विल्म्स कैंसर फाउंडेशन

विल्म्स ट्यूमर

वैश्विक प्रभाव

आँकड़े, उत्तरजीविता, असमानता, उपचार की उपलब्धता और स्वास्थ्य लागत



श्रृंखला 2.3a | विल्म्स ट्यूमर का वैश्विक प्रभाव



विल्म्स कैंसर फाउंडेशन **(WCF)**

विल्म्स कैंसर फाउंडेशन (WCF) एक धर्मार्थ संस्था है, जो बाल गुर्दा कैंसर (विशेष रूप से नेफ्रोब्लास्टोमा, जिसे आमतौर पर विल्म्स कहा जाता है) से प्रभावित बच्चों, परिवारों और स्वास्थ्य सेवा संस्थाओं की ज़रूरतों का समर्थन और प्रतिनिधित्व करती है। इसका उद्देश्य बीमारी के प्रसार से निपटने के लिए जागरूकता, शिक्षा, अधिकारों की पैरवी, शीघ्र पहचान, उपचार और सहायता का अंतरराष्ट्रीय कार्यक्रम स्थापित करना है।

यह WCF मार्गदर्शिका केवल शैक्षिक उद्देश्यों के लिए है। यह कनाडा, अमेरिका और यूरोप में लागू अंतरराष्ट्रीय बाल कैंसर चिकित्सा मानकों पर आधारित है। कोई चिंता या प्रश्न होने पर योग्य चिकित्सा विशेषज्ञ से सलाह लें।

© कॉपीराइट | विल्म्स कैंसर फाउंडेशन | सर्वाधिकार सुरक्षित

विषय-सूची

वैश्विक प्रभाव
आँकड़े, उत्तरजीविता, असमानता, उपचार की उपलब्धता और स्वास्थ्य लागत

1 - कार्यकारी सारांश 1

2 - विल्म्स ट्यूमर में वैश्विक उत्तरजीविता समानता 2

3 - विल्म्स ट्यूमर वैश्विक रूप से क्यों महत्वपूर्ण है 3

4 - साक्ष्य आधार और आँकड़ों की सीमाएँ 4

5 - वैश्विक उत्तरजीविता का अंतर 5

6 - उपचार की उपलब्धता का ढाँचा 6

7 - सरकार और स्वास्थ्य-तंत्र की लागत 7

8 - देशवार आँकड़ों की झलक 8

9 - हस्तक्षेप के प्राथमिक क्षेत्र 10

10 - वित्तदाताओं और सरकारों के लिए संदेश 11

11 - अनुशंसित डेटा डैशबोर्ड 12

परिशिष्ट A: देशवार कार्य तालिका 13

परिशिष्ट B: देशवार कार्य तालिका 14

स्रोत संबंधी टिप्पणियाँ और संदर्भ सूची 21

1 - कार्यकारी सारांश

- विल्म्स ट्यूमर बच्चों में गुर्दे का प्रमुख कैंसर है। समय पर निदान, सर्जरी, कीमोथेरेपी, आवश्यकता होने पर विकिरण चिकित्सा, पैथोलॉजी, रक्त उत्पाद, संक्रमण प्रबंधन और अनुवर्ती देखभाल मिलने पर इसके ठीक होने की संभावना बहुत अधिक है।

- वैश्विक समस्या केवल वैज्ञानिक नहीं है; यह स्वास्थ्य-तंत्र तक पहुँच की समस्या भी है। उच्च आय वाले क्षेत्रों में उत्तरजीविता अक्सर लगभग 90% या अधिक होती है, जबकि कम संसाधनों वाले क्षेत्रों में परिणाम बहुत खराब हो सकते हैं।

- देश स्तर पर केवल विल्म्स संबंधी आँकड़े अधूरे हैं। कई देश राष्ट्रीय विल्म्स रजिस्ट्री के बजाय सभी बाल कैंसर, गुर्दे के ट्यूमर या केवल अस्पतालों के रोगी समूहों के आँकड़े देते हैं।

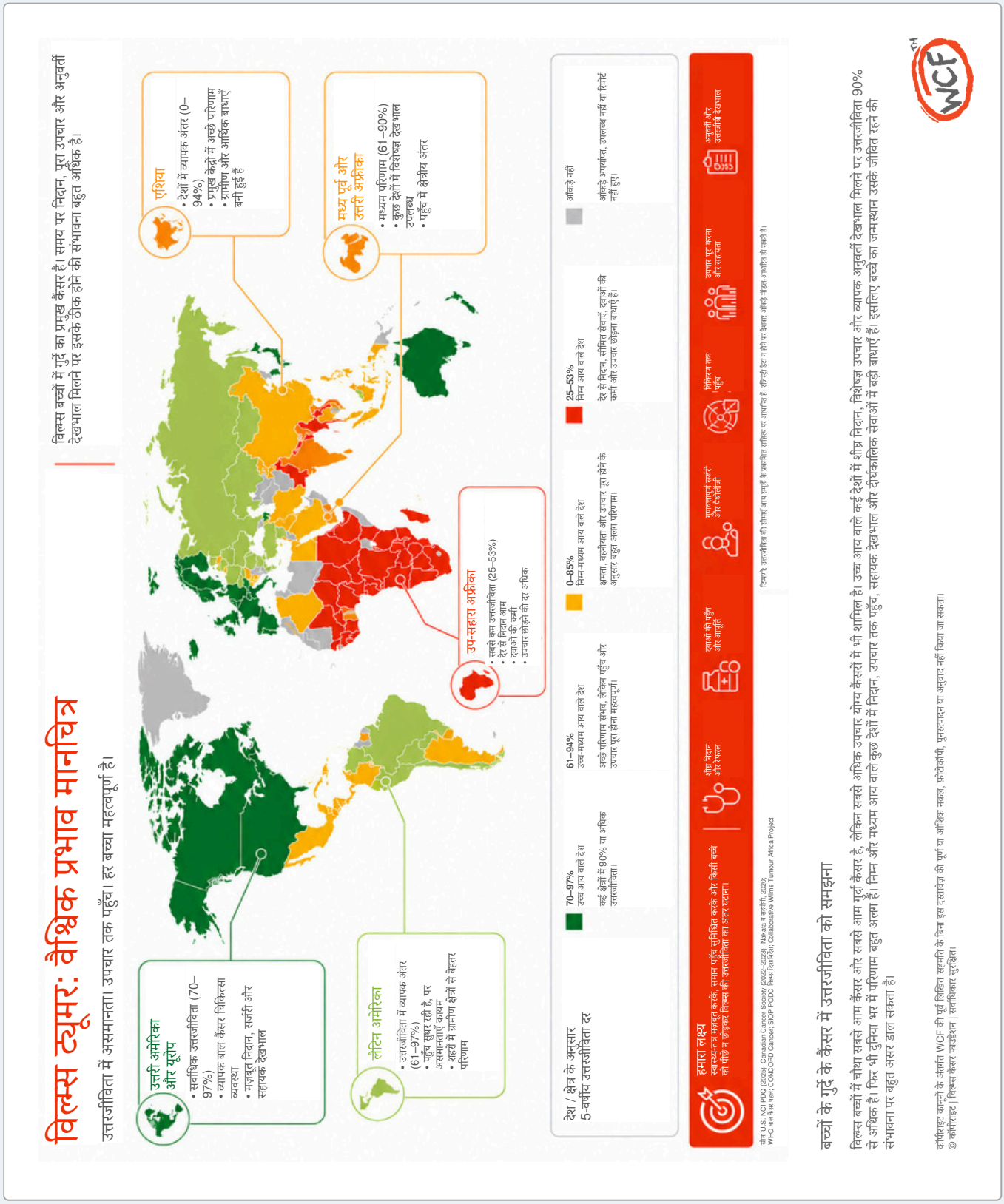
- नीतिगत पैरवी के लिए सबसे विश्वसनीय तरीका है: जहाँ उपलब्ध हों वहाँ पुष्ट देशवार आँकड़े, रजिस्ट्री डेटा न होने पर मॉडल-आधारित बोझ के अनुमान और डेटा की विश्वसनीयता का पारदर्शी स्तर प्रस्तुत करना।

