بنیاد سرطان ویلمز

تومور ویلمز

تأثیر جهانی

آمار، بقا، نابرابری، دسترسی به درمان و هزینه‌های سلامت





بنیاد سرطان ویلمز (WCF)

بنیاد سرطان ویلمز (WCF) سازمانی خیریه است که از کودکان، خانواده‌ها و سازمان‌های سلامتِ درگیر با سرطان کلیهٔ کودکان، به‌ویژه نفروبلاستوما یا تومور ویلمز، حمایت می‌کند و نمایندهٔ نیازهای آنان است. مأموریت آن ایجاد برنامه‌ای بین‌المللی برای آگاهی‌رسانی، آموزش، حمایت از حقوق، تشخیص زودهنگام، درمان و پشتیبانی برای مقابله با گسترش این بیماری است.

این راهنمای بنیاد صرفاً برای آموزش است و بر استانداردهای بین‌المللی انکولوژی کودکان در کانادا، ایالات متحده و اروپا استوار است. اگر پرسش یا نگرانی دارید، با متخصص واجد صلاحیت سلامت مشورت کنید.

© حق نشر | بنیاد سرطان ویلمز | تمامی حقوق محفوظ است

فهرست مطالب

تأثیر جهانی
آمار، بقا، نابرابری، دسترسی به درمان و هزینه‌های سلامت

۱ - خلاصهٔ اجرایی ۱
۲ - برابری جهانی در بقای تومور ویلمز ۲
۳ - اهمیت جهانی تومور ویلمز ۳
۴ - شواهد و محدودیت‌های داده‌ها ۴
۵ - شکاف جهانی در بقا ۵
۶ - الزامات دسترسی به درمان ۶
۷ - هزینه‌ها برای دولت و نظام‌های سلامت ۷
۸ - نمای کلی آمار کشورها ۸
۹ - مناطق اولویت‌دار برای مداخله ۱۰
۱۰ - پیام‌هایی برای تأمین‌کنندگان مالی و دولت‌ها ۱۱
۱۱ - مجموعهٔ پیشنهادی شاخص‌ها ۱۲
پیوست الف: جدول کاری کشورها ۱۳
پیوست ب: جدول کاری کشورها ۱۴
یادداشت‌های منابع و مراجع ۲۱

