

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Datum 13 maart 2012  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u mede namens de Staatssecretaris van Buitenlandse Zaken de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Smilde (CDA) en Ferrier (CDA) over de gevaren van totaal resistente tbc (2012Z01497).

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
102045-100347-PG

**Bijlagen**  
1

**Uw brief**  
30-1-2012

*Correspondentie uitsluitend richten aan  
het retouradres met vermelding van de  
datum en het kenmerk van deze brief.*

Antwoorden op kamervragen van de Kamerleden Smilde (CDA) en Ferrier (CDA) over de gevaren van totaal resistente tbc .  
(2012Z01497)

1

Kunt u, naar aanleiding van de berichtgeving een inschatting geven van de omvang van het probleem van totaal resistente tuberculose in India resp. andere landen?

Antwoord 1

In India, maar ook in China en andere delen van Azië, de voormalige Sovjet Republieken en Afrika komt resistente tuberculose veel voor. De omvang van het probleem en de dynamiek hierin is echter niet goed bekend.

In 2010 waren er naar schatting van de WHO wereldwijd 8,8 miljoen tuberculose patiënten. Het aantal multidrug resistente tuberculose (MDR-tbc) gevallen werd in dat jaar door de WHO op 659.000 geschat.

In India werd in 2010 het aantal gevallen van MDR-tbc op 64.000 geschat. Onder andere doordat de laboratoriumfaciliteiten in India onvoldoende zijn, wordt slechts een klein deel van de MDR-tbc opgespoord en behandeld (2967 gevallen in 2010). Ernstigere vormen resistente tuberculose, zoals extensieve resistente tuberculose (XDR-tbc) en totaal resistente tuberculose (TDR-tbc) worden niet stelselmatig gemeten en geregistreerd in India of andere hoogprevalente gebieden. De omvang van deze problematiek is dus niet bekend.

2

Deelt u de mening dat het verontrustend is dat multi- en extensief resistente vormen van tuberculose (M/XDR TB) ook in Europa een groeiende gezondheidsbedreiging vormen, en dat wereldwijd de top negen landen met multiresistente tuberculose (M/XDR TB) in de WHO-regio Europa liggen? Zo nee, waarom niet? Hoe draagt Nederland bij aan de aanpak van resistente vormen van TB en het WHO Europa Actieplan voor de aanpak van M/XDR TB in de WHO-regio Europa?

Antwoord 2

De WHO-regio Europa kent inderdaad een aanzienlijk tuberculose probleem. In 2010 werden in de WHO-regio Europa 310.000 gevallen van tuberculose geregistreerd. Hiervan werd ongeveer 10% (33.500 gevallen) aangemerkt als MDR-tbc. In een meting in de periode 2003-2006 bleek dat ongeveer 10% van de MDR-tbc gevallen in Europa in feite XDR-tbc was.

WHO Euro heeft een actieplan opgesteld om resistente tuberculose te bestrijden binnen de regio. Het RIVM en KNCV tuberculosefondsen hebben bijgedragen aan het opstellen van dit actieplan. De implementatie van het actieplan wordt gecoördineerd vanuit WHO Euro.

Daarnaast coördineert het RIVM een project van het ECDC in Stockholm in het kader waarvan nationale en internationale overdracht van MDR-tbc wordt onderzocht. KNCV Tuberculosefondsen, een Nederlandse niet-gouvernementele organisatie in Den Haag, is betrokken bij de tuberculosebestrijding in een 40-tal landen. Zij heeft een regionaal kantoor in Almaty, Kazakstan, van waaruit de Centraal Aziatische Regio (onderdeel van de WHO-regio Europa) wordt ondersteund.

3

Hoe beoordeelt u de situatie met betrekking tot multi- en extensief resistente vormen van tuberculose in Nederland, en hoe is de behandeling hiervan gefinancierd?