- तत्काल नीतिगत कार्रवाई का सबसे मज़बूत आधार यह है कि विल्म्स ट्यूमर ठीक हो सकने वाला कैंसर है। शीघ्र निदान, पूरा उपचार, दवाओं की उपलब्धता और रेफरल नेटवर्क से उत्तरजीविता में मापने योग्य सुधार हो सकता है।

“विल्म्स ट्यूमर अक्सर ठीक हो सकता है, फिर भी जीवित रहने की संभावना इस पर निर्भर करती है कि बच्चा कहाँ रहता है और उपचार उपलब्ध है या नहीं।”

2 - विल्म्स ट्यूमर में वैश्विक उत्तरजीविता समानता

चित्र 1 / विल्म्स ट्यूमर का वैश्विक प्रभाव मानचित्र



3 - विल्म्स ट्यूमर वैश्विक रूप से क्यों महत्वपूर्ण है

चित्र 2 / प्रभाव का क्षेत्र

प्रभाव का क्षेत्र	महत्व
बच्चों की उत्तरजीविता	विल्म्स ट्यूमर में जीवित रहने की संभावना अधिक हो सकती है, लेकिन यह समय पर निदान और पूरा उपचार मिलने पर निर्भर है।
समानता	यह रोग पूर्ण बाल कैंसर व्यवस्था वाले देशों और सर्जरी, कीमोथेरेपी, विकिरण या सहायक देखभाल में देरी अथवा कमी वाले देशों का अंतर उजागर करता है।
परिवार पर बोझ	दवाएँ उपलब्ध होने पर भी यात्रा, आवास, कमाई का नुकसान, जाँच शुल्क और स्वयं भुगतान के कारण उपचार छोड़ा या अधूरा रह सकता है।
सरकार	राष्ट्रीय स्वास्थ्य-तंत्र को इमेजिंग, सर्जरी, कीमोथेरेपी, अस्पताल, विकिरण और पैथोलॉजी की लागत उठानी पड़ती है। केवल विल्म्स की सरकारी लागत बहुत कम देश प्रकाशित करते हैं।

4 - साक्ष्य आधार और आँकड़ों की सीमाएँ

- घटना-दर: केवल विल्म्स की सार्वजनिक राष्ट्रीय घटना-दर कुछ ही देशों में उपलब्ध है। अमेरिकी NCI के अनुसार अमेरिका में हर वर्ष लगभग 650 मामले होते हैं और 15 वर्ष से कम उम्र के प्रति दस लाख बच्चों में 9.7 मामले मिलते हैं। कनाडा बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर के आँकड़े देता है, जिनमें लगभग सभी विल्म्स होते हैं।

- वैश्विक घटना-दर का संकेतक: अंतरराष्ट्रीय आँकड़ों में बच्चों के गुर्दे के ट्यूमर की घटना-दर लगभग 8.3 प्रति दस लाख है। उत्तरी अमेरिका / यूरोप में दर अधिक और कई एशियाई क्षेत्रों में कम है।

- उत्तरजीविता: एक वैश्विक समीक्षा में उच्च आय वाले देशों में 70–97%, उच्च-मध्यम आय में 61–94%, निम्न-मध्यम आय में 0–85% और निम्न आय में 25–53% की सीमा मिली।

- मृत्यु-दर: देश स्तर पर केवल विल्म्स की मृत्यु-दर शायद ही प्रकाशित होती है। इसलिए सार्वजनिक राष्ट्रीय संख्या न होने पर इस दस्तावेज़ में मृत्यु-दर को सापेक्ष जोखिम / बोझ के संकेतक के रूप में दिखाया गया है।

- लागत: केवल विल्म्स की राष्ट्रीय सरकारी लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं होती। इसलिए यह दस्तावेज़ लागत के प्रमुख कारण बताता है और जहाँ देशवार प्रकाशित लागत उपलब्ध नहीं है, उसे स्पष्ट करता है।



5 - वैश्विक उत्तरजीविता का अंतर

चित्र 3 / देश की आय

देश की आय / व्यवस्था	उत्तरजीविता की सीमा	व्याख्या
उच्च आय वाले देश	70–97%	अधिकांश बच्चों को संयुक्त उपचार मिलता है; देर से होने वाले प्रभाव और उपचार के बाद का जीवन प्रमुख नीतिगत मुद्दे हैं।
उच्च-मध्यम आय वाले देश	61–94%	अच्छे परिणाम संभव हैं, लेकिन पहुँच, क्षेत्रीय असमानता और उपचार पूरा होना उत्तरजीविता को प्रभावित करते हैं।
निम्न-मध्यम आय वाले देश	0–85%	बहुत अधिक भिन्नता; परिणाम केंद्र की क्षमता, वहनीयता और उपचार पूरा होने पर निर्भर हैं।
निम्न आय वाले देश	25–53%	देर से निदान, सीमित सेवाएँ, दवाओं की कमी और उपचार छोड़ना उत्तरजीविता को सीमित करते हैं।