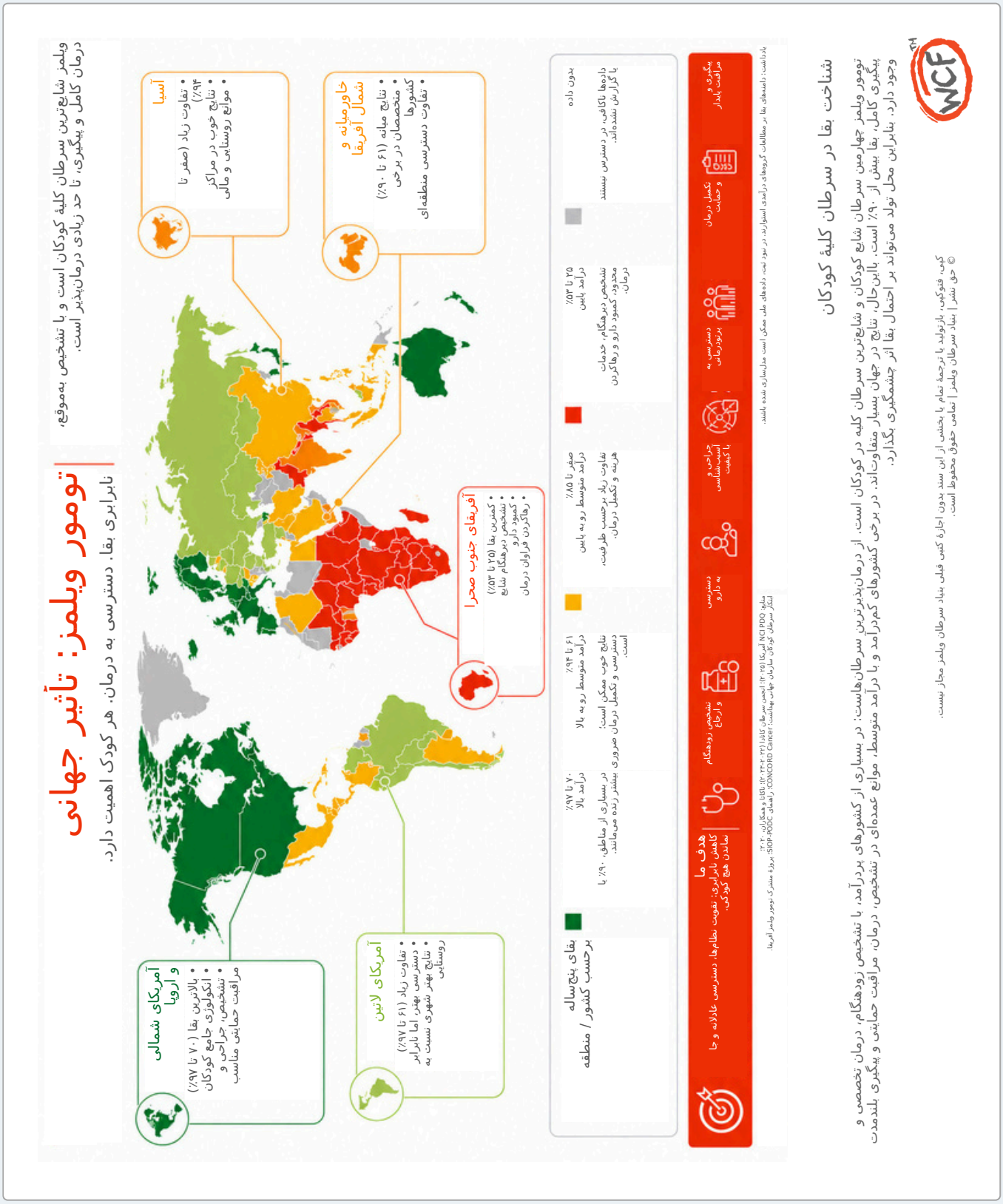
۱ - خلاصهٔ اجرایی

- تومور ویلمز شایع‌ترین سرطان کلیهٔ کودکان است و با دسترسی به‌موقع به تشخیص، جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی در صورت نیاز، آسیب‌شناسی، فرآورده‌های خونی، کنترل عفونت و پیگیری، تا حد زیادی درمان‌پذیر است.
- چالش جهانی صرفاً علمی نیست؛ دسترسی به نظام‌های سلامت نیز مطرح است. در کشورهای پردرآمد، بقا اغلب به ۹۰٪ یا بیشتر می‌رسد؛ در محیط‌های کم‌منبع ممکن است بسیار کمتر باشد.
- آمار ملی اختصاصی تومور ویلمز کامل نیست. بسیاری از کشورها به‌جای ثبت ملی ویلمز، داده‌های تجمیعی سرطان کودکان، تومورهای کلیه یا صرفاً مجموعه‌های بیمارستانی را گزارش می‌کنند.
- معتبرترین رویکرد برای حمایت از حقوق، ارائهٔ داده‌های ملی تأییدشده، برآوردهای مدل‌سازی‌شدهٔ بار بیماری در نبود سامانه‌های ثبت و ارزیابی شفاف قابلیت اعتماد داده‌هاست.
- قوی‌ترین دلیل برای اقدام فوری سیاست‌گذاران، درمان‌پذیری تومور ویلمز است: تشخیص زودتر، تکمیل درمان، دسترسی به دارو و شبکه‌های ارجاع می‌توانند بقا را به‌طور قابل‌اندازه‌گیری بهبود دهند.

«تومور ویلمز اغلب درمان‌پذیر است، اما بقا هنوز به محل زندگی کودک و دسترسی او به درمان بستگی دارد.»

۲ - برابری جهانی در بقای تومور ویلمز

شکل ۱ / نقشهٔ جهانی تأثیر تومور ویلمز



۳ - اهمیت جهانی تومور ویلمز

شکل ۲ / حوزهٔ تأثیر

حوزهٔ تأثیر	اهمیت
بقای کودکان	بقا می‌تواند بسیار بالا باشد، اما به تشخیص به‌موقع و تکمیل درمان بستگی دارد.
برابری	این بیماری فاصلهٔ میان خدمات جامع انکولوژی کودکان و کشورهایی را نشان می‌دهد که در آن‌ها جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی یا مراقبت حمایتی با تأخیر ارائه می‌شود یا در دسترس نیست.
بار مالی خانواده	حتی با وجود دارو، سفر، اقامت، ازدست‌دادن درآمد، هزینهٔ تشخیص و پرداخت از جیب می‌توانند به رهاکردن یا قطع درمان منجر شوند.
دولت	نظام‌های سلامت هزینهٔ تصویربرداری، جراحی، شیمی‌درمانی، بستری، پرتودرمانی و آسیب‌شناسی را می‌پردازند. کشورهای کمی هزینه‌های دولتی اختصاصی تومور ویلمز را منتشر می‌کنند.

۴ - شواهد و محدودیت‌های داده‌ها

- بروز: کشورهای کمی نرخ ملی اختصاصی ویلمز را ارائه می‌کنند. مؤسسهٔ ملی سرطان آمریکا حدود ۶۵۰ مورد در سال و ۹٫۷ مورد در هر میلیون کودک زیر ۱۵ سال گزارش می‌کند. کانادا موارد سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان را گزارش می‌کند که تقریباً همگی ویلمز هستند.

- شاخص تقریبی بروز جهانی: داده‌های بین‌المللی حدود ۸٫۳ تومور کلیه در هر میلیون کودک را نشان می‌دهند؛ نرخ‌ها در آمریکای شمالی/اروپا بالاتر و در بسیاری از مناطق آسیا پایین‌ترند.

- بقا: یک مرور جهانی، دامنهٔ بقا را در کشورهای پردرآمد ۷۰ تا ۹۷٪، با درآمد متوسط رو به بالا ۶۱ تا ۹۴٪، متوسط رو به پایین صفر تا ۸۵٪ و کم‌درآمد ۲۵ تا ۵۳٪ گزارش کرد.

- مرگ‌ومیر: داده‌های ملی اختصاصی ویلمز به‌ندرت منتشر می‌شوند. بنابراین، جز در موارد وجود آمار ملی عمومی، این سند از شاخص نسبی خطر/بار بیماری استفاده می‌کند.

- هزینه‌ها: هزینه‌های دولتی ملی مختص ویلمز به‌طور منظم منتشر نمی‌شوند. این سند عوامل هزینه را مشخص می‌کند و کشورهای فاقد دادهٔ منتشرشده را نشان می‌دهد.



۵ - شکاف جهانی در بقا

شکل ۳ / درآمد کشورها

درآمد / نظام سلامت	دامنهٔ بقای گزارش‌شده	تفسیر
کشورهای پردرآمد	۷۰ تا ۹۷٪	بیشتر کودکان درمان ترکیبی دریافت می‌کنند؛ عوارض دیررس و زندگی پس از سرطان از اولویت‌های سیاست‌گذاری‌اند.
کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا	۶۱ تا ۹۴٪	نتایج خوب ممکن است؛ دسترسی، نابرابری منطقه‌ای و تکمیل درمان بر بقا اثر می‌گذارند.
کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین	۰ تا ۸۵٪	تفاوت زیاد است؛ نتایج به ظرفیت مراکز، توان پرداخت و تکمیل درمان بستگی دارند.
کشورهای کم‌درآمد	۲۵ تا ۵۳٪	تشخیص دیرهنگام، خدمات محدود، کمبود دارو و رهاکردن درمان بقا را کاهش می‌دهند.

پیام کلیدی
ویلمز شکاف چشمگیر جهانی در سرطان کودکان را نشان می‌دهد: یک بیماری بسته به دسترسی به مراقبت، می‌تواند در کشوری درمان‌پذیر و در کشوری دیگر کشنده باشد.

۶ - الزامات دسترسی به درمان

شکل ۴ / اجزای ضروری

جزء ضروری	ظرفیت بالای مراقبت	خطرات در ظرفیت محدود
تشخیص زودهنگام و ارجاع	مراقبت اولیه، تصویربرداری و مسیرهای ارجاع به کشف زودتر توده‌های شکمی کمک می‌کنند.	کودکان دیرتر و با تومورهای بزرگ‌تر یا متاستاز مراجعه می‌کنند.
تصویربرداری و مرحله‌بندی	سونوگرافی/سی‌تی/ام‌آرآی، تصویربرداری قفسهٔ سینه و آسیب‌شناسی، درمان متناسب با خطر را ممکن می‌کنند.	مرحله‌بندی ناقص ممکن است باعث درمان بیش‌ازحد، ناکافی یا دیرهنگام شود.
جراحی	جراحی سرطان و بیهوشی در دسترس‌اند.	تأخیر جراحی، کمبود بیهوشی کودکان یا فرآورده‌های خونی خطر را افزایش می‌دهد.
شیمی‌درمانی	شیمی‌درمانی مبتنی بر پروتکل و مراقبت حمایتی در دسترس‌اند.	کمبود دارو، قیمت‌های خارج از توان و عوارض عفونی درمان را مختل می‌کنند.
پرتودرمانی	در صورت نیاز در دسترس است.	نبود یا تأخیر پرتودرمانی نتایج برخی مراحل/انواع بافت‌شناسی را بدتر می‌کند.
پیگیری	پایش عود و عوارض دیررس.	بدون پیگیری، عود یا عوارض بلندمدت ممکن است شناسایی نشوند.