Antwoord 3

In Nederland komen per jaar ongeveer 1000 nieuwe gevallen van tuberculose voor. In 2010 werden er in Nederland bij 11 gevallen MDR-tbc vastgesteld. In 2011 zijn er tot nu toe 15 gevallen van MDR-tbc vastgesteld. XDR-tbc is tot nu toe in totaal 7 keer vastgesteld in Nederland. TDR-tbc is nog niet waargenomen in Nederland.

In Nederland zijn twee specialistische tuberculosecentra: Beatrixoord in Haren, onderdeel van het UMC Groningen, en Dekkerswald in Groesbeek, geassocieerd met het UMC St Radboud Nijmegen. De

behandeling van tuberculosepatiënten met ernstige resistentie problematiek dient onder supervisie te staan van longartsen van één van deze twee tuberculosecentra.

De opname- en behandkosten van MDR- en XDR-tbc worden gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet

4

Wat zijn de risico's van totaal resistente tuberculose wanneer deze in Nederland opduikt?

5

Welke stappen worden gezet om de Nederlandse volksgezondheid te beschermen? Zijn er in dit kader een plan van aanpak en noodscenario's gemaakt? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe zien deze plannen eruit?

Antwoord 4 en 5

Zoals in het antwoord op vraag drie aangegeven is, komt TDR-tbc nog niet voor in Nederland. Om zicht te hebben op de ontwikkeling van resistentie in Nederland wordt door het RIVM routinematig onderzoek uitgevoerd.

Het overgrote deel van de resistentieproblematiek wordt gevonden bij niet-Nederlanders, waarbij de resistentie te herleiden is naar een eerdere, falende behandeling in het buitenland (secundaire resistentie) en/of overdracht van een al resistente bacterie in het buitenland (primaire resistentie). Daarom worden immigranten uit hoog risicolanden gescreend op tuberculose en, indien nodig, behandeld. Ook mensen uit hoog risicolanden die illegaal in Nederland verblijven hebben recht op deze behandeling.

Nederland heeft een Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding, met daaronder een werkgroep Multiresistente tuberculose. Deze bestaat onder andere uit vertegenwoordigers van KNCV tuberculosefonds, het RIVM, de twee tuberculosecentra en GGD'en. De werkgroep vergadert regulier en wordt ad hoc bij elkaar geroepen zodra er een gecompliceerde vorm van resistente tuberculose gevonden wordt of wanneer er sprake zou kunnen zijn van overdracht in Nederland, zodat de behandeling optimaal kan worden ingezet en de verspreiding op adequate wijze kan worden ingedamd.

6

Welke prioriteit en welke financiële middelen kent Nederland toe aan de ontwikkeling van nieuwe medicijnen tegen tuberculose, zoals bepleit door dr. Boerée?

Antwoord 6

Zoals staatssecretaris Bleker en ik schreven in onze brief aan de Tweede Kamer op 25 november 2011 (Kamerstuk 29683 nr. 106) is de ontwikkeling van nieuwe antibiotica een taak van de farmaceutische industrie. Overheden kunnen deze geneesmiddelen niet zelf ontwikkelen, maar deze bedrijven en kennisinstituten wel stimuleren om antibiotica te ontwikkelen. De Europese Raad heeft de Commissie in december 2009 verzocht met voorstellen te komen om de ontwikkeling van nieuwe antibiotica te bevorderen. Nederland heeft deze initiatieven onvoorwaardelijk gesteund. Concrete voorstellen worden begin 2012 verwacht. Er wordt gedacht aan stimulering via extra financiële middelen voor wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling en via extra beloningsmaatregelen (bijvoorbeeld in de vorm van een aanvullend beschermingscertificaat) voor farmaceutische bedrijven die erin slagen daadwerkelijk een nieuw antibioticum op de markt te brengen.

In het kader van het Priority Medicines-rapport heeft VWS € 14 miljoen ter beschikking gesteld voor een onderzoeksprogramma bij ZonMw dat als doel heeft resistentie terug te dringen én het doen van onderzoek naar nieuwe antibiotica. Binnen dit onderzoek is er uiteraard ook ruimte voor het indienen van voorstellen op het gebied van tuberculose.