मुख्य संदेश
विल्म्स ट्यूमर बाल कैंसर में वैश्विक असमानता का स्पष्ट उदाहरण है: स्वास्थ्य-तंत्र तक पहुँच के कारण एक ही बीमारी एक देश में ठीक हो सकती है और दूसरे में जानलेवा हो सकती है।

6 - उपचार की उपलब्धता का ढाँचा

चित्र 4 / आवश्यक घटक

आवश्यक घटक	अधिक क्षमता वाली व्यवस्था	सीमित क्षमता का जोखिम
शीघ्र पहचान और रेफरल	प्राथमिक देखभाल, इमेजिंग और रेफरल मार्ग पेट की गाँठ जल्दी पहचानते हैं।	बच्चे बड़े ट्यूमर या फैली हुई बीमारी के साथ देर से आते हैं।
इमेजिंग और स्टेजिंग	अल्ट्रासाउंड / CT / MRI, छाती की इमेजिंग और पैथोलॉजी जोखिम के अनुसार उपचार में मदद करते हैं।	अधूरी स्टेजिंग से अत्यधिक, अपर्याप्त या देर से उपचार हो सकता है।
सर्जरी	कैंसर सर्जरी और एनेस्थीसिया सहायता उपलब्ध।	सर्जरी में देरी, बाल एनेस्थीसिया या रक्त उत्पादों की कमी जोखिम बढ़ाती है।
कीमोथेरेपी	प्रोटोकॉल आधारित कीमोथेरेपी और सहायक देखभाल उपलब्ध।	दवाओं की कमी, महँगी दवाएँ और संक्रमण की जटिलताएँ उपचार रोकती हैं।
विकिरण चिकित्सा	ज़रूरत होने पर उपलब्ध।	कुछ चरणों / ऊतक प्रकारों में अनुपलब्ध या देर से विकिरण परिणाम खराब करता है।
अनुवर्ती देखभाल	बीमारी लौटने और देर से होने वाले प्रभावों की निगरानी।	अनुवर्ती जाँच छूटने से बीमारी की वापसी या दीर्घकालिक जटिलताएँ छूट सकती हैं।

7 - सरकार और स्वास्थ्य-तंत्र की लागत

- प्रत्यक्ष चिकित्सा लागत में अल्ट्रासाउंड / CT / MRI, पैथोलॉजी, सर्जरी, कीमोथेरेपी, अस्पताल में भर्ती, रक्त उत्पाद, एंटीबायोटिक, आवश्यक विकिरण, लौटे हुए कैंसर का प्रबंधन और उपचार के बाद की देखभाल शामिल हैं।

- अप्रत्यक्ष सार्वजनिक लागत में देर से निदान, आपात स्थिति में आना, गहन देखभाल, उपचार छोड़ना, विकलांगता, सामाजिक सहायता और ठीक हो सकने वाले बाल कैंसर का सफल उपचार न होने से जीवनभर की उत्पादकता का नुकसान शामिल है।

- उच्च आय वाले देशों में प्रति रोगी लागत अधिक हो सकती है, लेकिन सार्वजनिक या बीमा व्यवस्था प्रायः इसे वहन करती है। कम संसाधनों में कम सरकारी खर्च अक्सर परिवारों और धर्मार्थ संस्थाओं पर बोझ डालता है।

- अफ्रीकी परियोजना के प्रकाशित आँकड़ों में माता-पिता की लगभग $100–$1,100 (USD) लागत उपचार पूरा करने में महत्वपूर्ण बाधा थी। अस्पताल सेवाओं पर सब्सिडी होने पर भी कई परिवारों के लिए यह राशि विनाशकारी है।

- नीतिगत दृष्टिकोण: विल्म्स ट्यूमर का उपचार न करके सरकारें पैसा नहीं बचातीं।

- देर से आना, बीमारी लौटना, अधूरा उपचार और रोकी जा सकने वाली मौतें मानवीय, आर्थिक और स्वास्थ्य-तंत्र के नुकसान बढ़ाती हैं।



8 - देशवार आँकड़ों की झलक

चित्र 5 / देशवार आँकड़ों की झलक

देश	वार्षिक निदान	उत्तरजीविता का मानक	उपचार की उपलब्धता
अमेरिका	~650 पुष्ट	~85-95%*	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा, सर्जरी, विकिरण, पैथोलॉजी और परीक्षण
कनाडा	2022 में बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर के 30 निदान	~96% समग्र 5-वर्षीय उत्तरजीविता	व्यापक प्रांतीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क
यूनाइटेड किंगडम	~70-90 मॉडल-आधारित	~85-95%+	NHS बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क
फ्रांस	~60-80 मॉडल-आधारित	~85-95%+	राष्ट्रीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क
जर्मनी	~70-90 मॉडल-आधारित	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा
इटली	~45-65 मॉडल-आधारित	~85-95%+	राष्ट्रीय बाल कैंसर केंद्र
स्पेन	~40-55 मॉडल-आधारित	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा
नीदरलैंड	~15-25 मॉडल-आधारित	~85-95%+	अत्यधिक केंद्रीकृत बाल कैंसर चिकित्सा
स्वीडन	~8-15 मॉडल-आधारित	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा
ऑस्ट्रेलिया	~25-40 मॉडल-आधारित	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर केंद्र
जापान	~45-65 मॉडल-आधारित	~85-95%	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा
दक्षिण कोरिया	~15-25 मॉडल-आधारित	~85-95%	व्यापक तृतीयक बाल कैंसर चिकित्सा

8 - देशवार आँकड़ों की झलक (जारी)

चित्र 6 / देशवार आँकड़ों की झलक

देश	वार्षिक निदान	उत्तरजीविता का मानक	उपचार की उपलब्धता
सऊदी अरब	~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~70-95%	विशेषज्ञ कैंसर चिकित्सा है; पहुँच क्षेत्र के अनुसार अलग
संयुक्त अरब अमीरात	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~70-95%	उच्च क्षमता वाली तृतीयक सेवाएँ
इज़राइल	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा
चीन	~900-1,400 मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख तृतीयक केंद्र; ग्रामीण / आर्थिक अंतर
ब्राज़ील	~280-420 मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बड़ा कैंसर चिकित्सा नेटवर्क; राज्यों में अंतर
मेक्सिको	~180-280 मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ केंद्र; देरी और बाधाएँ बनी हुई हैं
अर्जेंटीना	~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल उपलब्ध; क्षेत्रीय अंतर
चिली	~20-35 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~70-95%	बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क
कोलंबिया	~70-110 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बाल कैंसर केंद्र; निरंतरता अलग-अलग
पेरू	~60-95 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल शहरों में केंद्रित
दक्षिण अफ्रीका	~100-160 मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ सार्वजनिक / निजी देखभाल; ग्रामीण बाधाएँ
तुर्की	~120-180 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	शहरों में विशेषज्ञ बाल कैंसर चिकित्सा