۷ - هزینه‌ها برای دولت و نظام‌های سلامت

- هزینه‌های مستقیم پزشکی شامل سونوگرافی/سی‌تی/ام‌آرآی، آسیب‌شناسی، جراحی، شیمی‌درمانی، بستری، فرآورده‌های خونی، آنتی‌بیوتیک، پرتودرمانی موردنیاز، درمان عود و ویزیت‌های پیگیری است.

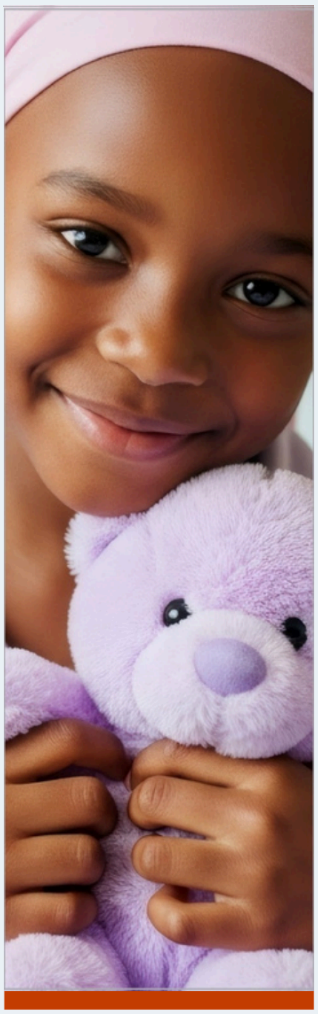
- هزینه‌های غیرمستقیم عمومی ناشی از تشخیص دیرهنگام، اورژانس، مراقبت ویژه، رهاکردن درمان، ناتوانی، حمایت اجتماعی و کاهش بهره‌وری مادام‌العمر در صورت درمان ناموفق یک سرطان درمان‌پذیر کودکان است.

- در کشورهای پردرآمد، هزینهٔ هر بیمار ممکن است زیاد باشد، اما معمولاً دولت یا بیمه آن را می‌پردازد. در محیط‌های کم‌منبع، هزینه‌کرد پایین دولت اغلب بار مالی را به خانواده‌ها و خیریه‌ها منتقل می‌کند.

- داده‌های منتشرشدهٔ پروژه‌های آفریقایی، هزینهٔ حدود ۱۰۰ تا ۱۱۰۰ دلار آمریکا برای والدین را مانعی مهم در تکمیل درمان نشان می‌دهند. برای بسیاری از خانواده‌ها، حتی با یارانهٔ خدمات بیمارستانی، این هزینه فاجعه‌بار است.

- پیام سیاستی: دولت‌ها با درمان‌نکردن تومور ویلمز در هزینه‌ها صرفه‌جویی نمی‌کنند.

- مراجعهٔ دیرهنگام، عود، درمان ناقص و مرگ‌های قابل‌پیشگیری، زیان‌های انسانی، اقتصادی و نظام سلامت را افزایش می‌دهند.



۸ - نمای کلی آمار کشورها

شکل ۵ / آمار کشورها

کشور	تشخیص‌های سالانه	معیار بقا	دسترسی به درمان
ایالات متحده	حدود ۶۵۰ تأییدشده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪*	انکولوژی جامع کودکان، جراحی، پرتودرمانی، آسیب‌شناسی و کارآزمایی‌ها
کانادا	۳۰ تشخیص سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان در ۲۰۲۲	حدود ۹۶٪ بقای کلی پنج‌ساله	شبکه‌های جامع استانی انکولوژی کودکان
بریتانیا	حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	شبکه‌های انکولوژی کودکان NHS
فرانسه	حدود ۶۰ تا ۸۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	شبکه‌های ملی انکولوژی کودکان
آلمان	حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان
ایتالیا	حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	مراکز ملی انکولوژی کودکان
اسپانیا	حدود ۴۰ تا ۵۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان
هلند	حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی بسیار متمرکز کودکان
سوئد	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان
استرالیا	حدود ۲۵ تا ۴۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	مراکز جامع انکولوژی کودکان
ژاپن	حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪	انکولوژی جامع کودکان
کرهٔ جنوبی	حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده	حدود ۸۵ تا ۹۵٪	انکولوژی جامع فوق‌تخصصی کودکان

۸ - نمای کلی آمار کشورها (ادامه)

شکل ۶ / آمار کشورها

کشور	تشخیص‌های سالانه	معیار بقا	دسترسی به درمان
عربستان سعودی	حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	انکولوژی تخصصی موجود؛ دسترسی در مناطق متفاوت است
امارات متحدهٔ عربی	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	خدمات فوق‌تخصصی با ظرفیت بالا
اسرائیل	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان
چین	حدود ۹۰۰ تا ۱,۴۰۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز بزرگ فوق‌تخصصی؛ شکاف روستایی/مالی
برزیل	حدود ۲۸۰ تا ۴۲۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	شبکهٔ بزرگ انکولوژی؛ تفاوت بین ایالت‌ها
مکزیک	حدود ۱۸۰ تا ۲۸۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز تخصصی؛ تداوم تأخیرها/موانع
آرژانتین	حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراقبت تخصصی موجود؛ تفاوت منطقه‌ای
شیلی	حدود ۲۰ تا ۳۵ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	شبکهٔ انکولوژی کودکان
کلمبیا	حدود ۷۰ تا ۱۱۰ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز انکولوژی کودکان؛ تداوم متغیر
پرو	حدود ۶۰ تا ۹۵ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	تمرکز مراقبت تخصصی در شهرها
آفریقای جنوبی	حدود ۱۰۰ تا ۱۶۰ مدل‌سازی‌شده	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراقبت تخصصی عمومی/خصوصی؛ موانع روستایی
ترکیه	حدود ۱۲۰ تا ۱۸۰ مدل‌سازی‌شده در سال	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	انکولوژی تخصصی کودکان در شهرها

