan krijgen, omdat diegene recent besmet is geweest, dan kan deze persoon indien genezen 12 dagen na de positieve test tot maximaal 180 dagen daarna toegang krijgen met een ctb op basis van herstel. Er is dus bij mijn weten geen sprake van dat iemand de derde prik niet kan nemen en dat daarmee consequenties verbonden zijn aan de toegang.

47. Klopt het dat u voor het jaar 2022 drie extra coronaprikken voorstelt, bovenop de twee die al gegeven zijn? Komen alleen mensen die straks alle vijf de prikken hebben gehad in aanmerking voor een CTB? Zo ja, waarom? Hoe zit het met de mensen die de derde prik overslaan omdat ze voorlopig toch niet naar het buitenland gaan en de vierde prik vlak voor de zomervakantie wel nemen? Krijgen ze dan wel of geen CTB? Wat als iemand de eerste en tweede prik wel neemt, de derde en vierde niet, en de vijfde weer wel? Krijg je dan na de vijfde prik een coronatoegangsbewijs?

De Gezondheidsraad buigt zich over de vaccinatiestrategie op de lange termijn. Op dit moment weten we nog niet of een jaarlijkse vaccinatie nodig is, net als bij de grieprik. We houden hier wel rekening mee. We zien op dit moment dat de effectiviteit van de primaire vaccinatieserie afneemt over tijd. Daarom adviseer ik iedereen om een boostervaccinatie te laten zetten als je langer dan 90 dagen geleden gevaccineerd of genezen bent. De effectiviteit van de primaire vaccinatieserie tegen infectie en transmissie – zaken die belangrijk zijn voor de effectiviteit van het ctb – neemt ook af. De kans op herinfectie lijkt bij Omikron ook groter dan bij Delta. Daarom heeft het kabinet besloten om de geldigheidsduur voor de primaire vaccinatieserie vast te stellen op 270 dagen per 1 februari. De geldigheidsduur voor herstel wordt beperkt naar 180 dagen per 1 februari. Wat dit effect – en de noodzaak voor nieuwe boostcampagnes – betekent voor de geldigheid van het ctb in de toekomst kan ik dus nog niet zeggen. Wel kan ik u verzekeren dat wij binnen het kabinet hier naar blijven kijken.

54. In welke situaties (settings) acht u 1G als een realistisch scenario en is dit ook doorgerekend in het model?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. Kosten voor de afgenomen testen via SON kunnen circa €30 miljoen per week worden. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact als het heel breed wordt ingezet; in alle CTB sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. Dan spreken we over 1,2 – 4,3 mln. testen per dag en dat kost dan 19 tot 118 miljoen euro per dag.

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij 2 redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijvers vissen van uitzendbureaus. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. GGD'en en SON gaan dan concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputbaar. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen.

Wanneer 1G bijvoorbeeld alleen bij hoog-risico evenementen en activiteiten ingezet wordt, is het volgens SON misschien wel haalbaar met de huidige testcapaciteit, afhankelijk van de afbakening van de inzet. Daarbij valt te denken aan nachthoreca en discotheken en/of grote evenementen, zoals festivals.

58. Hoe gaan andere landen om met het herstelbewijs nu de omikronvariant dominant is?

In België is een herstelbewijs geldig tot 150 dagen na een positieve PCR-test, in Duitsland vanaf 28 dagen tot 90 dagen na een positieve PCR-test, in het Verenigd Koninkrijk 180 dagen na een positieve PCR-test of antigeentest, in Frankrijk vanaf 11 dagen tot 180 dagen na een positieve PCR-test, in Denemarken 180 dagen na een positieve PCR-test of antigeentest, en in Oostenrijk tot 180 dagen na een positieve PCR-test.

82. Hoe verhouden de gehanteerde testkwaliteit bij toegangstesten in dit onderzoek en de gehanteerde sensitiviteit van toegangstesten in de modellering van het OMT van 22 november 2021 zich tot elkaar?

Als de kwaliteit van testen hoger is, dan zijn er minder besmettelijke mensen op een CTB-locatie en zijn er dus ook minder besmettingen en ziekenhuisopnames.

Voor de testkwaliteit is in het rapport een optimistisch scenario gehanteerd van 80%. Dit kan alleen worden bereikt door hele korte geldigheidsduur van testen en de inzet van betere testen dan de huidige antigeentesten. Voor de pessimistische variant is in het rapport uitgegaan van een kwaliteit van testen van 55%.

In de modellering van het OMT is uitgegaan van een testsensitiviteit (e.g. testkwaliteit) van 59%. Het OMT had gemodelleerd dat bij een testkwaliteit van 69% 1G effectiever was dan 2G in het voorkomen van besmettingen en ziekenhuisopnames. Uit het model van de TU blijkt dat 1G, gegeven de huidige epidemiologische omstandigheden, effectiever is dan 2G en 3G.

86. Zijn 'betere' testen ook daadwerkelijk voorhanden?

Er zijn betere testen voorhanden dan de gebruikte antigeentesten bij Testen voor Toegang. Deze testen zijn echter ook arbeidsintensiever, vergen specialistische kennis, hebben een langere doorlooptijd van afname tot uitslag en zijn ook duurder.

90. Hoeveel tests per week moeten afgenomen worden om 1G het meest effectief te krijgen (inzet overal behalve in de thuissituatie)?