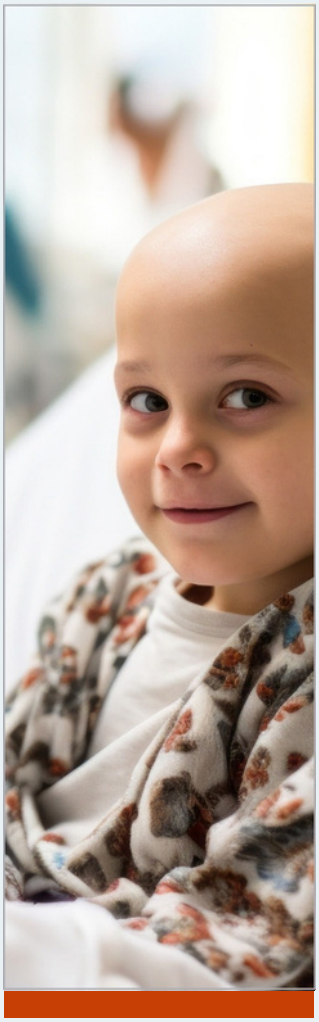
9 - हस्तक्षेप के प्राथमिक क्षेत्र

चित्र 7 / देशवार आँकड़ों की झलक

क्षेत्र / परिस्थिति	महत्व	प्राथमिक कार्रवाई
निम्न आय और अस्थिर देश	देर से निदान, उपचार छोड़ने, दवाओं की कमी और विकिरण न मिलने का सबसे अधिक जोखिम।	रेफरल मार्ग, दवा आपूर्ति, उपचार सब्सिडी, माता-पिता को मार्गदर्शन और रजिस्ट्री विकास।
अधिक जनसंख्या वाले निम्न-मध्यम आय देश	कुछ केंद्रों में अच्छे परिणाम होने पर भी प्रभावित बच्चों की संख्या सबसे अधिक।	क्षेत्रीय केंद्र बढ़ाएँ, उपचार छोड़ना घटाएँ, सुरक्षा सहायता दें और राष्ट्रीय प्रोटोकॉल एकीकृत करें।
क्षेत्रीय असमानता वाले उच्च-मध्यम आय देश	राष्ट्रीय औसत ग्रामीण या कम आय वाले समूहों की असमानता छिपा सकता है।	केंद्रों की साझेदारी, उपग्रह क्लिनिक, टेलीपैथोलॉजी, परिवहन सहायता और क्षेत्रवार परिणाम रिपोर्टिंग।
छोटे देश और द्वीप	कम मामलों के कारण देश में विशेषज्ञ देखभाल कठिन होती है।	क्षेत्रीय रेफरल समझौते, साझा प्रोटोकॉल और सीमा-पार दवा पहुँच।

10 - वित्तदाताओं और सरकारों के लिए संदेश

- विल्म्स ट्यूमर बाल कैंसर व्यवस्था सुधारने का व्यावहारिक शुरुआती बिंदु है। इसके लिए समन्वित, लेकिन संभव देखभाल चाहिए: निदान, सर्जरी, कीमोथेरेपी, सहायक देखभाल और अनुवर्ती जाँच।
- उत्तरजीविता का अंतर स्वीकार्य नहीं है, क्योंकि समय पर पूरा उपचार मिलने पर बीमारी अक्सर ठीक हो सकती है।
- लक्ष्य केवल दवाएँ खरीदना नहीं, बल्कि ऐसी संपूर्ण देखभाल व्यवस्था बनाना है जो बच्चों को ठीक होने तक उपचार में बनाए रखे और बाद में भी निगरानी करे।
- देश स्तर पर निवेश में लक्षण से निदान तक का समय, पहली जाँच पर चरण, उपचार छोड़ना, दवाओं का स्टॉक समाप्त होना, सर्जरी और विकिरण में देरी, बीमारी लौटना तथा उत्तरजीविता मापी जानी चाहिए।
- वैश्विक विल्म्स ट्यूमर निगरानी केंद्र या रजिस्ट्री साझेदारी साक्ष्य की बड़ी कमी भर सकती है और देशों को ज़िम्मेदारी से प्रगति की तुलना करने में मदद कर सकती है।



11 - अनुशंसित डेटा डैशबोर्ड

चित्र 8 / संकेतक

संकेतक	परिभाषा	महत्व
नए निदान	0–14 या 0–19 वर्ष में वार्षिक पुष्ट विल्म्स मामले	बोझ और योजना की आवश्यकता मापता है
निदान का चरण	चरण I–V का वितरण	शीघ्र पहचान और रेफरल की प्रभावशीलता
उपचार शुरू होने का समय	पहली जाँच से कैंसर उपचार तक दिन	उत्तरजीविता घटाने वाली देरी पहचानता है
उपचार पूरा होना	प्रोटोकॉल उपचार पूरा करने का प्रतिशत	उपचार छोड़ने / तंत्र की सहायता का सीधा माप
दवा उपलब्धता	मुख्य कीमोथेरेपी / सहायक दवाओं के स्टॉक समाप्त रहने के दिन	आपूर्ति की विश्वसनीयता
विकिरण तक पहुँच	ज़रूरत पर उपलब्धता और देरी	कुछ चरणों और जोखिम समूहों के लिए महत्वपूर्ण
उत्तरजीविता	1, 3 और 5 वर्ष की समग्र / घटना-मुक्त उत्तरजीविता	अंतिम परिणाम का माप