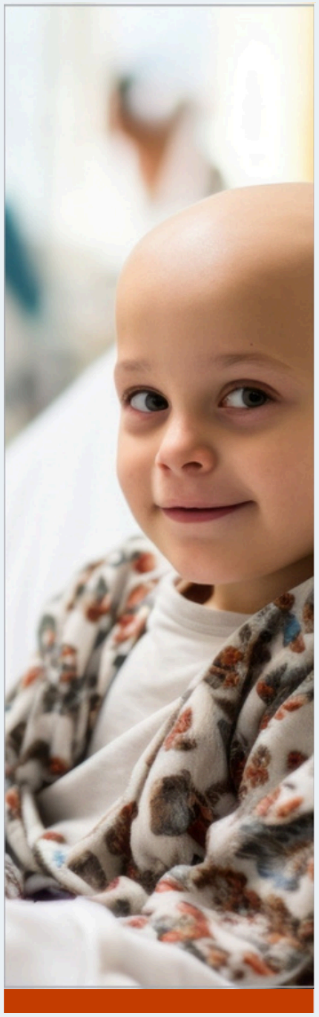
۹ - مناطق اولویت‌دار برای مداخله

شکل ۷ / آمار کشورها

منطقه / شرایط	اهمیت	مداخلات اولویت‌دار
کشورهای کم‌درآمد و شکننده	خطر بیشتر تشخیص دیرهنگام، رهاکردن درمان، کمبود دارو و نبود پرتودرمانی.	مسیرهای ارجاع، تأمین دارو، یارانهٔ درمان، راهنمایی والدین و سامانه‌های ثبت.
کشورهای پرجمعیت با درآمد متوسط رو به پایین	تعداد مطلق بیشتر کودکان مبتلا، حتی اگر برخی مراکز نتایج خوبی داشته باشند.	گسترش مراکز منطقه‌ای، کاهش رهاکردن درمان، حمایت اجتماعی و ادغام پروتکل‌های ملی.
کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و نابرابری منطقه‌ای	میانگین‌های ملی ممکن است محرومیت جمعیت‌های روستایی یا کم‌درآمد را پنهان کنند.	همکاری مراکز، واحدهای محلی، آسیب‌شناسی از راه دور، کمک به حمل‌ونقل و گزارش منطقه‌ای نتایج.
کشورهای کوچک و جزیره‌ای	تعداد کم موارد، ارائهٔ خدمات تخصصی ملی را دشوار می‌کند.	توافق‌های ارجاع منطقه‌ای، پروتکل‌های مشترک و دسترسی فرامرزی به دارو.

۱۰ - پیام‌هایی برای تأمین‌کنندگان مالی و دولت‌ها

- تومور ویلمز نقطهٔ شروعی عملی برای بهبود مراقبت سرطان کودکان است: به تشخیص، جراحی، شیمی‌درمانی، مراقبت حمایتی و پیگیری هماهنگ اما قابل‌اجرا نیاز دارد.
- نابرابری بقا پذیرفتنی نیست، زیرا این بیماری اغلب با درمان به‌موقع و کامل قابل‌درمان است.
- هدف فراتر از خرید داروست: تضمین مسیر کامل مراقبت که کودکان را تا بهبودی در درمان نگه دارد و پیگیری بعدی را فراهم کند.
- سرمایه‌گذاری ملی باید این موارد را بسنجد: فاصلهٔ علائم تا تشخیص، مرحله در زمان مراجعه، رهاکردن درمان، کمبود دارو، تأخیر جراحی و پرتودرمانی، عود و بقا.
- رصدخانهٔ جهانی ویلمز یا همکاری سامانه‌های ثبت می‌تواند شکاف مهم شواهد را پر کند و مقایسهٔ مسئولانهٔ پیشرفت‌ها را ممکن سازد.



۱۱ - مجموعهٔ پیشنهادی شاخص‌ها

شکل ۸ / شاخص‌ها

شاخص	تعریف	اهمیت
تشخیص‌های جدید	موارد سالانهٔ تأییدشدهٔ ویلمز در سنین صفر تا ۱۴ یا صفر تا ۱۹ سال	سنجش بار بیماری و نیازهای برنامه‌ریزی
مرحله هنگام تشخیص	توزیع مراحل یک تا پنج	نشان‌دهندهٔ اثربخشی تشخیص زودهنگام و ارجاع
شروع درمان	روزهای بین نخستین مراجعه و درمان سرطان	شناسایی تأخیرهای کاهندهٔ بقا
تکمیل درمان	درصد افرادی که همهٔ درمان مقرر در پروتکل را کامل می‌کنند	سنجش مستقیم رهاکردن درمان / حمایت نظام سلامت
موجودی دارو	روزهای نبود داروهای ضروری شیمی‌درمانی یا حمایتی	نشان‌دهندهٔ قابلیت اعتماد زنجیرهٔ تأمین
دسترسی به پرتودرمانی	دسترسی و زمان انتظار هنگام نیاز	مهم برای برخی مراحل و گروه‌های خطر
بقا	بقای کلی/بدون رویداد در ۱، ۳ و ۵ سال	معیار تعیین‌کنندهٔ نتایج

پیوست الف: جدول کاری کشورها

شکل ۹ / گام‌ها

گام	اقدام	هدف عملی
گام ۱	ارزیابی اولیهٔ تغذیه	شناسایی زودهنگام خطر و تعیین مقادیر پایهٔ رشد/دریافت غذایی
گام ۲	بهینه‌سازی تغذیهٔ دهانی	افزایش دریافت با غذاهای دلخواه، وعده‌های بیشتر و تراکم کالری بالاتر
گام ۳	مکمل‌های خوراکی / غذاهای غنی‌شده	جبران کمبودها وقتی غذای معمول کافی نیست
گام ۴	تغذیهٔ روده‌ای	تأمین تغذیهٔ قابل‌اعتماد هنگام ناکافی‌بودن دریافت دهانی
گام ۵	تغذیهٔ وریدی	استفاده هنگامی که تغذیهٔ روده‌ای ممکن یا کافی نیست
گام ۶	ارزیابی مجدد و تنظیم	تطبیق برنامه با علائم، عملکرد کلیه و مرحلهٔ درمان
گام ۷	ارزیابی اولیهٔ تغذیه	شناسایی زودهنگام خطر و تعیین مقادیر پایهٔ رشد/دریافت غذایی

مهم: ردیف‌های «مدل‌سازی‌شده» آمار ملی تأییدشدهٔ سامانه‌های ثبت نیستند؛ بلکه برآوردهای برنامه‌ریزی بر پایهٔ مراجع عمومی بروز و مطالعات نظام‌های سلامت، گروه‌های درآمدی و بقا هستند.