Het ministerie van Buitenlandse Zaken ondersteunt een aantal publiek-private partnerships die nieuwe producten voor armoede-gerelateerde ziekten ontwikkelen. In de periode 2006-2010 is hierdoor €8 miljoen bijgedragen aan de Global Alliance for TB Drug Development. Bij de nieuwe subsidieronde is gekozen om te focussen op preventie en diagnostiek, waaronder de ontwikkeling van tuberculosevaccins (ruim €20 miljoen in de periode 2006-2014).

Ook heeft Nederland bijgedragen aan baanbrekende tests die tuberculose en resistentie tegen antibiotica snel kunnen vaststellen, via de Foundation for Innovative and New Diagnostics (FIND) en het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT).

Ten slotte heeft Nederland in de periode 2006 tot 2012 ruim €20 miljoen bijgedragen aan het ondersteunen van klinisch onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen en vaccins voor HIV/Aids, tuberculose en malaria, via het Netherlands-African partnership for capacity development and clinical interventions against poverty-related diseases (NACCAP) en het European Developing Countries Clinical Trials Partnership (EDCTP).

7

Deelt u de mening dat deze problematiek eens te meer het belang van een versterkte inzet op beleidscoherentie onderstreept? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke afstemming vindt plaats tussen de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Buitenlandse Zaken? Waar ligt het primaat?

Antwoord 7

Juist bij de bestrijding van besmettelijke ziekten is het relevant het nationale beleid, internationale beleid en ontwikkelingssamenwerkingsbeleid in elkaars verlengde te zien. Er vindt dan ook regelmatig overleg plaats tussen de beide ministeries over verschillende mondiale problemen. Hierbij wordt gestreefd naar optimale taakverdeling, om dubbel werk te voorkomen.

8

Op welke manier wordt Nederlandse kennis op dit gebied binnen het ontwikkelingsbeleid ingezet?

Antwoord 8

Het bestrijden en voorkomen van tuberculose heeft naast een direct gevolg op de tuberculosesituatie in die landen, ook effect op de Nederlandse situatie. Daarom is het relevant dat bestrijding in hoogprevalente landen vanuit Nederland ondersteund wordt. Nederlandse kennisinstellingen op het terrein van tuberculose, zoals KNCV Tuberculosefondsen en het KIT, hebben een goede internationale reputatie. Er wordt dan ook graag van deze Nederlandse kennis gebruik gemaakt door organisaties die bijdragen aan tuberculosebestrijding in ontwikkelingslanden.

Het RIVM is officieel supra-nationaal laboratorium van Turkmenistan en Ethiopië. In deze landen wordt ingezet op de verbetering van diagnostiek en behandeling van tuberculose. Met name in Turkmenistan is een groot resistentieprobleem en zijn er veel gevallen van chronische tuberculose. Het RIVM is ook lid van de Global Laboratory Initiative (GLI) van de WHO; een organisatie die de verbetering van de diagnostiek van tuberculose wereldwijd bevordert en hiervoor de standaard stelt. Ook het Topsectorenbeleid biedt goede aanknopingspunten om kennisinstellingen en bedrijven die over unieke Nederlandse expertise beschikken vanuit de verschillende ministeries gezamenlijk te ondersteunen. Streven is om ook de Nederlandse expertise op het terrein van tuberculose hierin een plek te geven.

9

Geven deze berichten u aanleiding om het reisadvies naar India en andere landen in de regio aan te passen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 9

In het reisadvies voor India wordt in het hoofdstuk 'gezondheidssituatie in India' een verwijzing gemaakt naar gespecialiseerde websites van bijvoorbeeld het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvies (LCR); de VN Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Amerikaanse Center for Disease Control (CDC).

Op deze websites wordt melding gemaakt van een resistente tuberculose in Mumbai en bevestigd dat deze variant mogelijk volledig resistent is. Overigens is het risico voor reizigers om tuberculose op te lopen laag en wordt dit risico niet hoger door recente gevallen van resistente tuberculose in Mumbai.