परिशिष्ट **A:** देशवार कार्य तालिका

चित्र 9 / चरण

चरण	कार्रवाई	व्यावहारिक उद्देश्य
चरण 1	प्रारंभिक पोषण आकलन	जोखिम जल्दी पहचानना और वृद्धि / आहार का शुरुआती स्तर दर्ज करना
चरण 2	मुँह से पोषण बेहतर करना	पसंदीदा भोजन, बार-बार भोजन और अधिक कैलोरी से सेवन बढ़ाना
चरण 3	पोषण पूरक / पोषक तत्वों से समृद्ध भोजन	नियमित सेवन अपर्याप्त होने पर कमी पूरी करना
चरण 4	एंटरल पोषण	मुँह से सेवन कम होने पर विश्वसनीय पोषण देना
चरण 5	पैरेंटरल पोषण	आँत के माध्यम से पोषण असंभव या अपर्याप्त होने पर देना
चरण 6	पुनर्मूल्यांकन और समायोजन	लक्षण, गुर्दे की कार्यक्षमता और उपचार चरण के साथ योजना बदलना
चरण 7	प्रारंभिक पोषण आकलन	जोखिम जल्दी पहचानना और वृद्धि / आहार का शुरुआती स्तर दर्ज करना

महत्वपूर्ण: “मॉडल-आधारित” पंक्तियाँ रजिस्ट्री से पुष्ट देशवार आँकड़े नहीं हैं। ये सार्वजनिक घटना-दर मानकों और स्वास्थ्य-तंत्र / आय-समूह की उत्तरजीविता संबंधी साहित्य पर आधारित योजना के अनुमान हैं।

परिशिष्ट **B:** देशवार कार्य तालिका

महत्वपूर्ण: “मॉडल-आधारित” पंक्तियाँ रजिस्ट्री से पुष्ट देशवार आँकड़े नहीं हैं। ये सार्वजनिक घटना-दर मानकों और स्वास्थ्य-तंत्र / आय-समूह की उत्तरजीविता संबंधी साहित्य पर आधारित योजना के अनुमान हैं।

अमेरिका | उच्च | ~650 पुष्ट प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा, सर्जरी, विकिरण, पैथोलॉजी और परीक्षण | प्रत्यक्ष लागत अधिक; केवल विल्म्स की सटीक सार्वजनिक लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

कनाडा | उच्च | 2022 में बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर के 30 निदान | 2023 में बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर से 6 मौतें | ~96% समग्र 5-वर्षीय उत्तरजीविता | व्यापक प्रांतीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क | प्रांतीय सार्वजनिक भुगतान; केवल विल्म्स की सटीक लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

यूनाइटेड किंगडम | उच्च | ~70-90 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | NHS बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क | सार्वजनिक NHS लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

फ्रांस | उच्च | ~60-80 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | राष्ट्रीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क | सार्वजनिक / सामाजिक बीमा लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

जर्मनी | उच्च | ~70-90 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा | बीमा / सार्वजनिक लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

इटली | उच्च | ~45-65 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | राष्ट्रीय बाल कैंसर केंद्र | सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

स्पेन | उच्च | ~40-55 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं

नीदरलैंड | उच्च | ~15-25 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | अत्यधिक केंद्रीकृत बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक / बीमा लागत

स्वीडन | उच्च | ~8-15 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत

ऑस्ट्रेलिया | उच्च | ~25-40 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर केंद्र | सार्वजनिक मेडिकेयर / राज्य की लागत और बीमा

जापान | उच्च | ~45-65 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | कम से मध्यम | ~80-95% | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक / बीमा लागत

दक्षिण कोरिया | उच्च | ~15-25 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | कम से मध्यम | ~80-95% | व्यापक तृतीयक बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक / बीमा लागत

सऊदी अरब | उच्च | ~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | मध्यम; क्षेत्रीय रेफरल परिणामों को प्रभावित करता है | ~70-95% | विशेषज्ञ कैंसर चिकित्सा है; पहुँच क्षेत्र के अनुसार अलग | सरकार द्वारा वित्तपोषित तृतीयक देखभाल

संयुक्त अरब अमीरात | उच्च | ~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | मध्यम; मामलों की संख्या कम | ~70-95% | उच्च क्षमता वाली तृतीयक सेवाएँ | सरकारी / निजी बीमा लागत

इज़राइल | उच्च | ~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | सापेक्ष मृत्यु-दर कम | ~85-95%+ | व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा | सार्वजनिक / बीमा लागत

चीन | उच्च-मध्यम | ~900-1,400 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | मौतों का बड़ा कुल बोझ | ~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा | प्रमुख तृतीयक केंद्र; ग्रामीण / आर्थिक अंतर | सार्वजनिक / निजी / स्वयं भुगतान का मिश्रित बोझ

ब्राज़ील | उच्च-मध्यम | ~280-420 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | मध्यम से उच्च कुल बोझ | ~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा | बड़ा कैंसर चिकित्सा नेटवर्क; राज्यों में अंतर | SUS / सार्वजनिक और निजी लागत

मेक्सिको | उच्च-मध्यम | ~180-280 मॉडल-आधारित प्रति वर्ष | मध्यम से उच्च | ~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा | विशेषज्ञ केंद्र; देरी और बाधाएँ बनी हुई हैं | सार्वजनिक बीमा और पारिवारिक लागत

अर्जेंटीना | उच्च-मध्यम | ~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | मध्यम | ~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा | विशेषज्ञ देखभाल उपलब्ध; क्षेत्रीय अंतर | सार्वजनिक / सामाजिक बीमा लागत

चिली | उच्च / उच्च-मध्यम | ~20-35 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | मध्यम से कम | ~70-95% | बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क | सार्वजनिक व्यवस्था और बीमा लागत

कोलंबिया | उच्च-मध्यम | ~70-110 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित | मध्यम से उच्च | ~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा | बाल कैंसर केंद्र; निरंतरता अलग-अलग | सार्वजनिक / निजी भुगतान और पारिवारिक लागत

पेरू, दक्षिण अफ्रीका, तुर्की, ईरान, भारत, पाकिस्तान, बांग्लादेश, इंडोनेशिया, फ़िलीपींस, वियतनाम, थाईलैंड, मलेशिया, मिस्र, मोरक्को, अल्जीरिया, नाइजीरिया, घाना, केन्या, युगांडा, तंज़ानिया, इथियोपिया, कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य, सूडान, इराक, सीरिया, यमन, जॉर्डन, लेबनान, फ़िलिस्तीन, ओमान, कुवैत, बहरीन, अफ़ग़ानिस्तान, नेपाल, श्रीलंका, म्यांमार, कंबोडिया, लाओस, मंगोलिया, यूक्रेन, पोलैंड, रोमानिया।