پیوست ب: جدول کاری کشورها

مهم: ردیف‌های «مدل‌سازی‌شده» آمار ملی تأییدشدهٔ سامانه‌های ثبت نیستند؛ بلکه برآوردهای برنامه‌ریزی بر پایهٔ مراجع عمومی بروز و مطالعات نظام‌های سلامت، گروه‌های درآمدی و بقا هستند.

ایالات متحده | بالا | حدود ۶۵۰ تأییدشده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی جامع کودکان، جراحی، پرتودرمانی، آسیب‌شناسی و کارآزمایی‌ها | هزینهٔ مستقیم بالا؛ هزینهٔ عمومی مختص ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

کانادا | بالا | ۳۰ تشخیص سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان در ۲۰۲۲ | ۶ مرگ بر اثر سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان در ۲۰۲۳ | حدود ۹۶٪ بقای کلی پنج‌ساله | شبکه‌های جامع استانی انکولوژی کودکان | هزینهٔ عمومی استانی؛ هزینهٔ دقیق ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

بریتانیا | بالا | حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | شبکه‌های انکولوژی کودکان NHS | هزینهٔ عمومی NHS؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

فرانسه | بالا | حدود ۶۰ تا ۸۰ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | شبکه‌های ملی انکولوژی کودکان | هزینهٔ عمومی/بیمهٔ اجتماعی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

آلمان | بالا | حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی جامع کودکان | هزینهٔ بیمه/عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

ایتالیا | بالا | حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | مراکز ملی انکولوژی کودکان | هزینهٔ نظام سلامت عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

اسپانیا | بالا | حدود ۴۰ تا ۵۵ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی جامع کودکان | هزینهٔ نظام سلامت عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود

هلند | بالا | حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی بسیار متمرکز کودکان | هزینهٔ عمومی / بیمه

سوئد | بالا | حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی جامع کودکان | هزینهٔ نظام سلامت عمومی

استرالیا | بالا | حدود ۲۵ تا ۴۰ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | مراکز جامع انکولوژی کودکان | هزینهٔ عمومی مدیکر/دولت و بیمه

ژاپن | بالا | حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده در سال | کم تا متوسط | حدود ۸۰ تا ۹۵٪ | انکولوژی جامع کودکان | هزینهٔ عمومی / بیمه

کرهٔ جنوبی | بالا | حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده در سال | کم تا متوسط | حدود ۸۰ تا ۹۵٪ | انکولوژی جامع فوق‌تخصصی کودکان | هزینهٔ عمومی / بیمه

عربستان سعودی | بالا | حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط؛ ارجاع منطقه‌ای بر نتایج اثر دارد | حدود ۷۰ تا ۹۵٪ | انکولوژی تخصصی موجود؛ دسترسی در مناطق متفاوت است | مراقبت فوق‌تخصصی با تأمین مالی دولت

امارات متحدهٔ عربی | بالا | حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط؛ تعداد کم | حدود ۷۰ تا ۹۵٪ | خدمات فوق‌تخصصی با ظرفیت بالا | هزینهٔ دولت / بیمهٔ خصوصی

اسرائیل | بالا | حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال | مرگ‌ومیر نسبی پایین | حدود ۸۵ تا ۹۵٪+ | انکولوژی جامع کودکان | هزینهٔ عمومی / بیمه

چین | متوسط رو به بالا | حدود ۹۰۰ تا ۱,۴۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال | بار مطلق بالای مرگ‌ومیر | حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا | مراکز بزرگ فوق‌تخصصی؛ شکاف روستایی/مالی | بار عمومی/خصوصی/پرداخت از جیب

برزیل | متوسط رو به بالا | حدود ۲۸۰ تا ۴۲۰ مدل‌سازی‌شده در سال | بار مطلق متوسط تا زیاد | حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا | شبکهٔ بزرگ انکولوژی؛ تفاوت بین ایالت‌ها | هزینهٔ SUS/عمومی و خصوصی

مکزیک | متوسط رو به بالا | حدود ۱۸۰ تا ۲۸۰ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط تا زیاد | حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا | مراکز تخصصی؛ تداوم تأخیرها/موانع | بیمهٔ عمومی و هزینهٔ خانواده

آرژانتین | متوسط رو به بالا | حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط | حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا | مراقبت تخصصی موجود؛ تفاوت منطقه‌ای | هزینهٔ عمومی / بیمهٔ اجتماعی

شیلی | بالا / متوسط رو به بالا | حدود ۲۰ تا ۳۵ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط تا کم | حدود ۷۰ تا ۹۵٪ | شبکهٔ انکولوژی کودکان | هزینهٔ نظام عمومی و بیمه

کلمبیا | متوسط رو به بالا | حدود ۷۰ تا ۱۱۰ مدل‌سازی‌شده در سال | متوسط تا زیاد | حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا | مراکز انکولوژی کودکان؛ تداوم متغیر | هزینهٔ عمومی/خصوصی و خانواده

پرو، آفریقای جنوبی، ترکیه، ایران، هند، پاکستان، بنگلادش، اندونزی، فیلیپین، ویتنام، تایلند، مالزی، مصر، مراکش، الجزایر، نیجریه، غنا، کنیا، اوگاندا، تانزانیا، اتیوپی، جمهوری دموکراتیک کنگو، سودان، عراق، سوریه، یمن، اردن، لبنان، فلسطین، عمان، کویت، بحرین، افغانستان، نپال، سری‌لانکا، میانمار، کامبوج، لائوس، مغولستان، اوکراین، لهستان، رومانی.