Volgens de inschattingen van Stichting Open Nederland op basis van aangeleverde cijfers uit 2019 door de branches komt dat neer op een bandbreedte tussen de 30,7 en 46,9 mln. testen per week.

105. Hoe kan de waarde van het herstelbewijs worden geïnterpreteerd, nu zichtbaar is dat er bij de omikronvariant veel herbesmettingen zijn?

De kans op herinfectie met de omikronvariant na het doormaken van een eerdere variant lijkt groter dan de kans op herinfectie bij de deltavariant. De waarde van een ctb op basis van herstel is in dat licht opnieuw gewogen en het kabinet heeft als een gevolg daarvan besloten de geldigheidsduur van een ctb op basis van herstel terug te brengen van 365 dagen naar 180 dagen per 1 februari 2022.

107. Wat is bij de omikronvariant de kans op herinfectie en hoe is die kans meegenomen in dit onderzoek, gezien 2G en 3G ook herstelbewijzen bevat?

De exacte kans op herinfectie bij omikron is nog niet duidelijk en wordt nog verder onderzocht. De effectiviteit van herstel tegen verspreiding en besmetting is gelijk verondersteld ten opzichte van de effectiviteit van vaccinatie tegen verspreiding en besmetting. Voor deze effectiviteit zijn pessimistische (37% effectiviteit tegen transmissie; 25% effectiviteit tegen vatbaarheid), verwachte (50% effectiviteit tegen transmissie; 50% effectiviteit tegen vatbaarheid) en optimistische (63% effectiviteit tegen transmissie; 75% effectiviteit tegen vatbaarheid) scenario's meegenomen.

118. Hoe vaak moet een test worden afgenomen voor de modaliteit 1G?

Dat is afhankelijk van de geldigheidsduur van een test. Op dit moment kan met toegang krijgen binnen 24 uur na een negatieve testuitslag.

119. Klopt het dat een modaliteit als 1G effectiever wordt in een situatie waar veel besmettingen zijn, zoals op dit moment (onder andere vanwege de positief voorspellende waarde van testen)? En klopt het dat 1G minder effectief en 2G effectiever wordt als er minder besmettingen zijn?

De positief voorspellende waarde van de gebruikte antigeentesten is erg hoog. 1G wordt relatief effectiever ten opzichte van 3G en 2G omdat 3G en 2G minder effectief worden in het mitigeren van de risico's op een locatie of activiteit als gevolg van de huidige epidemiologische omstandigheden en vice versa.

121. Hoe wordt naar aanleiding van de conclusies van het rapport de mogelijkheid om 1G in te voeren verkend, eventueel in plaats van 2G?

In de uitvoering wordt deze mogelijkheid verkend, maar de inzet van 1G op plaatsen die vallen onder het wetsvoorstel '2G' vraagt een brede afweging, omdat het wetsvoorstel '2G' hoogrisico settings aanwijst. Het rapport stelt namelijk ook dat de mate van dempend effect van het CTB op de stijging van de R als gevolg van het toestaan van meer contacten groter moet zijn als die contacten risicovoller zijn. De contacten in een hoogrisico setting tellen voor meer contactequivalenten dan de contacten binnen de settings die buiten het wetsvoorstel '2G' vallen.

138. Zijn de onderzoekers, bij een herijking van dit model, van plan om gevaccineerd (bij 2G) te definiëren als: volledig gevaccineerd én geboost? Zo nee, waarom niet?

De onderzoekers zullen bij een herijking kijken naar de definitie en de voorwaarden die het kabinet stelt en op basis daarvan een nieuwe doorrekening maken.

142. Kunt u aangeven hoeveel testen dagelijks nodig zullen zijn als overgegaan wordt op een 1G beleid? Welke budgettaire en personele kaders zijn hiermee gemoeid?

Als 1G-beleid ingevoerd zou worden, is belangrijk dat er voldoende testcapaciteit beschikbaar is. Kosten voor de afgenomen testen via SON kunnen circa €30 miljoen per week worden. 1G inzetten geeft pas de beloofde impact als het heel breed wordt ingezet; in alle CTB sectoren inclusief werk. Dus iedereen testen voor je werk, voor de horeca, sport, cultuur etc. Dan spreken we over 1,2 – 4,3 mln. testen per dag en dat kost dan 19 tot 118 miljoen euro per dag.

Stichting Open Nederland geeft aan dat er op dit moment niet genoeg testcapaciteit is als 1G breed wordt ingezet. Ook als de markt meer tijd zou krijgen om het testaanbod aan te passen aan de hoge testvraag van 1G, verwacht SON dat dit niet haalbaar is. Hiervoor geven zij 2 redenen. Ten eerste de krapte op de arbeidsmarkt; in november, toen er veel getest werd bij de GGD én veel getest werd bij Testen voor Toegang, werd het al lastiger om genoeg personeel te werven. GGD en de testaanbieders van SON vissen voor hun personeel uit dezelfde vijvers vissen van uitzendbureaus. De inschatting is dat er een maximum beschikbaarheid is in deze branche. Dit maximum is ongeveer 600.000 tot 700.000 testen per dag. GGD'en en SON gaan dan concurreren om personeel. Ten tweede de voorraad van antigeentesten; de beschikbare hoeveelheid antigeentesten wordt nu aangeleverd via Dienst Testen en is niet onuitputbaar. Als deze centrale voorraad op is, moeten testaanbieders zelf antigeentesten inkopen. Bij een hele hoge testvraag is het mogelijk lastig voor de testaanbieders voldoende antigeentesten in te kopen.