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 10 / देश का आय समूह

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
अमेरिका	उच्च	~650 पुष्ट	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%*	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा, सर्जरी, विकिरण, पैथोलॉजी और परीक्षण	प्रत्यक्ष लागत अधिक; केवल विल्म्स की सटीक सार्वजनिक लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
कनाडा	उच्च	2022 में बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर के 30 निदान	2023 में बच्चों के गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर से 6 मौतें	~96% समग्र 5-वर्षीय उत्तरजीविता	व्यापक प्रांतीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क	प्रांतीय सार्वजनिक भुगतान; केवल विल्म्स की सटीक लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
यूनाइटेड किंगडम	उच्च	~70-90 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	NHS बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क	सार्वजनिक NHS लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
फ्रांस	उच्च	~60-80 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	राष्ट्रीय बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क	सार्वजनिक / सामाजिक बीमा लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
जर्मनी	उच्च	~70-90 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	बीमा / सार्वजनिक लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
इटली	उच्च	~45-65 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	राष्ट्रीय बाल कैंसर केंद्र	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
स्पेन	उच्च	~40-55 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत; केवल विल्म्स की लागत नियमित रूप से प्रकाशित नहीं
नीदरलैंड	उच्च	~15-25 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	अत्यधिक केंद्रीकृत बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / बीमा लागत
स्वीडन	उच्च	~8-15 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत
ऑस्ट्रेलिया	उच्च	~25-40 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर केंद्र	सार्वजनिक मेडिकेयर / राज्य की लागत और बीमा
जापान	उच्च	~45-65 मॉडल-आधारित	कम से मध्यम; एशिया में घटना-दर कम हो सकती है	~85-95%	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / बीमा लागत
दक्षिण कोरिया	उच्च	~15-25 मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%	व्यापक तृतीयक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / बीमा लागत

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 11 / देश का आय समूह (जारी)

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
सऊदी अरब	उच्च	~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम; क्षेत्रीय रेफरल परिणामों को प्रभावित करता है	~70-95%	विशेषज्ञ कैंसर चिकित्सा है; पहुँच क्षेत्र के अनुसार अलग	सरकार द्वारा वित्तपोषित तृतीयक देखभाल
संयुक्त अरब अमीरात	उच्च	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम; मामलों की संख्या कम	~70-95%	उच्च क्षमता वाली तृतीयक सेवाएँ	सरकारी / निजी बीमा लागत
इज़राइल	उच्च	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	सापेक्ष मृत्यु-दर कम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / बीमा लागत
चीन	उच्च-मध्यम	~900-1,400 मॉडल-आधारित	मौतों का बड़ा कुल बोझ	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख तृतीयक केंद्र; ग्रामीण / आर्थिक अंतर	सार्वजनिक / निजी / स्वयं भुगतान का मिश्रित बोझ
ब्राज़ील	उच्च-मध्यम	~280-420 मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च कुल बोझ	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बड़ा कैंसर चिकित्सा नेटवर्क; राज्यों में अंतर	SUS / सार्वजनिक और निजी लागत
मेक्सिको	उच्च-मध्यम	~180-280 मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ केंद्र; देरी और बाधाएँ बनी हुई हैं	सार्वजनिक बीमा और पारिवारिक लागत
अर्जेंटीना	उच्च-मध्यम	~60-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल उपलब्ध; क्षेत्रीय अंतर	सार्वजनिक / सामाजिक बीमा लागत
चिली	उच्च / उच्च-मध्यम	~20-35 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से कम	~70-95%	बाल कैंसर चिकित्सा नेटवर्क	सार्वजनिक व्यवस्था और बीमा लागत
कोलंबिया	उच्च-मध्यम	~70-110 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बाल कैंसर केंद्र; निरंतरता अलग-अलग	सार्वजनिक / निजी भुगतान और पारिवारिक लागत
पेरू	उच्च-मध्यम	~60-95 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल शहरों में केंद्रित	सार्वजनिक और स्वयं भुगतान का बोझ
दक्षिण अफ्रीका	उच्च-मध्यम	~100-160 मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ सार्वजनिक / निजी देखभाल; ग्रामीण बाधाएँ	सार्वजनिक / निजी और परिवार की परिवहन लागत
तुर्की	उच्च-मध्यम	~120-180 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	शहरों में विशेषज्ञ बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / सामाजिक सुरक्षा लागत

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 12 / देश का आय समूह (जारी)

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
ईरान	निम्न / उच्च-मध्यम	~110-170 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	तृतीयक कैंसर चिकित्सा है; दवाओं की पहुँच अलग-अलग	सार्वजनिक / धर्मार्थ / पारिवारिक लागत का मिश्रण
भारत	निम्न-मध्यम	~1,600-2,500 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत बड़ा कुल बोझ	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विश्वस्तरीय केंद्र हैं; पहुँच असमान	सरकारी योजनाएँ और परिवार की अधिक लागत
पाकिस्तान	निम्न-मध्यम	~450-700 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च कुल बोझ	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख केंद्र; पहुँच और वहनीयता अलग-अलग	सार्वजनिक / धर्मार्थ / पारिवारिक बोझ
बांग्लादेश	निम्न-मध्यम	~300-500 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ क्षमता बड़े शहरों में केंद्रित	सरकार / NGO / परिवार पर बोझ
इंडोनेशिया	उच्च / निम्न-मध्यम	~500-800 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च कुल बोझ	~0-85% से 61- 94% मिश्रित सीमा	बड़े शहरों में विशेषज्ञ केंद्र	सार्वजनिक बीमा और पारिवारिक लागत
फ़िलीपींस	निम्न-मध्यम	~180-280 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख केंद्रों में बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / बीमा / पारिवारिक बोझ
वियतनाम	निम्न-मध्यम	~130-220 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	बड़े शहरों में विशेषज्ञ अस्पताल	सरकारी बीमा और पारिवारिक लागत
थाईलैंड	उच्च-मध्यम	~70-110 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बाल कैंसर चिकित्सा क्षमता; सार्वभौमिक कवरेज सहायक	सार्वजनिक भुगतानकर्ता की लागत
मलेशिया	उच्च-मध्यम	~45-75 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	सार्वजनिक बाल कैंसर चिकित्सा; रेफरल में अंतर	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत
मिस्र	निम्न-मध्यम	~220-350 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च कुल बोझ	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख बाल कैंसर संस्थान	सरकार / धर्मार्थ संस्थाओं / परिवार पर बोझ
मोरक्को	निम्न-मध्यम	~65-100 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख केंद्रों में विशेषज्ञ कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक / धर्मार्थ / पारिवारिक बोझ
अल्जीरिया	उच्च-मध्यम	~85-130 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% उच्च-मध्यम आय की सीमा	बड़े शहरों में विशेषज्ञ सेवाएँ	सरकार द्वारा वित्तपोषित देखभाल