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۰ / گروه درآمدی کشور

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
ایالات متحده	بالا	حدود ۶۵۰ تأییدشده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪*	انکولوژی جامع کودکان، جراحی، پرتودرمانی، آسیب‌شناسی و کارآزمایی‌ها	هزینهٔ مستقیم بالا؛ هزینهٔ عمومی مختص ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
کانادا	بالا	۳۰ تشخیص سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان در ۲۰۲۲	۶ مرگ بر اثر سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیهٔ کودکان در ۲۰۲۳	حدود ۹۶٪ بقای کلی پنج‌ساله	شبکه‌های جامع استانی انکولوژی کودکان	هزینهٔ عمومی استانی؛ هزینهٔ دقیق ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
بریتانیا	بالا	حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	شبکه‌های انکولوژی کودکان NHS	هزینهٔ عمومی NHS؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
فرانسه	بالا	حدود ۶۰ تا ۸۰ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	شبکه‌های ملی انکولوژی کودکان	هزینهٔ عمومی/بیمهٔ اجتماعی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
آلمان	بالا	حدود ۷۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ بیمه/عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
ایتالیا	بالا	حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	مراکز ملی انکولوژی کودکان	هزینهٔ نظام سلامت عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
اسپانیا	بالا	حدود ۴۰ تا ۵۵ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ نظام سلامت عمومی؛ هزینهٔ ویلمز معمولاً منتشر نمی‌شود
هلند	بالا	حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی بسیار متمرکز کودکان	هزینهٔ عمومی / بیمه
سوئد	بالا	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ نظام سلامت عمومی
استرالیا	بالا	حدود ۲۵ تا ۴۰ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	مراکز جامع انکولوژی کودکان	هزینهٔ عمومی مدیکر/دولت و بیمه
ژاپن	بالا	حدود ۴۵ تا ۶۵ مدل‌سازی‌شده	کم تا متوسط؛ بروز در آسیا ممکن است کمتر باشد	حدود ۸۵ تا ۹۵٪	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ عمومی / بیمه
کرهٔ جنوبی	بالا	حدود ۱۵ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪	انکولوژی جامع فوق‌تخصصی کودکان	هزینهٔ عمومی / بیمه

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۱ / گروه درآمدی کشور (ادامه)

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
عربستان سعودی	بالا	حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط؛ ارجاع منطقه‌ای بر نتایج اثر دارد	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	انکولوژی تخصصی موجود؛ دسترسی در مناطق متفاوت است	مراقبت فوق‌تخصصی با تأمین مالی دولت
امارات متحدهٔ عربی	بالا	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط؛ تعداد کم	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	خدمات فوق‌تخصصی با ظرفیت بالا	هزینهٔ دولت / بیمهٔ خصوصی
اسرائیل	بالا	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	مرگ‌ومیر نسبی پایین	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ عمومی / بیمه
چین	متوسط رو به بالا	حدود ۹۰۰ تا ۱,۴۰۰ مدل‌سازی‌شده	بار مطلق بالای مرگ‌ومیر	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز بزرگ فوق‌تخصصی؛ شکاف روستایی/مالی	بار عمومی/خصوصی/پرداخت از جیب
برزیل	متوسط رو به بالا	حدود ۲۸۰ تا ۴۲۰ مدل‌سازی‌شده	بار مطلق متوسط تا زیاد	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	شبکهٔ بزرگ انکولوژی؛ تفاوت بین ایالت‌ها	هزینهٔ SUS/عمومی و خصوصی
مکزیک	متوسط رو به بالا	حدود ۱۸۰ تا ۲۸۰ مدل‌سازی‌شده	متوسط تا زیاد	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز تخصصی؛ تداوم تأخیرها/موانع	بیمهٔ عمومی و هزینهٔ خانواده
آرژانتین	متوسط رو به بالا	حدود ۶۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراقبت تخصصی موجود؛ تفاوت منطقه‌ای	هزینهٔ عمومی / بیمهٔ اجتماعی
شیلی	بالا / متوسط رو به بالا	حدود ۲۰ تا ۳۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا کم	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	شبکهٔ انکولوژی کودکان	هزینهٔ نظام عمومی و بیمه
کلمبیا	متوسط رو به بالا	حدود ۷۰ تا ۱۱۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراکز انکولوژی کودکان؛ تداوم متغیر	هزینهٔ عمومی/خصوصی و خانواده
پرو	متوسط رو به بالا	حدود ۶۰ تا ۹۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	تمرکز مراقبت تخصصی در شهرها	هزینهٔ عمومی و پرداخت از جیب
آفریقای جنوبی	متوسط رو به بالا	حدود ۱۰۰ تا ۱۶۰ مدل‌سازی‌شده	متوسط تا زیاد	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	مراقبت تخصصی عمومی/خصوصی؛ موانع روستایی	هزینهٔ عمومی/خصوصی و حمل‌ونقل خانواده
ترکیه	متوسط رو به بالا	حدود ۱۲۰ تا ۱۸۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	انکولوژی تخصصی کودکان در شهرها	هزینهٔ عمومی / تأمین اجتماعی

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۲ / گروه درآمدی کشور (ادامه)

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
ایران	متوسط رو به پایین / بالا	حدود ۱۱۰ تا ۱۷۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	انکولوژی فوق‌تخصصی موجود؛ دسترسی متغیر به دارو	هزینهٔ دولت/خیریه/خانواده
هند	متوسط رو به پایین	حدود ۱٬۶۰۰ تا ۲٬۵۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق بسیار زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز در سطح جهانی موجود؛ دسترسی نابرابر	طرح‌های دولتی و هزینهٔ بالای خانواده
پاکستان	متوسط رو به پایین	حدود ۴۵۰ تا ۷۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز بزرگ؛ دسترسی و توان پرداخت متغیر	بار عمومی/خیریه/خانواده
بنگلادش	متوسط رو به پایین	حدود ۳۰۰ تا ۵۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	تمرکز ظرفیت تخصصی در شهرهای بزرگ	بار دولت/سازمان غیردولتی/ خانواده
اندونزی	متوسط رو به بالا / پایین	حدود ۵۰۰ تا ۸۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ تا ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ ترکیبی	مراکز تخصصی در شهرهای بزرگ	بیمهٔ عمومی و هزینهٔ خانواده
فیلیپین	متوسط رو به پایین	حدود ۱۸۰ تا ۲۸۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	انکولوژی کودکان در مراکز بزرگ	بار عمومی/بیمه/خانواده
ویتنام	متوسط رو به پایین	حدود ۱۳۰ تا ۲۲۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	بیمارستان‌های تخصصی در شهرهای بزرگ	بیمهٔ دولتی و هزینهٔ خانواده
تایلند	متوسط رو به بالا	حدود ۷۰ تا ۱۱۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	ظرفیت انکولوژی کودکان؛ کمک پوشش همگانی	هزینهٔ پرداخت‌کنندهٔ عمومی
مالزی	متوسط رو به بالا	حدود ۴۵ تا ۷۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	انکولوژی عمومی کودکان؛ تفاوت ارجاع	هزینهٔ نظام سلامت عمومی
مصر	متوسط رو به پایین	حدود ۲۲۰ تا ۳۵۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مؤسسات بزرگ انکولوژی کودکان	بار دولت/خیریه/خانواده
مراکش	متوسط رو به پایین	حدود ۶۵ تا ۱۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	انکولوژی تخصصی در مراکز بزرگ	بار عمومی/خیریه/خانواده
الجزایر	متوسط رو به بالا	حدود ۸۵ تا ۱۳۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به بالا	خدمات تخصصی در شهرهای بزرگ	مراقبت با تأمین مالی دولت