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 13 / देश का आय समूह (जारी)

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
नाइजीरिया	निम्न-मध्यम	~900-1,500 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक कुल बोझ	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा; कई केंद्रों में कम	विशेषज्ञ केंद्र हैं, पर क्षमता सीमित; लागत / आपूर्ति में बाधाएँ	सीमित सरकारी खर्च; परिवार / धर्मार्थ संस्थाओं पर बोझ
घाना	निम्न-मध्यम	~120-190 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ केंद्र; राष्ट्रीय कवरेज सीमित	सरकार / बीमा / परिवार पर बोझ
केन्या	निम्न-मध्यम	~150-240 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	प्रमुख रेफरल केंद्र; असमान पहुँच	सार्वजनिक / बीमा / धर्मार्थ / पारिवारिक बोझ
युगांडा	निम्न	~160-250 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~25-53% निम्न आय की सीमा	सीमित बाल कैंसर चिकित्सा; रेफरल / सहायता में बाधाएँ	सरकारी बजट पर दबाव; परिवार पर लागत का बोझ
तंज़ानिया	निम्न-मध्यम	~180-290 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	रेफरल केंद्र; राष्ट्रीय पहुँच सीमित	सरकार / NGO / परिवार की लागत
इथियोपिया	निम्न	~300-500 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक कुल बोझ	~25-53% निम्न आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल केंद्रित; निदान संबंधी सीमाएँ	सरकारी बजट पर दबाव; यात्रा / स्वयं भुगतान का बोझ
कांगो लोकतांत्रिक गणराज्य	निम्न	~280-450 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक	~25-53% निम्न आय की सीमा	व्यापक देखभाल की पहुँच अत्यंत सीमित	सरकारी क्षमता कम; परिवार / धर्मार्थ संस्थाओं पर बोझ
सूडान	निम्न / निम्न-मध्यम	~130-220 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक; संघर्ष से व्यवधान	~25-53% निम्न आय / 0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	पहुँच पर गंभीर पाबंदियाँ	सरकारी क्षमता सीमित; NGO / परिवार पर बोझ
इराक	उच्च / निम्न-मध्यम	~80-130 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% से 61- 94% मिश्रित सीमा	क्षेत्रीय अंतर के साथ विशेषज्ञ सेवाएँ	सरकार / परिवार पर लागत का बोझ
सीरिया	निम्न / निम्न-मध्यम	~50-90 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	जहाँ देखभाल बाधित है वहाँ बहुत अधिक	~25-53% निम्न आय / 0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	संघर्ष से क्षमता गंभीर रूप से प्रभावित	सरकार / NGO / परिवार पर बोझ
यमन	निम्न	~90-150 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक	~25-53% निम्न आय की सीमा	व्यापक देखभाल की पहुँच अत्यंत सीमित	सरकारी क्षमता अत्यंत सीमित; मानवीय सहायता / परिवार पर बोझ
जॉर्डन	निम्न / उच्च-मध्यम	~18-30 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~0-85% से 61- 94% मिश्रित सीमा	क्षेत्रीय विशेषज्ञ देखभाल उपलब्ध	सरकार / धर्मार्थ संस्थाओं / परिवार पर बोझ

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 14 / देश का आय समूह (जारी)

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
लेबनान	निम्न-मध्यम	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च; आर्थिक संकट का प्रभाव	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल है; वहनीयता में बाधाएँ	सरकार / निजी / धर्मार्थ / पारिवारिक लागत
फ़िलिस्तीन	निम्न-मध्यम	~10-20 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	रेफरल संबंधी प्रतिबंधों से अधिक	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	अक्सर अनुमति / बाहरी केंद्रों पर निर्भर	सरकार / NGO / परिवार पर परिवहन का बोझ
ओमान	उच्च	~8-15 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम; मामलों की संख्या कम	~70-95%	विशेषज्ञ तृतीयक रेफरल	सरकार द्वारा वित्तपोषित देखभाल
कुवैत	उच्च	~7-12 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम; मामलों की संख्या कम	~70-95%	अधिक संसाधन वाली तृतीयक देखभाल	सरकार द्वारा वित्तपोषित देखभाल
बहरीन	उच्च	~2-4 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम; मामलों की संख्या कम	~70-95%	तृतीयक देखभाल / क्षेत्रीय रेफरल	सरकार द्वारा वित्तपोषित देखभाल
अफ़ग़ानिस्तान	निम्न	~150-250 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	बहुत अधिक	~25-53% निम्न आय की सीमा	व्यापक देखभाल की पहुँच सीमित	सरकार / मानवीय सहायता / परिवार पर बोझ
नेपाल	निम्न-मध्यम	~45-75 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ केंद्र; असमान पहुँच	सरकार / NGO / परिवार पर बोझ
श्रीलंका	निम्न-मध्यम	~25-40 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	सार्वजनिक बाल कैंसर चिकित्सा उपलब्ध	सरकार द्वारा वित्तपोषित देखभाल
म्यांमार	निम्न-मध्यम	~100-170 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ देखभाल की सीमित और असमान पहुँच	सरकार / परिवार / मानवीय सहायता पर बोझ
कंबोडिया	निम्न-मध्यम	~35-60 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ क्षमता सीमित	सरकार / NGO / परिवार पर बोझ
लाओस	निम्न-मध्यम	~14-25 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	बाल कैंसर चिकित्सा की क्षमता सीमित	सरकार / NGO / परिवार पर बोझ
मंगोलिया	निम्न-मध्यम	~5-10 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम से उच्च	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	केंद्रीकृत विशेषज्ञ देखभाल	सरकार / परिवार पर बोझ

परिशिष्ट **B:** देशवार सांख्यिकीय कार्य तालिका (जारी)

चित्र 15 / देश का आय समूह (जारी)

देश	आय समूह	वार्षिक निदान	मृत्यु / बोझ का संकेत	जीवित रहने का मानक	उपचार की उपलब्धता	लागत का दबाव
यूक्रेन	निम्न-मध्यम	~45-75 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	युद्ध के व्यवधान से परिवर्तनशील	~0-85% निम्न-मध्यम आय की सीमा	विशेषज्ञ केंद्र हैं; निरंतरता बाधित	सरकार / मानवीय सहायता / परिवार की लागत
पोलैंड	उच्च	~30-45 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	कम से मध्यम	~85-95%+	व्यापक बाल कैंसर चिकित्सा	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत
रोमानिया	उच्च / उच्च-मध्यम	~15-30 प्रति वर्ष मॉडल-आधारित	मध्यम	~61-94% से उच्च आय की सीमा तक	विशेषज्ञ केंद्र उपलब्ध	सार्वजनिक स्वास्थ्य-तंत्र की लागत