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۳ / گروه درآمدی کشور (ادامه)

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
نیجریه	متوسط رو به پایین	حدود ۹۰۰ تا ۱٬۵۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق بسیار زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین؛ کمتر در بسیاری از مراکز	مراکز تخصصی با ظرفیت محدود؛ موانع هزینه/تأمین	هزینه‌کرد محدود دولت؛ بار خانواده/خیریه
غنا	متوسط رو به پایین	حدود ۱۲۰ تا ۱۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز تخصصی؛ پوشش ملی محدود	بار دولت/بیمه/خانواده
کنیا	متوسط رو به پایین	حدود ۱۵۰ تا ۲۴۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز بزرگ ارجاع؛ دسترسی نابرابر	بار عمومی/بیمه/خیریه/خانواده
اوگاندا	پایین	حدود ۱۶۰ تا ۲۵۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ دامنهٔ کم‌درآمد	انکولوژی محدود کودکان؛ محدودیت ارجاع/حمایت	فشار بودجهٔ دولت؛ هزینهٔ خانواده
تانزانیا	متوسط رو به پایین	حدود ۱۸۰ تا ۲۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز ارجاع؛ دسترسی ملی محدود	هزینهٔ دولت/سازمان غیردولتی/ خانواده
اتیوپی	پایین	حدود ۳۰۰ تا ۵۰۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بار مطلق بسیار زیاد	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ دامنهٔ کم‌درآمد	مراقبت تخصصی متمرکز؛ محدودیت تشخیص	فشار بودجه؛ سفر/پرداخت از جیب
جمهوری دموکراتیک کنگو	پایین	حدود ۲۸۰ تا ۴۵۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بسیار زیاد	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ دامنهٔ کم‌درآمد	دسترسی جامع بسیار محدود	ظرفیت پایین دولت؛ بار خانواده/ خیریه
سودان	پایین / متوسط رو به پایین	حدود ۱۳۰ تا ۲۲۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بسیار زیاد؛ اختلال ناشی از درگیری	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ کم‌درآمد / ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	دسترسی به‌شدت محدود	ظرفیت محدود دولت؛ بار سازمان غیردولتی/خانواده
عراق	متوسط رو به بالا / پایین	حدود ۸۰ تا ۱۳۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ تا ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ ترکیبی	خدمات تخصصی با تفاوت منطقه‌ای	بار دولت/خانواده
سوریه	پایین / متوسط رو به پایین	حدود ۵۰ تا ۹۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بسیار زیاد در مناطق با اختلال مراقبت	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ کم‌درآمد / ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	ظرفیت به‌شدت متأثر از درگیری	بار دولت/سازمان غیردولتی/ خانواده
یمن	پایین	حدود ۹۰ تا ۱۵۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بسیار زیاد	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ دامنهٔ کم‌درآمد	دسترسی جامع بسیار محدود	ظرفیت بسیار محدود دولت؛ بار بشردوستانه/خانواده
اردن	متوسط رو به پایین / بالا	حدود ۱۸ تا ۳۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۰ تا ۸۵٪ تا ۶۱ تا ۹۴٪ دامنهٔ ترکیبی	مراقبت تخصصی منطقه‌ای موجود	بار دولت/خیریه/خانواده

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۴ / گروه درآمدی کشور (ادامه)

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
لبنان	متوسط رو به پایین	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد؛ اثرات بحران اقتصادی	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراقبت تخصصی موجود؛ موانع توان پرداخت	هزینهٔ دولت/خصوصی/خیریه/خانواده
فلسطین	متوسط رو به پایین	حدود ۱۰ تا ۲۰ مدل‌سازی‌شده در سال	زیاد، به‌دلیل محدودیت ارجاع	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	اغلب وابسته به مجوز/مراکز خارج	بار دولت/سازمان غیردولتی/حمل‌ونقل خانواده
عمان	بالا	حدود ۸ تا ۱۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط؛ تعداد کم	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	ارجاع فوق‌تخصصی	مراقبت با تأمین مالی دولت
کویت	بالا	حدود ۷ تا ۱۲ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط؛ تعداد کم	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	مراقبت فوق‌تخصصی با منابع زیاد	مراقبت با تأمین مالی دولت
بحرین	بالا	حدود ۲ تا ۴ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط؛ تعداد کم	حدود ۷۰ تا ۹۵٪	مراقبت فوق‌تخصصی / ارجاع منطقه‌ای	مراقبت با تأمین مالی دولت
افغانستان	پایین	حدود ۱۵۰ تا ۲۵۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بسیار زیاد	حدود ۲۵ تا ۵۳٪ دامنهٔ کم‌درآمد	دسترسی جامع محدود	بار دولت/بشردوستانه/خانواده
نپال	متوسط رو به پایین	حدود ۴۵ تا ۷۵ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز تخصصی؛ دسترسی نابرابر	بار دولت/سازمان غیردولتی/خانواده
سری‌لانکا	متوسط رو به پایین	حدود ۲۵ تا ۴۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	انکولوژی عمومی کودکان در دسترس	مراقبت با تأمین مالی دولت
میانمار	متوسط رو به پایین	حدود ۱۰۰ تا ۱۷۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	دسترسی تخصصی محدود و نابرابر	بار دولت/خانواده/بشردوستانه
کامبوج	متوسط رو به پایین	حدود ۳۵ تا ۶۰ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	ظرفیت تخصصی محدود	بار دولت/سازمان غیردولتی/خانواده
لائوس	متوسط رو به پایین	حدود ۱۴ تا ۲۵ مدل‌سازی‌شده در سال	بالا	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	ظرفیت محدود انکولوژی کودکان	بار دولت/سازمان غیردولتی/خانواده
مغولستان	متوسط رو به پایین	حدود ۵ تا ۱۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط تا زیاد	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراقبت تخصصی متمرکز	بار دولت/خانواده

پیوست ب: جدول آماری کشورها (ادامه)

شکل ۱۵ / گروه درآمدی کشور (ادامه)