स्रोत संबंधी टिप्पणियाँ और संदर्भ सूची

महत्वपूर्ण:

- S1: अमेरिकी राष्ट्रीय कैंसर संस्थान (NCI), PDQ: विल्म्स ट्यूमर और बच्चों के अन्य गुर्दा ट्यूमर का उपचार, अद्यतन 15 अप्रैल 2025। 15 वर्ष से कम उम्र के प्रति दस लाख बच्चों में 9.7 मामले और अमेरिका में लगभग 650 मामले प्रतिवर्ष।
- S2: कैनेडियन कैंसर सोसाइटी: कनाडा में 2022 में 0–14 वर्ष के बच्चों में गुर्दे / रीनल पेल्विस कैंसर के 30 निदान और 2023 में 6 मौतें दर्ज हुईं। बच्चों के लगभग सभी ऐसे कैंसर विल्म्स ट्यूमर होते हैं।
- S3: Nakata और सहयोगी, International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020: बच्चों के गुर्दा ट्यूमर की वैश्विक घटना-दर 8.3 प्रति दस लाख; उत्तरी अमेरिका / यूरोप में सर्वाधिक और अधिकांश एशियाई क्षेत्रों में कम।
- S4: Cunningham और सहयोगी, विल्म्स ट्यूमर में वैश्विक असमानताएँ, 2020: उत्तरजीविता उच्च आय में 70–97%, उच्च-मध्यम आय में 61–94%, निम्न-मध्यम आय में 0–85% और निम्न आय वाले देशों में 25–53%।
- S5: Cancer.ca उत्तरजीविता आँकड़े: कनाडा में 0–14 वर्ष के बच्चों में विल्म्स ट्यूमर की 5-वर्षीय समग्र उत्तरजीविता लगभग 96% है।
- S6: WHO की बाल कैंसर के लिए वैश्विक पहल: 2030 तक वैश्विक बाल कैंसर उत्तरजीविता कम से कम 60% तक पहुँचाने का लक्ष्य।
- S7: WHO / St. Jude का बाल कैंसर दवाओं तक पहुँच का वैश्विक मंच: निम्न और मध्यम आय वाले देशों में गुणवत्ता-आश्वस्त दवाओं की निर्बाध आपूर्ति और लगभग 120,000 बच्चों तक पहुँच का लक्ष्य।
- S8: SIOP PODC विल्म्स ट्यूमर दिशानिर्देश: न्यूनतम आवश्यकताएँ होने पर कम आय वाली परिस्थितियों में रोगमुक्ति के उद्देश्य से उपचार अनुकूलित किया जा सकता है।
- S9: Collaborative Wilms Tumour Africa Project की प्रारंभिक रिपोर्ट: भाग लेने वाले केंद्रों में उपचार के अंत में 39% उत्तरजीविता। अधूरा उपचार और माता-पिता की लागत उपचार पूरा न होने के कारण थे।
- S10: Disease Control Priorities / निम्न और मध्यम आय वाले देशों में बाल कैंसर का उपचार: विल्म्स उपचार कुछ अन्य बाल कैंसरों से कम तीव्र है, जो लागत-प्रभावी स्वास्थ्य-तंत्र सुदृढ़ीकरण का समर्थन करता है।



विल्म्स कैंसर फाउंडेशन

टेलीफ़ोन: +1 (778) 514 5000
ई-मेल: info@WilmsFoundation.org
वेबसाइट: www.WilmsFoundation.org
पता: Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

विल्म्स कैंसर फाउंडेशन, WCF और "बच्चों के गुर्दे के कैंसर को हराना" तथा "वह बीमारी जिसके बारे में आपने कभी नहीं सुना" नारे विल्म्स कैंसर फाउंडेशन के अंतरराष्ट्रीय ट्रेडमार्क हैं और कॉपीराइट द्वारा संरक्षित हैं। दस्तावेज़ की सामग्री और डिज़ाइन विल्म्स कैंसर फाउंडेशन द्वारा तैयार किए गए हैं। © कॉपीराइट। सर्वाधिकार सुरक्षित।

कॉपीराइट कानूनों के अंतर्गत, विल्म्स कैंसर फाउंडेशन की पूर्व लिखित सहमति के बिना इस दस्तावेज़ की पूर्ण या आंशिक नकल, फ़ोटोकॉपी, पुनरुत्पादन या अनुवाद नहीं किया जा सकता।

अमेरिका: मान्यता प्राप्त 501(c)(3) कर-मुक्त संस्था | EIN: 98-3478827
कनाडा: पंजीकृत धर्मार्थ संस्था: 756261939BC0001

© कॉपीराइट | विल्म्स कैंसर फाउंडेशन | सर्वाधिकार सुरक्षित

विल्म्स कैंसर फाउंडेशन **(WCF)**

विल्म्स कैंसर फाउंडेशन (WCF) एक धर्मार्थ संस्था है, जो बाल गुर्दा कैंसर (विशेष रूप से नेफ्रोब्लास्टोमा, जिसे आमतौर पर विल्म्स कहा जाता है) से प्रभावित बच्चों, परिवारों और स्वास्थ्य सेवा संस्थाओं की ज़रूरतों का समर्थन और प्रतिनिधित्व करती है। इसका उद्देश्य बीमारी के प्रसार से निपटने के लिए जागरूकता, शिक्षा, अधिकारों की पैरवी, शीघ्र पहचान, उपचार और सहायता का अंतरराष्ट्रीय कार्यक्रम स्थापित करना है।

यह WCF मार्गदर्शिका केवल शैक्षिक उद्देश्यों के लिए है। यह कनाडा, अमेरिका और यूरोप में लागू अंतरराष्ट्रीय बाल कैंसर चिकित्सा मानकों पर आधारित है। कोई चिंता या प्रश्न होने पर योग्य चिकित्सा विशेषज्ञ से सलाह लें।

© विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) विल्म्स कैंसर फाउंडेशन (WCF) के सहयोग से अनुमति के साथ उपयोग किया गया। CureAll, WHO की बाल कैंसर के लिए वैश्विक पहल (GICC) का हिस्सा है। विश्व स्वास्थ्य संगठन किसी विशिष्ट संस्था, उत्पाद या सेवा का समर्थन नहीं करता।

© कॉपीराइट | विल्म्स कैंसर फाउंडेशन | सर्वाधिकार सुरक्षित