کشور	گروه درآمدی	تشخیص‌های سالانه	مرگ‌ومیر / بار بیماری	معیار بقا	دسترسی به درمان	فشار هزینه‌ها
اوکراین	متوسط رو به پایین	حدود ۴۵ تا ۷۵ مدل‌سازی‌شده در سال	متغیر به‌دلیل اختلال جنگ	حدود ۰ تا ۸۵٪ دامنهٔ درآمد متوسط رو به پایین	مراکز تخصصی موجود؛ اختلال در تداوم	هزینهٔ دولت/بشردوستانه/خانواده
لهستان	بالا	حدود ۳۰ تا ۴۵ مدل‌سازی‌شده در سال	کم تا متوسط	حدود ۸۵ تا ۹۵٪+	انکولوژی جامع کودکان	هزینهٔ نظام سلامت عمومی
رومانی	بالا / متوسط رو به بالا	حدود ۱۵ تا ۳۰ مدل‌سازی‌شده در سال	متوسط	حدود ۶۱ تا ۹۴٪ تا دامنهٔ پردرآمد	مراکز تخصصی موجود	هزینهٔ نظام سلامت عمومی

یادداشت‌های منابع و مراجع

مهم:

- S1: مؤسسهٔ ملی سرطان آمریکا (NCI)، PDQ: درمان تومور ویلمز و سایر تومورهای کلیهٔ کودکان؛ به‌روزرسانی ۱۵ آوریل ۲۰۲۵: ۹٫۷ مورد در هر میلیون کودک زیر ۱۵ سال و حدود ۶۵۰ مورد سالانه در آمریکا.
- S2: انجمن سرطان کانادا: در سال ۲۰۲۲، تعداد ۳۰ تشخیص سرطان کلیه/لگنچهٔ کلیه در کودکان صفر تا ۱۴ سال و در سال ۲۰۲۳، شش مرگ ثبت شد. تقریباً همهٔ این سرطان‌های کودکان ویلمز هستند.
- S3: ناکاتا و همکاران، مجلهٔ بین‌المللی سرطان / درگاه پژوهشی UKHSA، ۲۰۲۰: بروز جهانی تومورهای کلیهٔ کودکان ۸٫۳ در میلیون؛ بالاتر در آمریکای شمالی/اروپا و پایین‌تر در بیشتر مناطق آسیا.
- S4: کانینگهام و همکاران، «نابرابری‌های جهانی در تومور ویلمز»، ۲۰۲۰: بقا در گروه پردرآمد ۷۰ تا ۹۷٪، متوسط رو به بالا ۶۱ تا ۹۴٪، متوسط رو به پایین صفر تا ۸۵٪ و کم‌درآمد ۲۵ تا ۵۳٪.
- S5: آمار بقای Cancer.ca: در کانادا، بقای کلی پنج‌سالهٔ تومور ویلمز در سنین صفر تا ۱۴ سال حدود ۹۶٪ است.
- S6: ابتکار جهانی سازمان جهانی بهداشت برای سرطان کودکان: هدف، دستیابی به حداقل ۶۰٪ بقای جهانی سرطان کودکان تا سال ۲۰۳۰ است.
- S7: پلتفرم جهانی سازمان جهانی بهداشت / سنت جود برای دسترسی به داروهای سرطان کودکان: هدف، تأمین بی‌وقفهٔ داروهای با کیفیت تضمین‌شده در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط برای حدود ۱۲۰ هزار کودک است.
- S8: راهنمای SIOP-PODC برای تومور ویلمز: در صورت وجود حداقل الزامات، درمان شفابخش را می‌توان با محیط‌های کم‌درآمد سازگار کرد.
- S9: گزارش اولیهٔ پروژهٔ مشترک تومور ویلمز آفریقا: بقای پایان درمان در مراکز شرکت‌کننده ۳۹٪ بود. درمان ناقص و هزینه‌های والدین در تکمیل‌نشدن درمان نقش داشتند.
- S10: اولویت‌های کنترل بیماری / درمان سرطان کودکان در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط: درمان ویلمز از برخی سرطان‌های دیگر کودکان کم‌شدت‌تر است و از تقویت مقرون‌به‌صرفهٔ نظام‌های سلامت حمایت می‌کند.



بنیاد سرطان ویلمز

تلفن، ایمیل، وب‌سایت و نشانی:
+1 (778) 514 5000 | info@WilmsFoundation.org
www.WilmsFoundation.org
Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002

بنیاد سرطان ویلمز، WCF و شعارهای «غلبه بر سرطان کلیهٔ کودکان» و «بیماری‌ای که هرگز نامش را نشنیده‌اید» علائم تجاری بین‌المللی بنیاد هستند و تحت حمایت حق نشر قرار دارند. محتوا و طراحی سند: بنیاد سرطان ویلمز. © حق نشر. تمامی حقوق محفوظ است.

طبق قوانین حق نشر، کپی، فتوکپی، بازتولید یا ترجمهٔ تمام یا بخشی از این سند بدون اجازهٔ کتبی قبلی بنیاد سرطان ویلمز مجاز نیست.

ایالات متحده: سازمان معاف از مالیات | کانادا: مؤسسهٔ خیریهٔ ثبت‌شده
501(c)(3) | EIN: 98-3478827 | Canada: 756261939BC0001

© حق نشر | بنیاد سرطان ویلمز | تمامی حقوق محفوظ است

بنیاد سرطان ویلمز (WCF)

بنیاد سرطان ویلمز (WCF) سازمانی خیریه است که از کودکان، خانواده‌ها و سازمان‌های سلامتِ درگیر با سرطان کلیهٔ کودکان، به‌ویژه نفروبلاستوما یا تومور ویلمز، حمایت می‌کند و نمایندهٔ نیازهای آنان است. مأموریت آن ایجاد برنامه‌ای بین‌المللی برای آگاهی‌رسانی، آموزش، حمایت از حقوق، تشخیص زودهنگام، درمان و پشتیبانی برای مقابله با گسترش این بیماری است.

این راهنمای بنیاد صرفاً برای آموزش است و بر استانداردهای بین‌المللی انکولوژی کودکان در کانادا، ایالات متحده و اروپا استوار است. اگر پرسش یا نگرانی دارید، با متخصص واجد صلاحیت سلامت مشورت کنید.

© سازمان جهانی بهداشت (WHO). با اجازه و با همکاری بنیاد سرطان ویلمز (WCF) استفاده شده است. CureAll بخشی از ابتکار جهانی سازمان جهانی بهداشت برای سرطان کودکان (GICC) است. این سازمان هیچ سازمان، محصول یا خدمت مشخصی را تأیید نمی‌کند.

© حق نشر | بنیاد سرطان ویلمز | تمامی حقوق محفوظ است